

Wageningen University

MSc Thesis Health and Society

CUSTOMER CENTRICITY AND TRANSPARENCY IN THE HEALTHCARE INSURANCE SECTOR

PUBLISHING THE PREMIUM BUILD-UP

October 2016

Marlou Looijenga

Management Studies (MST) H.B. Kok

Health and Society (HSO) K. T. Verkooijen

Thesis code: HSO-80336



WAGENINGEN UNIVERSITY

WAGENINGEN UR

MSC THESIS

Author: Marlou Looijenga

marlou.looijenga@wur.nl

Registration number: 911106529060

Chair group: Health and Society (HSO) & Management Studies (MST)

Course number: HSO-80336

Start date: May 2015

End date: October 2015

WAGENINGEN UNIVERSITY

First supervisor: H. B. Kok

herman.kok@wur.nl

Second supervisor: K.T. Verkooijen

kirsten.verkooijen@wur.nl

ABSTRACT

The Dutch healthcare system is characterised by regulated competition. The healthcare insurance companies have to understand the true need of their customers and have to be able to adequately respond to this need. This is called “customer centricity”. According to the Dutch government there is a huge customer need for transparency within the healthcare insurance sector. To improve the transparency, the government imposed a legal obligation that forces the healthcare insurance companies to publish their premium build-ups. However, the question is whether the obligation to publish the premium build-up answers to the need of customers and fit the aim for customer centricity. This study is characterised by an exploratory qualitative design, using semi-structured in-depth interviews. Seven interviews have been held, including six interviews with representatives of healthcare insurance companies. The collected data shows that customer centricity is a trending topic among the representative healthcare insurance companies. The participants perceive trust as something that is needed for customer centricity as well as something that is gained through customer centricity. Also, they see transparency as an essential characteristic of customer centricity, and a way to gain customer trust. The participants stated that publishing the premium build-up will increase the amount of information but also increases the complexity of information for customers. The participated healthcare insurance companies state that publishing the premium build-up does not support their aim for customer centricity. The premium build-up is not clear; it is not referring to any customer need nor is it relevant for customers.

Keywords: healthcare insurance, customer centricity, transparency, premium build-up.

INHOUD

Abstract	iv
1. Introduction	1
1.1 Background information	1
1.2 Problem statement	2
1.3 Research questions	3
2. Theoretical framework	4
2.1 Healthcare insurance	4
2.1.1 Healthcare insurance companies	4
2.1.2 Healthcare insurance customers	5
2.2 Customer centricity	8
2.2.1 customer centricity explained	8
2.2.2 Transparency explained	10
2.3 Insurance premium and premium build-up	11
2.3.1 Healthcare insurance premium in the dutch healthcare system	11
2.3.2 healthcare insurance premium build-up	11
3. Research Method	16
3.1 Research design	16
3.2 Selection of participants	16
3.3 Procedure	18
3.4 Data-analyse	18
4. Results	20
4.1 Customer centricity	20
4.2 Transparency	25
4.3 Limiting factors for customer centricity	27
4.4 Premium build-up	31
5. Discussion and conclusion	34
References	40
Appendix 1- Interview Guide	45
Appendix 2- Transcripts	48

1. INTRODUCTION

1.1 BACKGROUND INFORMATION

The healthcare insurance system in the Netherlands is characterised by regulated competition. Regulated competition has features of a free market to aim for the highest possible quality of care at the lowest possible costs. These principles of a free market are combined with the assurance of the principles of solidarity and accessibility of care, due to governmental regulation (Ginneken, Swartz, & Wees, 2013; Hendriks, Spreuwenberg, Rademakers, & Delnoij, 2009; Kleeft, Schut & Ven, 2014; Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2016). The Dutch healthcare system has not always been organised as it is right now. The transition to the current system took place in 2006 with the implementation of the Healthcare Insurance Act to improve the healthcare system (Westert, Burgers, & Verkleij, 2009). The previous system has gradually been replaced by regulated competition already since the end of the 90s. Even earlier, since 1970, the vision of the government was to aim for deregulation and an increasing market orientation within the healthcare insurance system (Boot & Knapen, 2005; Gerwen, 2000). The purpose of the introduction of market competition within the healthcare sector was to increase the possibilities for the highest possible quality of care at the lowest possible costs. The regulation within the healthcare sector is to preserve the principles of solidarity and the accessibility of care, and to guard against market failure (Kleeft, Schut & Ven, 2014; Ven & Schut, 2008; Westert, Burgers, & Verkleij, 2009). Eventually the regulated free market within the healthcare insurance sector should lower the price of care, and increase the quality, which should benefit the Dutch citizens; the customers. The suppliers of the healthcare insurances are the healthcare insurance companies. The competition within the market drives them to aim for fulfilling customer need more effectively and more efficiently than their competitors do (Ranchhod & Gurau, 2007). For their company to survive, the healthcare insurance companies need to focus on their customers and the need of their customers; if they want to compete and succeed in the long term (Fader, 2012; Mitraneau, 2005). The healthcare insurance companies have to fully understand the real need of their customers and have to be able to respond to this need. This is called "customer centricity" (Alter, 2007; Fader, 2012; Mitraneau, 2005). Nowadays, companies are increasingly aware of the value of customer centricity for the success and survival of their company (Fader, 2012; Galbraith, 2011; Mitraneau, 2005). There are five main characteristics of customer centricity: communication towards customers, opportunities for feedback, customer experience, customer information, and customer participation (Lamberti, 2013, Shah, Rust, Parasuraman, Staelin, & Day,

2006; Smith & Zook, 2011). The main advantages or purposes of customer centricity are: being distinctive on the market, improved business performance, keeping customers and attracting new customers, honesty, customer trust, and transparency (Fader, 2012; Maas, Graf, & Bieck, 2008; Mitraneau, 2005; Shah et al, 2006).

Also, according to the Dutch government, there is a huge customer need for transparency within the healthcare insurance sector (Schippers, 2014b; Schippers, 2015). The Dutch government considers transparency in the healthcare insurance sector as very important. They even dedicated the year 2015 to the concept of transparency within the healthcare insurance sector (Schippers, 2014b). In the name of transparency, minister Schippers of Public Health, Welfare and Sports (VWS), forced all Dutch healthcare insurance companies to publish their premium build-ups (Schippers, 2014b). These premium build-ups contain information about how the final premiums are established (Schippers, 2014a). The minister states that fulfilling this customer need will improve the ability of the customers to make a well informed decision when selecting a healthcare insurance company (Schippers, 2015).

1.2 PROBLEM STATEMENT

The Dutch healthcare insurance market is a unique market because of the regulated competition; it is a private market with government interference (Ginneken, Swartz, & Wees, 2013; Hendriks, Spreuwenberg, Rademakers, & Delnoij, 2009; Kleeft, Schut & Ven, 2014; Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2016). The question is however, whether the obligation to publish the premium build-up answers to the need of customers and fit the aim for customer centricity. There is no scientific evidence that subscribes the need of customers within a healthcare insurance market for more transparency through publishing the premium build-up. Besides, publishing the premium build-up was intended by the government and was not intended by the healthcare insurance companies. Maybe, publishing the premium build-up is an unmet need of customers. However, healthcare insurance companies are assumed to be aware of the need of their customers, as they aim for fulfilling customer need. Also, the question is how the healthcare insurance companies perceive this legal obligation. As well as how they perceive which advantages publishing the premium build-up will provide for the customer, and will ease the process of the customer of selecting a healthcare insurance. There is a knowledge gap in how this specific legal obligation serves its own purpose and how this relates to the competitive market of the Dutch healthcare system. Therefore, it is relevant to gain knowledge on how healthcare insurance companies actually perceive the concept

of customer centricity, and what they believe the function of transparency for customer centricity is. Above and beyond; how do healthcare insurance companies consider the relationship between publishing the premium build-up and customer centricity & transparency?

1.3 RESEARCH QUESTIONS

The main research question is stated as follows:

“How do both customer and healthcare insurance company benefit from transparency about the healthcare insurance premium build-up in pursuing customer centricity, according to healthcare insurance companies?”

The research question consists of three major concepts; customer centricity, transparency and publishing the premium build-up. To be able to answer the main research question properly it is divided into four different specific research questions:

1. What is the concept of customer centricity according to healthcare insurance companies?
2. What is the function of transparency regarding customer centricity according to healthcare insurance companies?
3. What are the main limiting factors healthcare insurance companies face when striving for customer centricity according to healthcare insurance companies?
4. How is publishing the premium build-up related to transparency and customer centricity according to healthcare insurance companies?

The purpose is to gain knowledge on how Dutch healthcare insurance companies implement customer centricity, and therefore how they perceive customer need. The intention is that accordingly; insight will be provided about healthcare insurance companies and regulated competition. Through governmental interfering in the market; implementing a specific legal obligation which forces the healthcare insurance companies to publish their premium build-up. Will it serve its purpose, and will the customer eventually benefit according to the healthcare insurance companies?

2. THEORETICAL FRAMEWORK

This chapter provides the theoretical background on the main concepts of the research question: healthcare insurance (companies and customers), customer centricity, transparency and the healthcare insurance premium. The first subchapter will start with the two main healthcare insurance components: the insurer and the customer. This subchapter also includes a small introduction on the Healthcare Insurance Act; the basis of the regulated competition within the Netherlands. The second subchapter provides theoretical background on the concepts of customer centricity and transparency. The third and last subchapter explains the general function of a premium and the premium build-up of the year 2015.

2.1 HEALTHCARE INSURANCE

There are two major sources of healthcare funding; insurance premiums and taxes. This last one proceeds from the government and responds to the health demand from the population as a whole. Insurance premiums are a private initiative of the healthcare insurance companies that covers the cost of individual care (Boot & Knapen, 2005; Ginneken, Swartz, & Wees, 2013; Mosca & Schut-Welkzijn, 2008). Since the beginning of 2006 all Dutch citizens are obligated to take out healthcare insurance through the implementation of the Healthcare Insurance Act (Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2016; Westert, Burgers, & Verkleij, 2009). Individuals are free to take out insurance at a company of their own choice (Hendriks, Spreeuwenberg, Rademakers, & Delnoij, 2009; Westert, Burgers, Verkleij, 2009). Once a year they have the possibility to switch to another healthcare insurance company (Beest, Lako, & Sent, 2012; Ginneken, Swartz, & Wees, 2013). The general assumption is that healthcare insurance customers will compare their different options based on price and quality of care (Beest, Lako, & Sent, 2012). This will cause an incentive for healthcare insurance companies to purchase quality healthcare against the lowest possible costs (Beest, Lako, & Sent, 2012).

2.1.1 HEALTHCARE INSURANCE COMPANIES

The healthcare insurance companies in the Netherlands provide the healthcare insurances for the Dutch citizens. The insurers are encouraged by the system to focus on the need and preferences of their customers, due to market competition (Heinemann, Leiber, & Greß, 2013). The basic healthcare insurance is identical at every insurance company (Ginneken, Swartz, & Wees, 2013; Hendriks, Spreeuwenberg, Rademakers, & Delnoij, 2009; Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2016; Mosca & Schut-Welkzijn, 2008; Westert, Burgers, & Verkleij, 2009), and yet

the insurance packages may differ in the premium charged by the healthcare insurance company. In other words; the different insurance companies establish a different premium for this basic package of healthcare insurance (Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2016; Westert, Burgers, & Verkleij, 2009). The healthcare insurance companies are obligated to accept all applicants: the so-called 'acceptance obligation' (Boot & Knapen, 2005; Ginneken, Swartz, & Wees, 2013; Hendriks, Spreeuwenberg, Rademakers, & Delnoij, 2009; Westert, Burgers, & Verkleij, 2009). This means that no applicant can be rejected, nor can be forced to pay a standard-deviating premium. Regardless of age, gender or possible health risks (Ginneken, Swartz, & Wees, 2013; Hendriks, Spreeuwenberg, Rademakers, & Delnoij, 2009; Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2016; Mosca & Schut-Welkzijn, 2008). There are two types of policies which are offered by the insurers: there is a contracted care policy (naturapolis) and a non-contracted care policy (restitutiepolis) (Boot & Knapen, 2005). The difference between these two is the way in which the healthcare insurer pays for the cost of healthcare. Within a contracted care policy, the insurance company has concluded the delivered care with the healthcare provider. When the insured person receives care, these costs are directly paid to the healthcare provider by the insurance company. Consequently, the healthcare costs of the insured will only be (fully) covered when executed by healthcare providers with whom the insurance company has concluded a contract. Within a non-contracted care policy, the insured individual will first pay incurred healthcare costs by itself. The insurance company will subsequently reimburse these expenses to the insured individual (Boot & Knapen, 2005). The healthcare insurance companies are expected to purchase care, and to be able to contract care against customer positive conditions. Even though they also experience a huge lack of trust from their customers (Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2016). This lack of trust is interfering a good functioning of the healthcare insurance system (Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2016).

2.1.2 HEALTHCARE INSURANCE CUSTOMERS

The customers of the healthcare insurance companies are all Dutch citizens. The customer need of healthcare insurance companies is the need to stay secure from paying extreme high unexpected healthcare costs. It means security, peace of mind, and protection to customers. Towards the acceptance obligation of the healthcare insurance companies, the Dutch citizens are obligated to take out healthcare insurance (Boot & Knapen, 2005; Ginneken, Swartz, & Wees, 2013; Hendriks, Spreeuwenberg, Rademakers, & Delnoij, 2009; Westert, Burgers, & Verkleij, 2009). Every year all Dutch citizens get the opportunity to switch to another healthcare insurance company of their own choice (Beest, Lako, & Sent, 2012; Ginneken, Swartz, & Wees, 2013). However, switching

rates among healthcare insurance customers are extremely low, especially the switching rates among high risk individuals (Roos, & Schut, 2012). Usually, healthier individuals with a low risk of getting sick switch more than high risk individuals (Beest, Lako, & Sent, 2012). Also people who are higher educated are tend to switch more than lower-educated individuals (Beest, Lako, & Sent, 2012; Jong, Brabers, Bouwhuis, Bomhoff, & Friele, 2015). Furthermore, younger people (again, low risk) switch more than elderly people (high risk) (Beest, Lako, & Sent, 2012; Jong, Brabers, Bouwhuis, Bomhoff, & Friele, 2015). The switching behaviour of individuals might be influenced by a change in premium (Abraham, Feldman, Carlin, & Christianson, 2006). Because, the main reason for healthcare insurance customers to switch insurance are based on expenses: when their perceived switching benefits outweigh their perceived switching costs (Abraham, Feldman, Carlin, & Christianson, 2006; Duijmelinck, Mosca, & van de Ven, 2015; Jong, Brabers, Bouwhuis, Bomhoff, & Friele, 2015). Also, most individuals are insured by use of a group contract which provides them a discount on their premium (Jong, Brabers, Bouwhuis, Bomhoff, & Friele, 2015). Quality is hardly a reason for people to switch (Jong, Brabers, Bouwhuis, Bomhoff, & Friele, 2015). This can be explained due to the fact that it is easier to make a price-comparison rather than a quality-comparison (Jong, Brabers, Bouwhuis, Bomhoff, & Friele, 2015). In 2006, the amount of individuals that switched their healthcare insurance was around twenty percent (Lako, Sent, & Vyrastekova, 2008). This percentage degreased to six percent in 2015 (Jong, Brabers, Bouwhuis, Bomhoff, & Friele, 2015). The main reason for this huge decrease is because the differences between insurance companies regarding premium and service is not perceived sufficient (Lako, Sent, & Vyrastekova, 2008). Besides, it is very difficult for customers to find appropriate information in the process of choosing a new healthcare insurance (Lako, Sent, & Vyrastekova, 2008). Also, high risk individuals fear not being accepted (Jong, Brabers, Bouwhuis, Bomhoff, & Friele, 2015; Lako, Sent, & Vyrastekova, 2008; Roos, & Schut, 2012). Which also appeared to be a problem in the comparable system of Switzerland (Dormont, Geoffard, & Lamiraud, 2009). In general, individuals are still not aware of the fact that they cannot be rejected for their basic healthcare insurance, and that the basic and supplementary insurance do not have to be taken out at the same insurance company (Beest, Lako, & Sent, 2012). The healthcare insurance market can only function as intended, as long as the customers are adequately informed. However, good information is not always available yet. Besides, not all customers are able to properly process the perceived information (Heinemann, Leiber, & Greß, 2013). The differences in premiums is not high enough for people to be the reason to switch healthcare insurance; customers perceive switching useless due to the small differences between healthcare insurance companies (Beest, Lako, & Sent, 2012). Besides, most customers experience the

services of their current healthcare insurance as convenient (Beest, Lako, & Sent, 2012). Furthermore, the low amount of people who switch healthcare insurance can also be explained by the fact that people tend to leave things as they are; the status quo bias (Anderson, 2003 as cited in Beest, Lako, & Sent, 2012). Besides, too much choice has proven to have a discouraging effect on people to switch (Schwartz, Wassink, & Lokhorst, 2004 as cited in Beest, Lako & Sent, 2012): the amount of different premiums has raised from 55 different premiums to 71 different premiums between 2006 and 2015 (Jong, Brabers, Bouwhuis, Bomhoff, & Friele, 2015). The people who actually did search for information, found this information usually very complex and hard to compare (Beest, Lako, & Sent, 2012; Jong, Brabers, Bouwhuis, Bomhoff, & Friele, 2015), which made them eventually stay away from switching (Beest, Lako, & Sent, 2012). The low switching rates decreases the competitive incentives for companies on the market (Lako, Sent, & Vyrastekova, 2008). This might cause stagnation of the insurance market (Beest, Lako, & Sent, 2012). The low amount of people who are switching healthcare insurance, counteracts the initial idea of managed competition with rational customers (Beest, Lako, & Sent, 2012).

In conclusion: within the Dutch healthcare system, all individuals are obligated to take out healthcare insurance at a company of their own choice (Hendriks, Spreeuwenberg, Rademakers, & Delnoij, 2009; Westert, Burgers, Verkleij, 2009). Once a year they can decide to either keep their current insurance, or to switch to another insurance company (Beest, Lako, & Sent, 2012; Ginneken, Swartz, & Wees, 2013). Customers can base their decision on price and the quality of care. The idea is that this will provide an incentive for insurance companies to purchase care with a good quality at a reasonable price (Beest, Lako, & Sent, 2012). However, the amount of people who switch to another insurance company is very low (Roos, & Schut, 2012): only six percent of the customers switched to another insurance company in 2015 (Jong, Brabers, Bouwhuis, Bomhoff, & Friele, 2015). People who switch to another insurance company are in general the people with lower risks of actually having to use healthcare (Beest, Lako, & Sent, 2012). Usually people do not switch for quality-reasons but mainly to pay a lower premium (Abraham, Feldman, Carlin, & Christianson, 2006; Duijmelinck, Mosca, & van de Ven, 2015; Jong, Brabers, Bouwhuis, Bomhoff, & Friele, 2015). However, the differences in premiums are not high enough to be a decisive factor for people (Beest, Lako, & Sent, 2012). Furthermore, the low amount of people who switch their healthcare insurance can also be explained by the fact that they are convenient with their current insurance (Beest, Lako, & Sent, 2012). Another reason might be that individuals do not want to change their insurance because people tend to leave things as they are (Anderson, 2003 as cited in Beest, Lako, & Sent, 2012). A final

possibility for the low switching-rate is related to the high amount of choices people have; there are 71 different premiums to choose from (Jong, Brabers, Bouwhuis, Bomhoff, & Friele, 2015). This might discourage people to make a decision (Schwartz, Wassink, & Lokhorst, 2004 as cited in Beest, Lako & Sent, 2012). Individuals find it hard to find appropriate information when selecting a new healthcare insurance, and to adequately process this information (Heinemann, Leiber, & Greß, 2013; Lako, Sent, & Vyrastekova, 2008). As the information to make a good comparison is considered very complex and hard to compare (Beest, Lako, & Sent, 2012; Jong, Brabers, Bouwhuis, Bomhoff, & Friele, 2015). This is negative for a good functioning of the healthcare insurance market (Beest, Lako, & Sent, 2012; Lako, Sent, & Vyrastekova, 2008).

2.2 CUSTOMER CENTRICITY

Customer centricity is a leading concept within the healthcare insurance sector (Galbraith, 2011; Fader, 2012; Mitreaneu, 2005). Why is customer centricity that important, and what is it exactly? Also important; what is the connection between customer centricity and transparency? This subchapter will explain the concept of customer centricity (paragraph 2.2.1) and also explain its relationship with transparency (paragraph 2.2.2).

2.2.1 CUSTOMER CENTRICITY EXPLAINED

For all insurance companies, the actual product; the service that the customer eventually buys (Kotler et al., 2013), is basically the same and composed by the Dutch government (Hendriks, Spreeuwenberg, Rademakers, & Delnoij, 2009; Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2016; Ginneken, Swartz, & Wees, 2013; Mosca & Schut-Welkzijn, 2008; Westert, G., Burgers, J., & Verkleij, H. 2009). Therefore, to be distinctive as a healthcare insurance company on the market and to better meet the need of their customers, the insurance company could offer additional customer services and benefits (Ginneken, Swartz, & Wees, 2013). For example, cancelling the contract with the previous healthcare insurer of new customers, offering mobile telephone applications, group contracts, current online insight of spent excess etc. Insurance companies should offer these aspects in order to reach customer satisfaction; since the basic of good marketing is satisfying customer need (Kotler et al., 2013; Ranchhod & Gurau 2007). The competition in the market motivates the healthcare insurers to aim for fulfilling customer need more effectively and more efficiently than their competitors do (Ranchhod & Gurau, 2007). Besides, for survival on the market in the long run, a company needs not be innovative and creative (Anderson, Potočnik, & Zhou, 2014). For companies it is important to be known as customer friendly, and to be trusted: to be customer centric (Fader,

2012). However, customer centricity is definitely not the same as just being nice to the customers and giving the customers what they ask for (Fader, 2012). Customer centricity requires full understanding of the customers; the company has to understand the real customer need and has to be able to adequately respond to this need (Alter, 2007; Fader, 2012; Mittraneau, 2005). Companies will need customer centricity to compete with the other suppliers on the market. To succeed, and to stay on the market in the long term (Fader, 2012; Mittraneau, 2005). Nowadays, customers are getting smarter and more demanding which makes customer centricity the future of business (Fader, 2012). The main goal of a company should not be customer centricity, but should be fulfilling the need of the customer. This has to be the companies' top-priority (Alter, 2007). Customer centricity is a strategy to connect the products and services of the company with the need of its most valuable customer. This customer centric culture needs to be adopted by the firm at every level (Fader, 2012; Mittraneau, 2005). There are three reasons which make customer centricity important for companies to implement at every level of the company: first, customer centricity requires an adequate respond to customer demand. Second, it understands customer need. Third, customer centricity identifies the opportunities for diversification. This will benefit the company over its competitors (Mittraneau, 2005). In order to become customer centric, there are three basic steps for a firm to take:

1. All company employees need to be trained about customer centricity.
2. The information of the customers (big data) has to flow efficiently to all levels of the company.
3. There needs to be a match between the behaviour of the customers and the approach of the company (Mittraneau, 2005).

The relationship between companies and its customers is influenced by the factors honesty, trust, and transparency (Maas, Graf, & Bieck, 2008). Trust is an important component. Research has shown that companies and customers who have faith in each other, have quicker, cheaper, and more secure contact. When they do not have any faith in each other; they require more specific contracts and agreements (Raaij, 2012). Also, companies are more likely to gain trust by its customers when they underwrite the same values as their customers. As soon as customers have the feeling that their values are shared by the company, they become more loyal to that particular company (Raaij, 2012). Customer trust is characterised by six factors: competence, stability, integrity, goodwill, value congruence, and transparency of the company (Raaij, 2012). There are five main characteristics of customer centricity: communication towards customers, opportunities for feedback, customer experience,

customer information, and customer participation (Lamberti, 2013, Shah, Rust, Parasuraman, Staelin, & Day, 2006; Smith & Zook, 2011). The main advantages or purposes of customer centricity are: being distinctive on the market, improved business performance, keeping customers and attracting new customers, honesty, customer trust, and transparency (Fader, 2012; Maas, Graf, & Bieck, 2008; Mitraneau, 2005; Shah et al, 2006). The concept of transparency will be further discussed in paragraph 2.2.2.

2.2.2 TRANSPARENCY EXPLAINED

The concept of transparency is usually pursued by politicians, even though transparency is not always desired by the customer (Raaij, 2012). As transparency might not be desired by the customer as it can lead to less trust on the short term. Because of the content of the information revealed about the company due to transparency (Raaij, 2012). Transparency is mentioned as an advantage and as a purpose of customer centricity, and (therefore) essential for healthcare insurance companies (Vishwanath & Kaufmann, 2001). Besides, transparency is important for developing and maintaining good relationships with customers of the company (Dapko, 2012; Murphy, Lacznik & Wood, 2007), and essential for customer trust on the long term (Murphy, Lacznik & Wood, 2007). Transparency is information that is: accessible, up-to-date, relevant, high quality, financial accountable, and auditable (Bushman & Smith, 2003; Bushman, Piotroski & Smith, 2004; Vishwanath & Kaufmann, 2001). The purpose of transparency is: improving customer centricity, improved business performance, and clearness (Bushman & Smith, 2003; Bushman, Piotroski & Smith, 2004; Vishwanath & Kaufmann, 2001). Transparency is the openness of the contracts and procedures between the healthcare insurance company and the consumer. A transparent insurer provides its customers the whole picture without any small prints or hidden costs (Raaij, 2012).

In conclusion, customer centricity is understanding the true need of the customer and being able to sufficiently respond to this need (Alter, 2007; Fader, 2012; Mitraneau, 2005). Healthcare insurance companies need customer centricity for their success on the competitive market. Besides, customer centricity is required for survival on the market in the long run (Mitraneau, 2005; Fader, 2012). Transparency is an important factor regarding customer centricity (Vishwanath & Kaufmann, 2001). It is needed for maintaining a good relationship with the customer and necessary for customer trust (Dapko, 2012; Murphy, Lacznik & Wood, 2007). Being known as trustworthy is important for companies (Fader, 2012).

2.3 INSURANCE PREMIUM AND PREMIUM BUILD-UP

This subchapter will explain the function of the healthcare insurance premium. There will be explained how the final premium is established as well as and the meaning of the final premium for customers and possible future customers. Also, the premium build-ups among the Dutch healthcare insurance companies will be given, including an explanation of the different factor of the premium build-up.

2.3.1 HEALTHCARE INSURANCE PREMIUM IN THE DUTCH HEALTHCARE SYSTEM

The insurance premium is annually or monthly paid by customers (Ginneken, Swartz, & Wees, 2013). To determine the amount of the premium, insurance companies have to estimate their financial risk. Usually they analyse the loss data from risk in the past. The premium has to be high enough to compensate their expected expenditures (Li, Peng, & Zhang, 2013). If a large sample size can be used, the estimated expenditures will be close to the actual expenditures in the long run (Li, Peng, & Zhang, 2013). In general, the pure premium includes the net expected loss plus safety margin (Wang, Young, & Panjer, 1997). Within a full competitive market, the premium is determined by the buyers as well as the sellers. This means that an individual healthcare insurance company is not a price-maker, but rather a price-taker. Because an individual healthcare insurance company has to adapt its premium to the premium of other insurance companies (Meyers, 1991). The amount of the premium of an insurance company compared to its competitors is very important, because the most common reason for people to switch to another healthcare insurance company, is a lower premium (Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2016). Therefore, the purpose of a premium is not only to cover expenses (Li, Peng, & Zhang, 2013), but also to attract and keep customers (Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2016).

To be short, the final premium is usually calculated by analyzing the loss data from risk in the past (Li, Peng, & Zhang, 2013). The premium should be high enough to compensate the expenses, but should be low enough to compete on the healthcare insurance market (Li, Peng, & Zhang, 2013; Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2016). The insurance premium should also not be too high because the rate of the premium is an important factor for people to switch to a specific healthcare insurance (Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2016).

2.3.2 HEALTHCARE INSURANCE PREMIUM BUILD-UP

There are at least 71 policies, with different premium prices, consumers have to choose from (Jong, Brabers, Bouwhuis, Bomhoff, & Friele, 2015). The different insurance companies are distinct labels of a particular risk

bearing healthcare insurance company. There are nine risk bearing insurance companies: Achmea, VGZ, CZ, Menzis, ONVZ, DSW, Zorg en Zekerheid, ASR, and Eno. Figure one shows an overview of the risk bearing healthcare insurance companies and their different labels.



Figure 1- Infographic Healthcare insurance companies in the Netherlands (Zorgwijzer, 2015).

For the sake of a well-functioning healthcare financing sector, the minister of VWS decided that from 2015 onwards, all healthcare insurance companies are required to publish their premium build-up of the basic insurance package according to the template offered by the government: *“The template (for premium build-up) is intended to offer insured persons an accessible insight into the structure of the premium, in order that the insured person can make a comparison between insurers on which they can (also) base their choice for a particular insurer”*. (Schippers, 2015, page 2. Translated from Dutch). This template is established by the government in co-operation with the healthcare insurance companies (Schippers, 2015). The template contains eight factors:

- Factor 1: Premium calculation 2015 (government)
- Factor 2: Result care purchasing and netting

- Factor 3: Operating expenses
- Factor 4: Stakes investment income
- Factor 5: Transfers to reserves
- Factor 6: Transfers from reserves
- Factor 7: Profit storage
- Factor 8: Others (including storage due to group contracts)

The first factor is a starting amount calculated by the government for the year of 2015 which is similar for all healthcare insurance companies. Factor two is the result of the difference between the amount of money healthcare insurance companies receive, based on their insured population and the costs of the actual delivered healthcare. The third factor contains the operating expenses. For example: customer services, the processing of declarations, staff expenses, housing costs and IT costs. The fourth factor contains the possibility for healthcare insurance companies to lower their premium through investing money. Factor five is about the transfer that is made to increase their equity capital. The other way around is the sixth factor: insurance companies can also use their equity capital to lower their premium. This means that this transfer from reserves is a restitution of the results that have been achieved in the past. Factor seven is the part of the premium that is intended for the distribution of profits. Finally, factor eight are other costs such as uncollectible premiums (Achmea Zilveren Kruis, n.d.; de Amersfoortse, n.d.; Consumentenbond, 2014; CZ, n.d.; DSW, n.d.; Eno, n.d.; Menzis, n.d.; ONVZ, n.d.; Schippers, 2014a; VGZ, n.d.; Zorg en Zekerheid, n.d.; Zorgverzekerings Informatie Centrum, n.d.). Table one shows the premium build-up of all healthcare insurance companies for the year 2015. The table also displays the final premium per month and per year, per individual insured person for each healthcare insurance company.

Table 1- Premium build-up healthcare insurance companies 2015 in euro (based on: Achmea Zilveren Kruis, n.d.; de Amersfoortse, n.d.; CZ, n.d.; DSW, n.d.; Eno, n.d.; Menzis, n.d.; ONVZ, n.d., VGZ, n.d.; Zorg en Zekerheid, n.d.).

	VGZ	Achmea	CZ	DSW	Menzis	ONVZ	ZZ	ASR	Eno
1. Premium calculation 2015	1.196	1.196	1.196	1.196	1.196	1.196	1.196	1.196	1.196
2. Result care purchasing and netting	-31,90	-88	13	-30	13,04	-28	-15	-22	-46
3. Operating expenses	83,40	106	65	74	79,39	99	69	89	105
4. Stakes investment income	0	-9	0	0	0	-20	0	-15	-7
5. Transfers to reserves	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. Transfers from reserves	-76,50	-84	-147	-100	-122,73	-117	-118	-97	-117
7. Profit storage	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8. Others	98,90	103	79	0	85,30	130	91	4	81
Total per year	1.269,90	1.224	1.206	1.140	1.251	1.260	1.223	1.155	1.211
Total per month	105,83	102	100,50	95	104,25	105	101,95	96,25	100,92

The data shows that the final premiums are rather similar (within a range from 95 to 105,83 euro per month). However, the individual premium build-ups are definitely not. The build-up on which the final premium of each insurer is based differs among companies in many ways. With exception of the first factor (the premium calculation) which is fixed at 1.196 euro. This number is calculated by the government as they determine which healthcare practices are covered by the basic healthcare insurance package. Also, the fifth and the seventh factor do not show any dissimilarities among the insurance companies, and all are set at zero. Other factors do show differences among insurance companies. For example, the second factor (result care purchasing and netting) shows the difference between Achmea (-88 euro) and Menzis (13,04 euro). A difference of 101,04 euro. Which means that per year Achmea subtracts 88 euro from the annual premium, and Menzis charges 13,04 euro extra on the annual premium for one single customer (the premium build-up does not clarify whether this difference is attributable to care purchasing or to the netting results). Also the third factor (operating expenses) is fixed at different prices, with the highest difference between CZ (65 euro) and Achmea (106 euro). Achmea and CZ are

both leading healthcare insurance companies, this makes the difference extra prominent. The most striking difference can be noticed at the eighth factor (others). This is a difference of 130 euro. ONVZ charges 130 euro while DSW does not charge anything at all. These differences are striking because they cause a high difference in final monthly premium to be paid by the customers. Despite the fact that these differences are not explained by the premium build-up and the eight different factors.

3. RESEARCH METHOD

To explain the entire process of this study, this chapter is divided into four different subchapters: research design, selection of participants, procedure, and data analyse. This research process is followed in order to collect, analyse, and interpret the data.

3.1 RESEARCH DESIGN

This study is characterised by an exploratory qualitative design. The data-collection method is the individual in-depth interviews style. On the continuum from unstructured to fully structured interviews, the used interview-technique falls something in between these extremes (Draper & Swift, 2011): the interview style is an open conversation to avoid a questionnaire type of feeling during the interview, since this could jeopardize the openness of the conversation. Although, participants were not left to determine the subject of which they spoke, since particular information from the interviews was expected.

3.2 SELECTION OF PARTICIPANTS

The participants were selected in various ways: through the network of the author, through the professional internet network *LinkedIn*, through the attendance of the conference: "*Expeditie Marketing*", and through the business network of recruited participants. Table two provides an overview of all participants in chronological order. First some information about the company at which they work is given (including the target group of the healthcare insurance company, the size of the company and the supplied products of the company). Also the job function and gender of the participant is included in table two.

Table 2: Overview of research participants.

	Organisation	Job function	Gender
A	SpotONvision; B2B Marketing agency	Marketing and communication professional	Female
B	Dutch healthcare insurance company <ul style="list-style-type: none"> – Target group: Not specified – Market share: Large – Supply: Only health insurance 	Senior product and proposition manager department strategy & proposition development	Male
C	Dutch healthcare insurance company <ul style="list-style-type: none"> – Target group: Not specified – Market share: Large – Supply: Only health insurance 	Manager technical project management	Male
D	Dutch healthcare insurance company <ul style="list-style-type: none"> – Target group: Employers collective or membership collective – Market share: Small – Supply: Broad range 	Marketing advisor	Male
E	Dutch healthcare insurance company <ul style="list-style-type: none"> – Target group: Independent customer – Market share: Small – Supply: Broad range 	Marketing manager care	Female
F	Dutch healthcare insurance company <ul style="list-style-type: none"> – Target group: Rabobank-customers – Market share: Small – Supply: Broad range 	Proposition manager segment Individuals	Male
G	Dutch healthcare insurance company <ul style="list-style-type: none"> – Target group: independent customer – Market share: Small – Supply: Only health insurance 	Customer experience specialist	Female

3.3 PROCEDURE

All participants work at different Dutch healthcare insurance companies. Their job description varies, though they were all dealing with the strategy of the company and the marketing purposes including customer centrality. An exception includes interview A. This interview was held with an expert in the marketing field, and can therefore not be assigned to a particular healthcare insurance company. This interview generally focused on the broader field of marketing within the insurance sector. In total, seven interviews have been conducted, including six interviews with representatives of Dutch healthcare insurance companies. These interviews were conducted face-to-face. Interview F is an exception to this. The interview question answers were given by the participant via email, as an appointment could not be arranged due to practical reasons. For interview B, C, D E, and G, an interview guide was used for the interviews. For interview F a shorter version of the original interview guide was used. The interview guide can be found in the appendix. The interviews took place at a location chosen by the participant. In general, this location was the office of the healthcare insurance company the participant worked for. The length of the interviews varied from 60-100 minutes. The interviews were recorded, with permission of the participants, and transcribed afterwards. The full transcripts were sent to the participants via email for approval. None of the participants asked for revisions to their transcript. After their feedback the transcripts were anonymised. All transcripts are attached in the appendix. The interview guide is divided into four parts conform the main research concepts: *customer centrality*, *transparency*, *limiting factors*, and *premium build-up*. The interview questions are partly adapted from the research done by Lamberti (Lamberti, 2013). Within this study, interviews have been held on the topic of customer centrality with managers, consultants and academicians. The reason to use an interview guide and not predetermined interview questions, is to stimulate an open conversation.

3.4 DATA-ANALYSE

In order to analyse and interpret meaning from the data a content analysis of the results is carried out (Hsieh & Shannon, 2005). All the data of the different interviews are combined using labels for similar quotations. The transcripts were broken down, using the four different main topics: *customer centrality*, *transparency*, *limiting factors* and *premium build-up*. This means that all relevant information given in the interviews were ascribed to one of the four topics. Then again these four topics were divided into smaller parts. This time using 'soft keywords'. They are called 'soft' keywords since they are umbrella terms, and a different wording might be used

within the interviews. These keywords are partly derived from the characteristics of customer centricity and transparency as mentioned in chapter two, the theoretical framework. Due to the open conversation during the interviews, frequently used terms and topics are also included. Therefore, the soft keywords are a mixture of what is found in literature and frequently used terms within the interviews. All the relevant data is ascribed to one of the different keywords. Together it provides the information needed for the research questions. This method made it possible to combine and compare all the data from the different interviews.

4. RESULTS

This chapter includes the information given in the interviews corresponding to the topics of the four research questions: *customer centricity*, *transparency*, *limiting factors* and *premium build-up*. Each subchapter includes information obtained from the interviews, and concludes with a content analysis to show in what way the information is obtained. The first column shows the soft key words, and the second column provides an example-quotation. These quotations are translated from Dutch to English and are in some cases modified to be usable within the table. In parentheses is mentioned which interviews correspond with the quotation. The first interview mentioned is the one from which the quotation is derived. The subsequent mentioned interviews contain a similar, but usually not identical, quotation. For example, (see table 3 page 23): the first quotation is said within interview D. Something similar is said within interview B, F and G.

4.1 CUSTOMER CENTRICITY

Literature research has provided information about customer centricity. The question is now how customer centricity is perceived and implemented by the representatives of the healthcare insurance companies. Noticeable within all interviews is that customer centricity is an extremely important principle among healthcare insurance companies. An example of what is said is: "*Customer centricity is your guiding principle, around which you develop products and most of all services*" (interview D, appendix page 78. Translated from Dutch). This quotation shows the importance of customer centricity. The participated healthcare insurers find themselves competitive companies who aim for gaining new customers and keeping the ones they already have. In order to do so they need to be customer centred. There are a couple of characteristics the participants ascribe to customer centricity:

- Trust
- Reciprocity
- Feedback
- Customer need
- Difference customer demand and customer need
- Satisfied customer
- Commitment

- Providing advice in own detriment
- Transparency
- Mobility

According to the participants, to be able to put the customer in the centre of attention, the healthcare insurance company should be trusted by its customers. If not, the company will not be able to be completely customer centralized. The participated healthcare insurance companies perceive trust as something that is needed for customer centricity as well as something that is gained through customer centricity. This is also related to the characteristics reciprocity and feedback. Reciprocity means (according to the participants) that customers are willing to actively invest in the relationship between the customers and the healthcare insurance company. This is interpreted by the participants as sharing relevant information with the healthcare insurance company, and to keep the company informed about changes in personal circumstances (moving out, family expansion, laser eye surgery etc.). This information stimulates the healthcare insurance company in its customer centricity. The participated healthcare insurance companies state that customers will only actively share personal information with the company when they trust their healthcare insurer. All the received information together is called: *big data*. Healthcare insurance companies can use big data to be able to provide customer advice. As well as to adapt the products to the personal situation of an individual customer (for example through the use of the information gained from declarations from the past). Furthermore, it is mentioned that big data can also be used for the development of statistics. This enables the healthcare insurance company to provide better risk-calculations for customers. Some participants mentioned the importance for healthcare insurance companies to provide information towards customers in a pro-active way. Regarding customer centricity, the insurer needs not only responding to their customers' questions and remarks, but to proactively support their customers. Information given by the customer can also be given through feedback. Also mentioned is that, regarding customer centricity, a company has to provide opportunities for feedback. Besides, they have to be able to properly process received feedback, and possibly adapt products and services to this information. Many participated insurance companies test how well (new) products respond to customer need. For example, through focus and panel groups. This is related with the following characteristics: customer need, customer demand and a satisfied customer. Healthcare insurance companies have to know their customers really well, especially the need of their customers. According to the participants this customer need should be translated into relevant products and services.

Providing products and services which do not correspond to customer need are useless and irrelevant for customers, which shows that a company is not customer centric. A few participants mentioned that, regarding customer centricity, it is important to have a mind-set which focuses on thinking beyond own advantage. This means that the company should give priority to the interest of the customer. Also when this means lack of earnings for the company. In this case customer centricity means that the wellbeing of the customer is that important that the wellbeing of the company is inferior to it. At its most extreme this means; recommending a healthcare insurance other than the company's insurance, when this is the best solution fitting the customer need. Also, there is the characteristic of transparency. This is mentioned by all participants: being transparent is a component of being customer centric. Finally, there is the characteristic of mobility; it is mentioned in the interviews that customers must keep their healthcare insurance through freewill. When they are not satisfied they must be able to leave the healthcare insurance company.

The participated healthcare insurance companies make a distinction between customer need and customer demand. Since it is their responsibility to keep healthcare affordable according to the principle of solidarity. They will have to oversee the whole healthcare market including all different insured people (rich, poor, low-risk, high-risk etc.). This means that customer centricity is not just fulfilling customer demand. Since this sometimes might counteract the real customer need (primarily keeping healthcare affordable). Healthcare insurance companies have to be aware of that. They need to find out the real customer need and respond to that, neglecting customer demand.

Table 3- Content analysis of qualitative interview results. The topic is “customer centricity” with a total amount of 141 quotations (the soft key words are partly adapted from: Fader, 2012; Lamberti, 2013; Maas, Graf, & Bieck, 2008; Mitraneau, 2005; Shah, Rust, Parasuraman, Staelin, & Day, 2006; Smith & Zook, 2011, and are derived from frequently used terms within the qualitative interviews).

Soft key words	Quote
Trust	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Trust is extremely important for customer centricity” (D, B, F, G).</i> • <i>“Customers have to feel confident in their choice for us” (E, D, C, G).</i>
Customer information	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“The customer shares relevant information with you” (D, E, G).</i>
Customer participation through feedback/ reciprocity	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“With every product or service we ask ourselves and ask the customers whether it answers the customer need, therefore feedback is needed” (B, C, D, E, G).</i>
Commitment	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Active commitment is when you created something which makes the customer eager to participate and to, for example, share information with you” (D).</i>
Communication towards customers	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“You need to provide information in a pro-active way” (D, B, G).</i> • <i>“We try to clearly present the different possibilities” (E, C, D).</i> • <i>“Your attitude when communicating with customers is highly important” (G).</i> • <i>“You have to provide the answers, at the place where the customer starts looking for them” (C).</i>
Customer need	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“The customer has a certain need which we should determine as good as possible, and further translate into relevant products and services for the customer” (C, B, D, E, G).</i> • <i>“The new form of marketing is a satisfied customer, that is basically how marketing once started” (C, B).</i> • <i>“You should be able to give customers a satisfying and clear answer” (G).</i>

Customer demand	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Customer demand is not the same as customer need. Real customer need is the principle of solidarity which is not always conform customer demand”</i> (B, D, E).
Mobility	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Customers have to be able to leave when they are not satisfied. Therefore, mobility is important”</i> (C).
Transparency	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Transparency is a concept of customer centricity”</i> (E, B, C, D, G).
Disadvantage insurance company	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“To be truly customer centric; you should also advise in your own detriment”</i> (D, C, F, G).
Relevance	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Customer centricity is needed for keeping your customers (F, G, E, B, C), and for attracting new customers”</i> (E, B, C).

In addition to this data, it should be mentioned that a close trustworthy relationship is considered very important regarding customer centricity, according to a few participated healthcare insurance companies. This is something which is easier to reach for the smaller healthcare insurance companies, since they have a smaller amount of customers. Besides, mentioned in one interview is that company growth is not even that interesting for healthcare insurance companies. Because, the insurer will not increase its competence to purchase healthcare against better conditions when they have half a million more customers. It might be even less interesting for a company to grow, because there are odd strings attached to company growth: the more customers a healthcare insurance company has, the bigger its equity capital needs to be according to legal obligations. Therefore, less money can be used from the equity capital to lower the premiums. This means that the year after a company has grown, the premiums of their customers will probably increase, because of the law on equity capital. Next to this it is mentioned that profit is not an incentive to grow for healthcare insurance companies. Because, all healthcare insurance companies declare to operate without a provide-motive. Even though the surplus at the end of the year might be called ‘profit’, it actually is not. Within the interviews it was said that this money will most likely be used to lower the premium the year after. In general, the healthcare insurance companies do not have any investors or owners who insist on profits, unlike most regular (insurance) companies. Healthcare insurance companies totally rely on their customers.

Something which created some different views among the participants is the willingness of customers to share information with the healthcare insurance companies. Some healthcare insurance companies are convinced that customers are highly willing to share personal information, as long as the customers are convinced that this will benefit themselves as a customer. Other companies state that, in general, customers are definitely not willing to share information, as they consider this as private information.

Concluding, customer centricity is an important principle among healthcare insurance companies. In the competitive market, the participated healthcare insurance companies declare that they have to focus on their customers and the customer need. Accordingly, the participants perceive trust as something that is needed for customer centricity as well as something that is gained through customer centricity. The following characteristics of customer centricity are subscribed to customer centricity by the representatives of healthcare insurance companies: trust, reciprocity, feedback, customer need, difference customer demand and customer need, satisfied customer, commitment, providing advice in own detriment, transparency, and mobility. Regarding customer centricity, fulfilling customer need is extremely important according to the participants. They have to understand the need of their customers and they have to be able to translate this need into relevant products and services. It was mentioned that, when being truly customer centric, the interest of the customer is more important than the interest of the company. Also being transparent was mentioned as an essential factor in being customer centric.

4.2 TRANSPARENCY

The question is how transparency is interpreted by the participated healthcare insurance companies. Besides, how do they perceive the relationship between customer centricity and transparency? According to the participated healthcare insurance companies, transparency is needed in order to reach the most important characteristic of customer centricity: trust. It was stated in interviews that to have customer trust, a healthcare insurance company needs to be transparent. In other words; trust can be earned through transparency, it is a way of restoring harmed trust. According to the participated healthcare insurance companies, this means that to be trusted by its customers a healthcare insurance company should communicate open and fair without holding back any information. However, it is important to keep in mind that transparency is not about the quantity of information. Therefore, the insurer will not increase its transparency just by increasing the amount of information provided to its customers. More important is the quality of the information given; this should be

relevant for the customers and should be understandable and adapted to the customers of the insurance company. According to the participants, this means that a healthcare insurance company should be able to select which information should be communicated to its customers, without holding important information back. The company should decide which information is directly communicated to its customers and which information will just confuse its customers. One participant mentioned that, eventually, transparency should be responsible for the final choice of a customers. For example, the choice for increasing the mandatory excess, the choice for additional insurance, and also the choice for a particular healthcare insurance company. Within the interviews it became clear that the participants find it important that the customer is be able to make a conscious and independent choice for basic healthcare insurance, and that the customer is be aware of the product he is buying. In order to do so, transparency is needed, and that is why transparency is important regarding customer centricity according to the participated healthcare insurance companies.

Table 4- Content analysis of qualitative interview results. The topic is “transparency” with a total amount of 67 quotations (the soft key words are partly adapted from: Bushman & Smith, 2003; Bushman, Piotroski & Smith, 2004; Vishwanath & Kaufmann, 2001, and are derived from frequently used terms within the qualitative interviews).

Soft key words	Quote
Financial accountability	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“We want to take our responsibility and explain how we use the incoming money” (B, D).</i>
Quality and control of Information	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Transparency is open and honest communication of information; it is about the overall picture” (E, B, C, D, F, G).</i> • <i>“Transparency is not about the quantity of information, it is about how understandable and relevant the information is” (E, D, G).</i>
Relevance of transparency	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Through transparency, a customer should be able to make a conscious and independent choice” (C, B, E, G).</i> • <i>“Transparency is a concept of customer centricity” (E, B, C, D, G).</i>
Restoring trust	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Transparency provides the opportunity to restore trust” (B, D, G).</i>

In conclusion, transparency is considered very important by the participated healthcare insurance companies. Because, to gain customer trust healthcare insurance companies have to be transparent. It was stated in the interviews that transparency means that healthcare insurance companies communicate in an open and fair way, without holding back any information. Transparency is not about the quantity of information, as the information provided should be relevant and understandable. Therefore, the participated healthcare insurance companies state that they have to select which information is communicated to its customers. Eventually the provided information should help the customers in selecting a healthcare insurance company and in being able to understand the product they pay for. Therefore, transparency is considered very important regarding customer centricity.

4.3 LIMITING FACTORS FOR CUSTOMER CENTRICITY

As the previous subchapters revealed; customer centricity and transparency are important concepts for the participated healthcare insurance companies. However, this raises the question why they are not completely customer centric and transparent yet (as they say). What challenges do the healthcare insurance companies face when aiming for customer centricity and transparency? This question was included within the interviews. Accordingly, all representatives of healthcare insurance companies mention the importance of customer centricity and transparency. Besides, they all express their focus on optimization of these concepts. Nevertheless, they do face factors that interfere with their aim for customer centricity. The interviewed insurers are distinct companies, having different customers and therefore facing different challenges. Although, there are some limiting factors which are rather common among the different healthcare insurance companies. First, which has been mentioned in the first subchapter (4.1; customer centricity), there is the dilemma of the customer demand versus customer need. Participated insurers acknowledge that the (short-sighted) customer demand can constrain insurers in their customer centricity. Healthcare insurers have a responsibility in keeping healthcare affordable; the need of all customers (the principle of solidarity). This means that striving for affordable healthcare sometimes not corresponds to individual customer demand. An example of this, mentioned in an interview, is maternity care which is included in the basic healthcare insurance package. People would rather remove it from the basic healthcare insurance, since many do not make use of this specific care, and are not planning to do so in the future either. However, removing it from the basic healthcare insurance package will make it unaffordable for the people who do make use of maternity care. That is why it needs to be funded by

the basic healthcare insurance package. As the participants stated, customers do not always understand this responsibility of the healthcare insurance companies. Their faith in the insurance company is damaged since they have the feeling that the insurer does not respond to their demand. Particularly because there is a lack of knowledge and understanding at the side of the customer. According to the participated healthcare insurance companies, this misunderstanding is related to several things:

- Lack of knowledge. Many people do not entirely understand what they are exactly choosing when selecting their healthcare insurance. They perceive the healthcare insurance market as very complex. For example, it is very common that customers are not aware of the fact that the basic healthcare insurance package is composed by the government and not by the healthcare insurance companies (and is therefore similar among all healthcare insurance companies).
- Large quantity of products. This creates confusion among customers: budget polis, contracted care polis (natura), non-contracted care polis (restitutie). There is a lack of significant difference between these three. This enhances the complexity of the healthcare insurance market.
- Disinterest. The healthcare insurance is a low-interest product. People spend little time figuring out the different possibilities when choosing a particular healthcare insurance, this enhances their lack of knowledge.

All of the above mentioned points enhance the misunderstanding that exists between insurers and customers. It was stated that decisions healthcare insurers make, may not be understood by customers, which negatively affects the customer centricity of the insurer. This is also, again, related to the lack of customer trust the healthcare insurers deal with. Some representative healthcare insurance companies mentioned that the entire financial sector encounters much distrust, which also impacts the healthcare insurance sector. The participated healthcare insurance companies acknowledge that trust needs to be earned. Transparency is a good source for earning trust. The problem that was mentioned by one participant is that being misunderstood by customers and losing their faith (especially the fear of losing it) can make it tempting for insurers to hold back information. This negatively influences their transparency. For example, not proactively communicating changes in the policy conditions of which the insurer knows in advance that the average customer will not understand. Eventually through this they will burn their own fingers and lose customer trust. Healthcare insurance companies can really tempt to stick to a way of thinking from the perspective of the company. Even though the perspective of the

customer is necessary for customer centricity. According to some participants, healthcare insurers are still to a great extent concerned with risk-calculations. Besides, company results are still highly important, this may not be in the benefit of the customer. A reason for this is that the market is still supply-driven. This undermines important characteristics of customer centricity: knowledge of customer need and thinking beyond own advantage. It was mentioned that the culture of healthcare insurance companies needs to change when striving for customer centricity. This is a long-term process; it is not something that can be achieved overnight. Not only do insurers face problems at their company culture, they also deal with problems in their own competence. This is mainly related with big data; the entire dataset with information they receive and collect from their customers. Representatives of healthcare insurers companies have problems with processing this information well, and using it in a way that it benefits their customers. Not only do they lack competence to do so, in some cases they are also not allowed to use big data when it includes private information of customer.

Table 5- Content analysis of qualitative interview results. The topic is “limiting factors” with a total amount of 87 quotations (the soft key words are derived from frequently used terms within the qualitative interviews).

Soft key words	Quote
Customer demand	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“I wouldn’t say that customer demand is a limiting factor for customer centricity, but it is interfering us.” (B, C, G).</i>
Responsibility within the healthcare system	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“We provide sufficient solidarity support, even on times when it is not particularly demanded by the customer” (B, D, E, G).</i>
Knowledge of customers	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“The multitude of products and services makes it hard to choose” (C, B, E, G).</i> • <i>“Customers do not understand the system” (B, C, D, E, F, G).</i> • <i>“It is a low –interest product” (E, B, C, G).</i> • <i>“The product differences are very slight” (C, E).</i>
Culture within insurance companies	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“The current culture within healthcare insurance companies are not yet completely adapted to the modern healthcare insurance market” (C, D).</i> • <i>“Healthcare insurers have a risk-calculating perspective” (D, G).</i> • <i>“Healthcare insurers are still too much supply-driven” (B, C).</i>
Trust	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“The lack of trust is interfering us” (E, B).</i>
Competence of healthcare insurers	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Data is available, although insurers are struggling with correctly processing this data to the benefit of customers” (D, G).</i> • <i>“The data is not usable since it is private information” (E, G).</i>

In conclusion, the representatives of the healthcare insurance companies declared to struggle with the problem of customer demand versus customer need. Customer demand can interfere with aiming for customer centricity.

As the individual customer demand is not always in line with the overall true customer need. This overall customer need included the principle of solidarity. The healthcare insurance companies have the responsibility to protect the principle of solidarity. This is a responsibility which is not always understood by the healthcare insurance customers. There is a lack of knowledge at the side of the customer about the healthcare insurance system. Besides, there are too many products which increases complexity of the system. In addition, the healthcare insurance is a low-interest product. This increases the misunderstanding that exists between insurers and customers. Besides, participants state that healthcare insurers are usually not trusted by individuals. This can make it tempting to decrease transparency. Besides, what was stated by some participants, is that the culture among healthcare insurance companies still has to change. It is not completely focused on the customer and customer need.

4.4 PREMIUM BUILD-UP

Next to customer centricity, transparency, and the limiting factors of these two, the interviews also contained questions on how the representatives of healthcare insurance companies perceived the premium build-up and publishing the premium build-up due to legal obligation. What is the function of publishing this data and how do they believe the customer will handle this information? According to the participated healthcare insurance companies, publishing the premium build-up will directly influence transparency, and will indirectly influence customer centricity through the component of transparency. The interviews showed that the premium build-up is an estimation of the costs calculated by the healthcare insurers. Each insurer faces different costs, for example due to: their target group, contracts with healthcare providers, their equity capital etc. Therefore, the premium build-up differs among the healthcare insurance companies. Some participants mentioned that they already composed the premium build-up before they had to publish it on the internet. By then they probably used different templates, according to the interviews. The representatives of healthcare insurance companies were unable to tell what template they used before. Since the beginning of 2015 all healthcare insurers use the same template, this makes the premium build-up comparable. There are only two problems for making an equal and fair comparison mentioned by the interviewees: the first problem is that insurers possibly are not required to publish them with an auditor statement. Without insinuating that insurers are messing with their finances; this provides the opportunity to use the premium build-up as a marketing tool. An example of this (mentioned by a few participants): through giving the impression to be a wealthier healthcare insurance company by increasing

the amount of money derived from the equity capital. The possibility to do so makes the premium build-up unusable for comparison in this respect. The other reason for the fact that the premium build-up is not comparable, is that the representative healthcare insurers believe that there is still too much confusion among customers to make a good comparison. The clarification of the distinct factors still faces a lot of deficiencies. The interviewees state that customers will probably not have the competence to use this information when they make a choice for a specific healthcare insurance. Besides, what is emphasised within the interviews most: the premium build-up does not respond to the need of customers. The customers did not ask for it and they will not use it. Most customers probably have never seen the premium build-up of any healthcare insurance company, or are not even aware of the existence of it. Although, even when this is indeed true; the premium build-up does create more openness among healthcare insurers, and it also shows that the insurers are not afraid to be transparent and to provide information. Nevertheless, transparency is not about the quantity of information but about the quality of information, the information should be relevant for customers, this was emphasised by all participants. If not, more information can increase the complexity. This is something that should be avoided by healthcare insurers. Since complexity will decrease transparency and therefore jeopardize the customer centricity of a company.

Table 6- Content analysis of qualitative interview results. The topic is “premium build-up” with a total amount of 62 quotations (the soft key words are derived from frequently used terms within the qualitative interviews).

Soft key words	Quote
Premium build-up	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“The premium build-up is an estimate of the costs” (B, C, D).</i> • <i>“This is something we do much longer” (B, G).</i> • <i>“The premium build-up contains the only numbers which are published without an auditor statement” (C).</i> • <i>“The premium build-up is published with an auditor statement; the numbers have to match the annual report” (G).</i>
Relevance of build-up	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“It does not respond to the need of the customer” (E, B, C, D, F).</i> • <i>“The premium build-up is comparable” (B).</i> • <i>“The premium build-up is incomparable” (C, E).</i>
Openness	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Maybe the premium build-up is mainly about being open and to show that something is done to fight in-transparency and to be open” (D, B).</i>
Reputation of healthcare insurers	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“An insurer can use the premium build-up to look richer than he actually is” (C, D).</i>

In conclusion, the premium build-ups are different among the healthcare insurance companies as they face different costs. Some participants declared that their company already used a similar template for the premium build-up to calculate their final premium, before they had to publish it. However, it was mentioned that the premium build-up might be published without any auditor statement, this can create the opportunity to use the premium build-up as a marketing tool. The representatives of the healthcare insurance companies declare that publishing the premium build-up will increase transparency through providing additional information to the customers. However, the premium build-up possibly provides information which will only confuses consumers, as it will increase the complexity of information. Besides, the representatives of the healthcare insurance companies state that publishing the premium build-up does not respond to the need of customers. It was stated that the customers did not ask for it nor will they use the information provided by the premium build-up. The customers are probably not even aware of the existence of the premium build-up.

5. DISCUSSION AND CONCLUSION

The results of this study suggest that the competitive healthcare insurance market, and the fact that the insurers are dependent on their customers, forces healthcare insurance companies to be customer centric. This means that the interest of the customer is embedded in the marketing strategy of the company. The participants stated that, in its most extreme form, customer centricity means that a healthcare insurance company will not sell, or try to sell a product to a customer when the insurer is aware of the fact that the particular product is not the best option for that specific customer. Therefore, on the subject of customer centricity, the insurer should be willing to advice in its own detriment. All participated healthcare insurance companies declare to aim for customer centricity. However, the way they interpret the concept of customer centricity, and the way they implement it, might differ. Also, there are factors that work against them in striving for customer centricity. For example, something that was emphasized by the participants multiple times, the difference that exists between customer need and customer demand. Customer demand can constrain insurers in their customer centricity. The real customer need is founded in the principle of solidarity. The results show that healthcare insurance companies mention the struggle customers have with acknowledging this true customer need. In general, customers do not understand the healthcare insurance system. The results show that this is related to three factors: lack of knowledge at the side of the customers, large quantity of insurance products to choose from, and the fact that customers are not interested in the healthcare insurance products. This creates misunderstanding between the insurers and the customers. Which negatively influences customer centricity and aiming for customer centricity for the participated healthcare insurance companies. According to the literature and the results of this study the following six main characteristics of customer centricity are established:

- Trust
- Reciprocity/feedback
- Communication towards customers
- Knowledge of customer need
- Thinking beyond own advantage
- Transparency

These six characteristics combine the characteristics of customer centricity mentioned in literature (communication towards customers, opportunities for feedback, customer experience, customer information, customer participation), and the characteristics of customer centricity obtained from the results (trust, reciprocity, feedback, customer need, difference customer demand and customer need, satisfied customer, commitment, providing advice in your own detriment, transparency, mobility). The results of this study show that trust is the most important component of customer centricity; it is needed for customer centricity as well as it is gained through customer centricity. In order to receive customer trust, transparency is needed. Based on the results, it is not the only component needed for trust. Yet, it is an important component. The representative healthcare insurance companies experience a huge lack of customer trust. To restore the broken trust, they state that transparency is required. Based on the results, transparency is about open and fair communication. Including information which is relevant for the customer without holding back any important information. Complex information is a huge threat to this, and should therefore be avoided. Since complex information will negatively influence the capability of individuals to adequately interpret the offered information, and accordingly to switch to another healthcare insurance company. Transparency is not about the quantity of information but about the quality and relevance of the provided information. This last aspect is extremely important and emphasised by the participants. The results show that the intended increase of transparency will not be reached through publishing the premium build-up. Even though this is said to be the intention of publishing the premium build-up data. As this is perceived quantitative information instead of qualitative information, which will make the information more complex to the customers according to the participated healthcare insurance companies.

As mentioned in the additional information to the results, it is also emphasized by some participants that a close relationship between insurer and customer is important regarding customer centricity. This raises the question whether this is easier to be achieved by the smaller healthcare insurance companies compared to the bigger companies. Besides, the website zorgkiezer.nl shows that the highest customer ranking is given to smaller healthcare insurance companies. In addition, it could be questioned how interesting it even is for insurers to grow? In the interviews it is stated that the insurers will not be able to purchase healthcare against better conditions for half a million more customers, hence that will not be an incentive to grow. Besides, some participants acknowledged that the interesting struggle for growing as a healthcare insurance company is that the bigger you are, and the more customers you have, the bigger the equity capital of the company should be

according to the law. This means that less money can be used from the equity capital for lowering the premium. The amount of money that is transferred from reserves causes the highest difference between the insurance companies. Generally spoken, according to the premium build-up, the lowest premiums are related to the highest transfers from reserves. Therefore, the premium will probably not decrease the year after a healthcare insurance company has grown, but might even increase. Some healthcare insurance companies perceive this as weird incentives which reduces the interest to grow as a company. A healthcare insurance company should be financial healthy; which is not the same as being the biggest company in the market. Also, profit will not be of interest for growth. All participated healthcare insurance companies, with their own basic healthcare insurance package, declared to be a cooperation. Therefore, they act without a profit-motive. The participated healthcare insurance companies state that the surplus that remains at the end of the year may be called profit, but actually it is not. According to the participants, this money will in most cases be invested in the equity capital of the company, and can be used for lowering the premium the year after. Besides, some participants mentioned that there are no investors or owners who are demanding for as much profit as possible. This makes the situation of healthcare insurance companies unique and fascinating. The customer is all they have, so is customer centricity actually a choice? Broadly speaking: not investing in sustainable customer relationships would be company suicide. Because the healthcare insurance companies will not exist without its customers. They answer to customer need, because customers are their living. If this is actually the case; why then should legal obligations for customer centricity be imposed by the government? Logically, the insurance company should know its customers and their need better than the government does.

Therefore, this study suggests that, according to the participated healthcare insurance companies, publishing the premium build-up is a good example of something that is meant to benefit the customers but eventually misses its point. Healthcare insurance companies publish their premium build-up because they have to, but they know that it does not serve any need of their customers. Besides, the format for the premium build-up is not clear at all. Possibly the premium build-up provides more questions than it answers. The participated healthcare insurance companies state that the different factors are poorly explained and differences between insurance companies can easily be misinterpreted. This could increase the complexity of the sector. Complexity is absolutely not desirable since this will negatively influence people to switch to another healthcare insurance. While a higher market mobility will force healthcare insurance companies to increase their aim for customer

centricity. In other words; a higher market mobility will eventually benefit customers. As mentioned by some participants; it could be questioned whether the pressure of market mobility on customer centricity is as high as it could or should be. Healthcare insurance companies might have an interest in a relatively low market mobility. They are aware of the fact that by far the largest part of their customers has been a customer of their company for a long time and will stay a customer of their company for a long time as well. When put this way; compelling the premium build-up could increase the complexity of the sector and therefore negatively influences the market mobility. This will disadvantage customer centricity: the exact opposite of what was intended.

LIMITATIONS

The conclusions are based on the data collected through qualitative interviews at six representative healthcare insurance companies. This is just a small part of all healthcare insurance companies in the Netherlands. Because, only five (labels) out of nine risk bearing healthcare insurance companies are covered. Therefore, the results only represent the participated healthcare insurance companies, and do not represent the whole healthcare insurance supply market in the Netherlands. The reliability of the data would probably increase when the quantity of the data-collection increases. As the study has an explorative qualitative design, in-depth interviews have been conducted. It would have been desirable when more healthcare insurance companies would have participated. This low amount of participants has been a threat to this study from the beginning: beforehand it was not known what the general attitude of the healthcare insurance companies would be regarding the subject. Especially because it might include competitively sensitive information. It has shown that not all approached potential participants were very keen to open up on this subject. Something which made the data collection much more difficult, and yet even more interesting. Next to this, the unstructured interview style allowed the participants to partly decide on the structure and development of the conversations. The negative effect of this is that it sometimes proved difficult to receive an answer to particular questions. It appeared that participants tried to avoid particular questions. While at the same time they attempted to provide information which they wanted to share: sometimes information which contributed to a positive image to the company they worked for. The other side is the positive effect of the unstructured interview style. As it supported an open conversation, which increased the feeling of the participants of partly staying in control of the conversation next to their willingness to share information.

What should not be left unmentioned is that the diversity among all customers is huge. All Dutch citizens are eventually a healthcare insurance customer. Their different needs and desires may not be uniform. This is also noticeable among healthcare insurance companies because the companies have different target groups, or are interesting for particular kind of customer groups. This may influence their view and implementation of customer centricity. An example of this is their different view on big-data. There are healthcare insurance companies who are convinced that customers are indeed willing to share information when they know it will be in their own benefit. In this case, big data is desired by both the insurer as well as by the customer. Other healthcare insurance companies state that customers are not that willing to share information of which they believe is private information. Therefore, there is a difference in the apparent customer need; the need for better adapted insurance advice or the need not to relinquish control. This might be explained by the different customer groups of the insurance companies. Some companies have more self-determining customers who want quality and independency through focussing on non-contracted care policies (restitutie). Other companies are more aimed at providing advice. They request expert advice. This difference in customer need influences the perception on customer centricity of healthcare insurance companies. This is related to the limitation of this study that only healthcare insurance companies have been approached. The vision of the healthcare insurance customer is not included which is a limitation because it leaves a huge gap of knowledge.

PRACTICAL IMPLICATION

For future governmental interference, it should be kept in mind what is the real intention of a particular law or regulation. As it has shown that gaining more transparency is not reached through publishing more information. Especially not when this information is poorly explained and increases complexity. Possibly the premium build-up could be better explained, to take away the questions it raises. Important is that the quality of information towards customers should improve, not the quantity of information. Besides, possibly the advising role of the healthcare insurance companies will become more and more important in the future. As right now the advising role of healthcare insurance companies can be deceptive. Because, an insurance company can only provide the customer the best option within its own insurance offer. This allows an opportunity for companies that act as intermediaries. Since they have the expertise to select their advice from different healthcare insurances; something that will benefit the customer and better serve customer centricity. Perhaps this will be a demanded vision of the future. Healthcare insurance companies are still in a stage of transition, and the companies are still

young since the introduction of the new healthcare insurance system (2006). The system is not completely stable yet, and it is hard to predict how this will develop.

FUTURE RESEARCH

To better understand customer centricity within the healthcare insurance sector, the true customer need must be analysed. Both the government and the healthcare insurance companies need to know what is really needed by the customers. As this will eventually benefit the customers. In general, it is unknown what the real need of the customers of healthcare insurance is (Okma & Crivelli, 2013). Customer research might be able to provide an answer to this. Besides, it is important to continuously evaluate the healthcare system and to improve this system. This is needed for the guarantee of the quality of care and to keep healthcare affordable, now and in the future. The Dutch healthcare system can serve as a role model for other countries. However, the system is still young and in stage of change. The collaboration of the government with the private sector needs to be appraised for improvement. Therefore, further research on the collaboration of these two sectors is needed.

FINAL CONCLUSION

What was expected based on the literature, has been confirmed with the interviews; the concepts of customer centricity and transparency are trending among healthcare insurance companies. The competitive market and the fact that the insurers are dependent on their customers, forces healthcare insurance companies to be customer centric. However, the participated healthcare insurance companies state that publishing the premium build-up is not beneficial and not supporting their aim for customer centricity. Because, publishing the premium build-up is not considered a customer need. The participating healthcare insurance companies highly doubt the relevance of the premium build-up data. The representatives of healthcare insurance companies even believe that the information provided through the premium build-up will only make the process of choosing a healthcare insurance more complex for customers. The premium build-up is not clear; is not referring to any customer need nor is it relevant for customers. However, it goes too far to conclude that publishing the premium build-up would therefore, in an indirect way, negatively influence customer centricity. Simply because probably many customers will not look at this information or are not even aware of the existence of the premium build-up.

REFERENCES

- Abraham, J. M., Feldman, R., Carlin, C., & Christianson, J. (2006). The effect of quality information on consumer health plan switching: evidence from the Buyers Health Care Action Group. *Journal of Health Economics*, 25(4), 762-781.
- Achmea Zilveren Kruis (n.d.). *Toelichting premieberekening voor basisverzekering*. Retrieved May 14, 2015 from <https://www.zilverenkruis.nl/Consumenten/service/betalen/paginas/hoe-is-de-premie-opgebouwd.aspx>.
- Alter, S. (2007, December). Customer-centric systems: A multi-dimensional view. *In Proceedings of Web 2007, Sixth Workshop on eBusiness*. 130-141.
- Anderson, C. J. (2003). The psychology of doing nothing: forms of decision avoidance result from reason and emotion. *Psychological bulletin*, 129(1), 139.
- Anderson, N., Potočník, K., & Zhou, J. (2014). Innovation and creativity in organizations a state-of-the-science review, prospective commentary, and guiding framework. *Journal of Management*, 40(5), 1297-1333.
- Beest van, F., Lako, C., & Sent, E. M. (2012). Health insurance and switching behavior: Evidence from the Netherlands. *Health*, 4(10), 811-820.
- Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. (2005). *De Nederlandsche Gezondheidszorg* (11th ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Consumentenbond (2014). *Sjabloon premieopbouw zorgverzekeraars: eerste indruk*. Retrieved December 16, 2015 from <http://www.consumentenbond.nl/zorgverzekering/eerste-indruk-premieopbouw-verzekeraars/?version=1>.
- CZ (n.d.) *Hoe hebben we de premie voor 2015 berekend?* Retrieved May 14, 2015 from <http://www.cz.nl/klantenservice/hoe-zit-dat-nou/hoe-hebben-we-de-premie-van-2015-berekend>.
- Dapko, J. (2012). *Perceived firm transparency: Scale and model development*. Graduate Theses and Dissertations.
- Day, G. S. (1994). The capabilities of market-driven organizations. *the Journal of Marketing*, 58(4), 37-52.
- De Amersfoortse (n.d.). *Hoe is de zorgpremie opgebouwd?* Retrieved May 16, 2015 from <https://www.amersfoortse.nl/verzekerde/zorgverzekering/Paginas/opbouw-zorgpremie.aspx>.

- Dormont, B., Geoffard, P. Y., & Lamiraud, K. (2009). The influence of supplementary health insurance on switching behaviour: evidence from Swiss data. *Health Economics*, 18(11), 1339-1356.
- DSW (n.d.) *Premieopbouw 2015*. Retrieved May 14, 2015 from <https://www.dsw.nl/Consumenten/zorgverzekering/premieopbouw2015>.
- Duijmelinck, D. M., Mosca, I., & Ven van de, W. P. (2015). Switching benefits and costs in competitive health insurance markets: A conceptual framework and empirical evidence from the Netherlands. *Health Policy*, 119(5), 664-671.
- Eno (n.d.) *Basiszorg voor iedereen toegankelijk*. Retrieved May 14, 2015 from <http://www.eno.nl/premieopbouw>.
- Fader, P. (2012). *Customer centricity: Focus on the right customers for strategic advantage*. Wharton digital press.
- Galbraith, J. R. (2011). *Designing the customer-centric organization: A guide to strategy, structure, and process*. John Wiley & Sons.
- Gerwen van, J. (2000). *Zoeken naar zekerheid: Risico's, preventie, verzekeringen en andere zekerheidsregelingen in Nederland 1500-2000. Deel 4- De Welvaartsstaat; volksverzekeringen, verzekeringsconcerns, financiële dienstverleners en institutionele beleggers 1945-2000*. Den Haag: Verbond van Verzekeraars.
- Ginneken van, E., Swartz, K., & Wees van der, P. (2013). Health insurance exchanges in Switzerland and the Netherlands offer five key lessons for the operations of US exchanges. *Health Affairs*, 32(4), 744-752.
- Heinemann, S., Leiber, S., & Greß, S. (2013). Managed competition in the Netherlands—A qualitative study. *Health policy*, 109(2), 113-121.
- Hendriks, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., & Delnoij, D. M. (2009). Dutch healthcare reform: did it result in performance improvement of health plans? A comparison of consumer experiences over time. *BMC health services research*, 9(1).
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). *Three approaches to qualitative content analysis*. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
- Jong de, J. D., Brabers, A. E., Bouwhuis, S., Bomhoff, M., & Friele, R. (2015). *Het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt*. Utrecht, NIVEL.

- Kleeft van, R., Schut, E., & Ven van de, W. (2014). *Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening. Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?* Commissioned by AmCham.
- Kotler, P., Armstrong, G., Harris, L.C. & Piercy, N. (2013). *Principles of Marketing, 6th European Edition*. Pearson; Harlow.
- Lako, C. J., Sent, E. M., & Vyrastekova, J. (2008). Veranderen van zorgverzekeraar. *ESB: Economisch Statistische Berichten*, 93(4542), 518-521.
- Lamberti, L. (2013). Customer centricity: the construct and the operational antecedents. *Journal of Strategic marketing*, 21(7), 588-612.
- Li, S., Peng, J., & Zhang, B. (2013). The uncertain premium principle based on the distortion function. *Insurance: Mathematics and Economics*, 53(2), 317-324.
- Maarse, H., Jeurissen, P., & Ruwaard, D. (2016). Results of the market-oriented reform in the Netherlands: a review. *Health Economics, Policy and Law*, 11(02), 161-178.
- Maas, P., Graf, A., & Bieck, (IBM Global Business Services). (2008). *Trust, transparency and technology; European customers' perspectives on insurance and innovation*. Retrieved October 9, 2015 from <http://www-935.ibm.com/services/us/gbs/bus/pdf/gbe03008-usen-02-insurancet3.pdf>.
- Menzis (n.d.) *Opbouw premie 2015*. Retrieved May 14, 2015 from <http://www.menzis.nl/web/Consumenten/OverMenzis/Jaarverslag/OpbouwPremie2015.htm>.
- Meyers, G. G. (1991). The competitive market equilibrium risk load formula for increased limits ratemaking. *In Proceedings of the Casualty Actuarial Society*, 78, 163-200).
- Mitreanu, C. (2005). Next Generation Customer-Centricity. *American Marketing Association*.
- Mosca, I., & Schut-Welkzijn, A. (2008). Choice determinants of the mobility in the Dutch health insurance market. *The European Journal of Health Economics*, 9(3), 261-264.
- Murphy, P. E., Lacznak, G. R., & Wood, G. (2007). An ethical basis for relationship marketing: a virtue ethics perspective. *European Journal of Marketing*, 41(1/2), 37-57.
- Okma, K. G., & Crivelli, L. (2013). Swiss and Dutch "consumer-driven health care": Ideal model or reality? *Health policy*, 109(2), 105-112.
- ONVZ (n.d.) *Premieopbouw basisverzekering 2015*. Retrieved May 14, 2015 from <http://www.onvz.nl/zorg.htm?id=premieopbouw>.
- Raaij van, W. F. (2012). Consumer confidence and trust in the economy, 377-394. Moscow: Ekon-inform.

- Ranchhod, A. & Gurau, C. (2007). *Marketing strategies: a contemporary approach, 2nd edition*. Financial times Prentice Hall; Harlow.
- Roekel, E. van (2013). *Customer centricity: nog in de kinderschoenen (White paper); Onderzoek naar customer centricity binnen toporganisaties in de Benelux*. Retrieved October 14, 2015 from <http://www.marketingfacts.nl/berichten/customer-centricity-nog-in-de-kinderschoenen-whitepaper>.
- Roos, A. F., & Schut, F. T. (2012). Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands. *The European Journal of Health Economics*, 13(1), 51-62.
- Schippers, E.I. (2014a). Bijlage 403312. *Technische informatie over de publicatie Sjabloon zoals zorgverzekeraars vanaf de komende premiebekendmakingen zullen hanteren*. Appendix of kamerstuk 29 689 nr. 556. Published on November 5, 2014.
- Schippers, E.I. (2014b). Kamerstuk 29 689 nr. 556. *Herziening Zorgstelsel*. Published on November 5, 2014.
- Schippers, E.I. (2015). Kamerstuk. *Transparantie zorgverzekeraars*. Published on June 30, 2015.
- Schwartz, B., Wassink, H., & Lokhorst, N. (2004). *De paradox van keuzes: Hoe veel een probleem kan zijn*. Spectrum.
- Shah, D., Rust, R. T., Parasuraman, A., Staelin, R., & Day, G. S. (2006). The path to customer centricity. *Journal of service research*, 9(2), 113-124.
- Smith, P. R., & Zook, Z. (2011). *Marketing communications: integrating offline and online with social media*. London: Kogan Page Ltd.
- Ven van de, W. P., & Schut, F. T. (2008). Universal mandatory health insurance in the Netherlands: a model for the United States? *Health Affairs*, 27(3), 771-781.
- VGZ (n.d.). *De opbouw van uw jaarpremie*. Retrieved May 14, 2015 from <https://www.vgz.nl/zorgverzekering/premie-overzicht/opbouw-premie>.
- Vishwanath, T., & Kaufmann, D. (2001). Toward transparency: new approaches and their application to financial markets. *The World Bank Research Observer*, 16(1), 41-57.
- Wang, S. S., Young, V. R., & Panjer, H. H. (1997). Axiomatic characterization of insurance prices. *Insurance: Mathematics and economics*, 21(2), 173-183.
- Westert, G., Burgers, J., & Verkleij, H. (2009). The Netherlands: regulated competition behind the dykes? *BMJ*, 339, 839.

- Zorg en Zekerheid (n.d.). *Onze premie in 2015*. Retrieved May 14, 2015 from <http://www.zorgzekerheid.nl/Consumenten/Verzekeren/Premie-en-offerte/Uitleg-premie/Onze-premie-in-2015.htm>.
- Zorgverzekering Informatie Centrum (n.d.). *Opbouw van de zorgpremie*. Retrieved May 14, 2015 from <http://www.zorgverzekering.org/algemene-informatie/verschillende-polissen/opbouw-van-de-zorgpremie/>.
- Zorgwijzer (2015). *Infographic: verdeling zorgverzekeraars in Nederland*. Retrieved December 2, 2015 from <http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2016/infographic-zorgverzekeraars>.

INTERVIEW GUIDE

Datum:

Naam zorgverzekering:

Functie geïnterviewde:

Doelgroep zorgverzekering:

- Specifieke doelgroep die gekenmerkt wordt door gedeelde factoren (bijvoorbeeld werkgever, patiëntgroepen, sportgroepen etc.)
- Doelgroep gebaseerd op geografische informatie
- Doelgroep gebaseerd op geslacht en/of leeftijd
- Geen specifieke doelgroep
- Anders: ...

Marktaandeel zorgverzekering:

- Groot
- Middel
- Klein

Focus zorgverzekering:

- Breed aanbod (e.g. schadeverzekeringen, autoverzekering, rechtsbijstandverzekering etc.).
- Enkel zorgverzekeringen
- Anders: ...

De relatie met de klant staat steeds meer centraal; customer centricity is een belangrijke voorwaarde voor zorgverzekeraars waarmee het mogelijk wordt je te onderscheiden op de markt. Daarnaast zijn, sinds begin van 2015, de risicodragende zorgverzekeraars verplicht de premieopbouw van de basiszorgverzekering bekend te maken.

Ik doe onderzoek naar de rol van *customer centricity* en *transparantie* bij zorgverzekeraars en de implementatie hiervan. Ik kijk daarbij ook naar het bekend maken van de premie-opbouw van de basis zorgverzekering zoals dat gebeurt sinds het begin van 2015.

Het interview zal ongeveer 45 minuten duren. Daarnaast zal ik het gesprek opnemen. De uitwerking hiervan zult u afgaande aan het interview via de mail ontvangen.

- *Customer Centricity* is het centraal stellen van de klant zowel in de marketingstrategie (lange termijn) als in de dagelijkse processen (zoals bijvoorbeeld goede en snelle service en bereikbaarheid). Het doel van customer centricity is de relatie met de klant versterken en een verbetering van de dienstverlening.
- *Transparantie* is het verschaffen van informatie waarop de klant een betere vergelijking kan maken tussen de verschillende zorgverzekeringen. Dit gaat dus om het inzicht geven in de premie, de premieopbouw, gecontracteerde zorg, premiegelden en ook bijvoorbeeld de geboekte resultaten.

CUSTOMER CENTRICITY

1. Wat zijn volgens <NAAM ZORGVERZEKERING> de belangrijkste kenmerken van customer centricity?
2. Kunt u een situatie beschrijven waarin <NAAM ZORGVERZEKERING> uitdrukkelijk customer-centric (klantgericht) was?
3. Kunt u ook een voorbeeld noemen waarin <NAAM ZORGVERZEKERING> niet nadrukkelijk customer-centric (klantgericht) was?
4. Wat is de waarde voor <NAAM ZORGVERZEKERING> om customer-centric (klantgericht) te zijn?
5. Kunt u factoren noemen die positief dan wel negatief van invloed kunnen zijn op het zijn van customer-centric (klantgericht) voor <NAAM ZORGVERZEKERING>?

TRANSPARANTIE

6. Wat zijn volgens <NAAM ZORGVERZEKERING> de belangrijkste kenmerken van transparantie?
7. Kunt u een situatie beschrijven waarin <NAAM ZORGVERZEKERING> nadrukkelijk transparant is of is geweest?

8. Kunt u ook een voorbeeld noemen waarin <NAAM ZORGVERZEKERING> niet nadrukkelijk transparant was?
9. Wat is de waarde voor <NAAM ZORGVERZEKERING> om transparant te zijn?
10. Kunt u factoren noemen die positief dan wel negatief van invloed kunnen zijn op het transparant zijn voor <NAAM ZORGVERZEKERING>?

Sinds begin van 2015, de risicodragende zorgverzekeraars verplicht de premieopbouw van de basiszorgverzekering bekend te maken. Hiervoor is een sjabloon opgericht door minister Schippers in samenwerking met de zorgverzekeraars:

“Het sjabloon is bedoeld om verzekerden op een publieksvriendelijke wijze inzicht te bieden in de opbouw van de premie, opdat verzekerden dit kunnen vergelijken tussen verzekeraars en hierop hun keuze voor een verzekeraar (mede) kunnen baseren” (minister Schippers, 2014. Kamerstuk Herziening Zorgstelsel).

Ik ben heel erg benieuwd naar de visie van de zorgverzekeraars op deze premie transparantie. En wat de relatie is tussen premieopbouw en de concepten *customer centricity* en *transparantie*.

PREMIE

11. Hoe denkt u over het openbaar maken van de premie opbouw zoals dat op deze manier gebeurt?
(Wat zijn o.a. de eventuele voordelen voor klanten?).
12. Wie stellen de premie-opbouw samen zoals die wordt gecommuniceerd naar klanten?

APPENDIX 2- TRANSCRIPTS

INTERVIEW-A

MARKETING AND COMMUNICATION PROFESSIONAL

Wij hebben heel veel contacten, wij zijn een marketingbureau, <NAME REMOVED> is bijvoorbeeld een klant van mij, Interpolis is een klant van mij, en een goede vriendin van mij werkt bij <NAME REMOVED>. Ik heb ook contacten met <NAME REMOVED>, en <NAME REMOVED> in <NAME REMOVED>. Dus ik heb heel veel contacten. Misschien dat dat het gene is waar ik jou uiteindelijk het beste mee kan helpen. Wat ik heb gedaan is dat ik mijn eigen klanten (<NAME REMOVED> en <NAME REMOVED>) een mailtje heb gestuurd met de vraag wie er bij hen over gaat. Nogmaals, ik heb veel contact met hen, maar diegene die ik ken houden zich niet bezig met pricing. Dus dat is even wachten, en kijken wat jij ermee kan. ... Het is voor mij inderdaad ook een vraag hoe comfortabel zorgverzekeraars zijn om hierover te praten. Ik las het (document) net, en ik snap dat je erin wilt duiken, het is bere-interessant, maar in hoeverre gaan ze er echt over vertellen? Het kan heel gevoelig liggen. Ik ben wel bang dat dat je in de weg gaat staan. Ik ben op zich ook wel optimistisch, er zijn vast mensen die met je willen praten. Maar willen ze daarover zich uitlaten? Want dat is natuurlijk het enige nog waar ze nog wat kunnen verdoezelen, maar daar kom je snel genoeg achter. –UITLEG PREMIE TABEL- (over <NAME REMOVED>; factor 2) Als ze het omslaan naar de labels, de kosten van <NAME REMOVED> breed, <NAME

REMOVED> heeft bijvoorbeeld een, probleem is een groot woord, maar die hebben echt een waanzinnige overheid. Dus daar zitten waarschijnlijk een stukje *operating expenses* in. Ik denk dat daarin binnen de labels van <NAME REMOVED> ook weer grote verschillen zitten, dat weet ik niet. (Over factor 6): is dit een keuze? Want dan is dit dus een echte marketingtool waarschijnlijk; iets waarmee ze de prijs beïnvloedden. (Over factor 8): die is heerlijk vaag.

Ik zit niet zo in de pricing, maar wel in de marketing. Ik ben nu bezig met een onderzoek, bijna afgerond. Het gaat om hoe transparantie de financiële sector dwingt om transparant te zijn en om klantbelang voorop te zetten. Wat ik heb gedaan is dat ik vijftien bedrijven uit de financiële industrie heb gesproken. Van de verzekeraars zaten daarbij; <NAME REMOVED>, <NAME REMOVED>, <NAME REMOVED>, <NAME REMOVED>, en we hebben banken gesproken.

Er zijn heel marketing/ communicatie van nu bezig om te zorgen dat productinformatie transparant is, dat de informatie die naar consumenten gaat transparant is. Daar hoort dit wel bij. Alleen zij bepalen dit het niet, zij moeten het doen met de input van wie dit maakt, en zij moeten er dan wat mee maken, om dat naar de consumenten te communiceren. Een ander ding waar verzekeraars heel erg mee bezig zijn is klantbelang. Dus wat moet je nu doen om de klant echt toegevoegde waarde te geven? Daar zijn al die verzekeraar nu mee bezig. Ik ken alleen maar de kwalitatieve kant van het verhaal, en daar wil iedereen ook graag over praten. Toen wij dit (over haar rapport) uitzetten in de

zomer, wat mij opviel is dat vorig jaar het moeilijk was om mensen te vinden om mee te doen. Dit jaar hebben we het gedaan als opdracht van Canon. Wat mij opviel is dat iedereen mee wou werken. Ze willen heel graag hun verhaal vertellen. Verzekeraars zijn meer open dan banken. Maar ze willen dus best wel praten, maar ik weet niet of ze hier ook over willen praten, wel over transparantie. De kans is groot dat jouw gesprek meer een richting opgaat waar zij over willen praten dan wat jij wilt horen. Daar zijn ze goed in. Dus je moet heel goed bedenken wat jij van ze wilt weten. Mijn advies is wanneer je heel lang door gaat met voorbereiden, voorbereiden, voorbereiden, om er dan achter te komen dat niemand me wil werken. Ik zou één iemand benaderen, miss krijg ik wel iemand bij <NAME REMOVED> te pakken bijvoorbeeld, om even te toetsen of ze eventueel meewerken met zo'n onderzoek. Misschien zou je namelijk je onderzoeksvraag moeten veranderen. Je hebt kans dat je vastloopt als je te lang zelf bezig blijft. Nogmaals, dat weet ik niet hoor, maar je hebt wel een gevoelig onderwerp te pakken.

Waarom zou iemand meewerken? Je onderzoeksvraag is heel realistisch; is pricing strategy onderdeel van je marketing of is het juist andersom? Dat is een heel interessante vraag, ik denk dat je die moet stellen. En terwijl je het erover hebt dat je dit (tabel) moet achterhalen. Terwijl als je dit voorop zet als vraag, dat mensen dan denken 'mmhwah waarom zou ik meewerken?'. "Wie doet er nog meer mee?" Dat gaan ze ook allemaal vragen. Dus ik denk dat het handig is om een insider te hebben om te proeven of ze mee willen werken. Dat denk ik maar misschien ben ik kritisch. Maar het is een heel interessante onderzoeksvraag. Wanneer je de hele tabel op tafel gooit en naar verklaringen vraagt, gaan ze daar nooit een uitspraak over doen.

Ik denk dat als je bij een bedrijf zit dan moet je vragen hoe zij het doen. Dus dan moet je gewoon vragen of ze kunnen uitleggen waarom hun rijtje er zo uit ziet. Niemand heeft er belang bij om hun mede-verzekeraars af te kraken om in een vergelijkingstabel te staan. Dan willen ze gewoon met jou praten. Als je dit voorlegt klappen ze denk ik heel snel dicht. Ik zou hun rijtje isoleren, en vragen hoe ze de prijs hebben opgebouwd. Hoe ze erbij komen. Dat denk ik. Maar als je docent iets anders zegt moet je dat gewoon doen. Ik doe wel onderzoek maar geen wetenschappelijk onderzoek. De vraag is ook wie er verantwoordelijk voor is. Weet je wie er verantwoordelijk is voor deze informatie? Wat ze veel doen bij dit soort bedrijven is dat ze er een commissie voor hebben. Waar is het belegd? Is dat *finance*, wordt het gewoon doorberekend? Of is het inderdaad marketing? Het kan dat het uiteindelijk niet eens een *pricing strategy* is. Ik vermoed dat er wel mensen zitten vanuit marketing.

De jongen die ik vandaag sprak met het interview (pricing expert) zei dat je er versted van staat hoeveel bedrijven helemaal geen *pricing strategy* hebben. Maar verzekeraars... die zijn natuurlijk wel heel erg competitief... maar daar moet je achter zien te komen. Ik zou eerst echt met één iemand uit deze markt praten. Ook als benchmark voor je eigen vragen en wie je moet hebben. Waar willen ze wel over praten en waar niet over?

Zorgverzekeraars worden vaak benaderd voor deze dingen. Je kan het beste binnen komen *viavia*. Dan heb je meer kans. Het helpt wanneer je iemand kent. Het gaat erom dat je goed het belang kan uitleggen en wat het voor ze oplevert. Met mij wilden ze graag meewerken omdat ze ook wel inzagen dat zij hierdoor in de spotlights kunnen

komen. Wanneer je bedrijven gaat benaderen en zegt dat je even heel erg wil gaan duiken in de transparantie van hun prijsbeleid, dan kan ik me voorstellen dat ze denken “nou geen behoefte aan, what’s in it for me?”. Dus daar moet je even goed over na denken. Hoe kun je iets bieden wat ze interessant vinden? Kun je laten zien dat het ze iets oplevert? (Vraag: waar zit het hem in? Marketing strategy? Transparantie? Premie?) Misschien dat je eerder medewerking krijgt als je vraagt wat is de rol van *marketing strategy* bij *pricing build-up*, en dan heb je misschien bepaalde bedrijven die er graag over willen praten. “Nu weet je, bij ons gaat het zo, we hebben een *strategy*, maar we bemoeien ons niet met *pricing*, want dat wordt door een andere afdeling gedaan, en dat vinden we allemaal wel prima, of juist niet”. Heb je kans dat ze er wel over willen praten. Of degene die het in hun pakketje hebben willen er waarschijnlijk ook wel over praten. “Ja, hebben een hele grote rol in *pricing*, wij bepalen dat”. En daar zijn ze waarschijnlijk allemaal dan heel erg trots op. Waarschijnlijk gaan ze dan ook wel uitleggen hoe ze dat doen. Dat is een andere vraag dan wanneer je zegt “nou, ik ben nog eens aan het kijken, jullie zeggen wel dat je transparant bent maar ik wil dat eens even goed uitpluizen”. Dat klinkt veel bedreigender. Ik snap dat je dat wilt, en dat krijg je ook wel wanneer je dat op een andere manier vraagt.

(Zie opmerking bij Kotler 2013 in document) Dit gebruik je als een voorbeeld, maar al die verzekeraars die spelen in een prijsstrategie met “ok, we gooien onze prijs heel laag, want we willen veel verzekeringen verkopen”. Zij kijken naar de complete *customer life cycle*. Ze willen niet alleen een klant die de zorgverzekering afneemt, maar een klant die alles afneemt. Dus je hebt het dan over *cross-* en *up-sell*, en over *next-sell*. Daar zijn de

verzekeraars heel erg mee bezig. Ze zijn bezig met *big data*. Alle gegevens die ze hebben van een klant (zeker bijv. <NAME REMOVED>), als ze die data een beetje slim koppelen kunnen ze daar kunnen allemaal analyses mee doen. Daar zijn ze mee bezig, met de complete *customer life cycle*, dus niet met de geïsoleerde pricing van één product. Ze kijken naar de klant en hoe ze alle producten zij die klant kunnen wegzetten. Daar moet je rekening mee houden. Dat kun je misschien als note daar wel bij zetten, dat je je daar bewust van bent. Dat verschilt wel, sommige zijn puur zorg. Dit gaat heel breed, het gaat uit de zorg. *Tear products*; je hebt bepaalde producten de zitten in een bepaalde prijsklasse, en dan gaan ze in een iets hogere prijsklasse een product lanceren waarvan ze denken dat de klant daar ook wel in geïnteresseerd is. En als dat dan twee euro meer is dan gaan ze het waarschijnlijk wel kopen, als het vijf euro meer is, dan waarschijnlijk niet. Ze zoeken heel goed naar een gelaagdheid in productaanbod van iets wat net duurder is, weer wat duurder, weer wat duurder. Zodat de klant steeds net wat duurder gaat kopen. Dat soort partijen zijn bezig met het upgraden van hun klanten, de *trade-up* van *consumers*. Dus je hebt de basisverzekering, en de pakketten maken ze dan zo dat het heel aantrekkelijk wordt om een stapje hoger te doen. Dus richt zich op de bestaande klanten van de basisverzekering en wat ze moeten doen om die naar het tweede of het derde pakket te krijgen. En daarnaast kijken ze ook naar de hele *customer life cycle*, ze hebben big data achter de hand, ze hebben de gegevens van de klanten vooral bij de grote verzekeraars. Dus wat doen ze, ze stoppen alle callcenters bij elkaar, alle systemen bij elkaar. Dus als jij nu belt naar <NAME REMOVED> of <NAME REMOVED> of <NAME REMOVED>, dan krijg je dezelfde mevrouw aan de telefoon en ze

heeft dezelfde informatie voor zich en ze weet ook dat jij een autoverzekering hebt en een zorgverzekering En zo'n bedrijf denkt dan: "ok, wat kunnen we nog meer verkopen aan die persoon en hoe kunnen we waarde toevoegen". Dat betekent dan die *pricing*, (wijst naar factor 6) het kan ook zijn dat ze gewoon zeggen "we stoppen we er heel veel of heel weinig in. Dan leiden we misschien wel wat verlies maar dan hebben we die klant tenminste, en dan kunnen we ook andere dingen verkopen aan die klant". Dus dat is een spelletje dat is breder dan één verzekering. De grotere (verzekeraars) doen het niet om die ene verzekering vaak, maar ze doen het om de klant. Ze willen de klant hebben en daar zoveel mogelijk voor doen (dat geldt voor de grotere en niet voor de kleine verzekeraars). Als het bij marketing vandaan komt dan zullen ze daar mee bezig zijn, met het spelletje. Maar als het puur alleen maar door *finance* gedaan wordt dan heb je kans dat ze puur alleen maar per koker kijken of per silo naar de zorg en de zorgverzekeringen en de zorgklanten en dan maken ze berekeningen op. En dat is bijna kostprijscalculatie plus een marge. Maar ik denk dat er bedrijven zijn die het allemaal open gooien. En ja het is wel een heel interessant onderwerp. Dus dat bedacht ik wel toen ik dit las, je kunt wel denken dat het één kokertje is, maar dat is het in de praktijk waarschijnlijk niet altijd. Bij <NAME REMOVED> zijn ze nu alles door elkaar aan het gooien, ze willen niet meer in die kokertjes denken en werken. Vroeger hadden ze een grote IT-afdeling, een grote business afdeling en een marketingafdeling per product. Een aantal afdelingen worden algemeen ondersteunend en nu gaan ze nog wel werken per productlijn, maar de informatie daarachter gaan ze met elkaar uitwisselen en delen. Dat wordt nu veel gebruikt voor fraude-detectie.

Dit zijn de contacten die ik heb (<NAME REMOVED>, <NAME REMOVED>), deze twee heb ik al gevraagd (<NAME REMOVED> en <NAME REMOVED>). Via deze mensen probeer ik uit te vinden wie hierover gaan, als jou dat helpt. Ik ken nog wel eentje, maar die zit in Leiden (<NAME REMOVED>). Dus als ik je daarmee kan helpen. Ik laat weten zodra ik iemand te pakken heb gekregen. Als ik jou was zou ik met iemand uit die wereld eerst even sparren voordat je helemaal vol in je onderzoek gooit. Ik kan je helpen aan zo iemand. ...Door het onderwerp transparantie moest ik direct hieraan denken (eigen onderzoek) zodra deze uit is zal je wel een link sturen naar de launch van dit evenement. Dat is op drie november in Den Bosch op het hoofdkantoor van Canon. Dan komen er veel mensen uit de financiële wereld, als je het leuk vind kun je daarbij zijn. Dan kun je misschien daar ook wat contacten leggen. Want daar zitten dus alle verzekeraars en financiële mensen in de zaal. Ik ben heel erg open gaan interviewen en pas daarna ben ik gaan kijken welke onderwerpen nu naar boven komen en opvallen. Daar ben ik over gaan schrijven, het was kwalitatief. **1**-rol van marketing. Moet die blijven bestaan? Het gaat erom hoe we de klant beter kunnen helpen. **2**-het spanningsveld tussen digitaal en het menselijke karakter (boek Stephan van Bellinghen –*When digital becomes Human*-). Alles wordt steeds digitaal, verzekeraars willen digitaal zijn voor 2020. Maar wat gebeurt er nu, naarmate dingen steeds digitaal worden willen mensen, de consumenten en de klanten, willen juist ook weer dat menselijke contact. Sterker nog, ze hebben daar meer voor over. En de waarde van dat menselijk contact gaat omhoog. Dus, wat in de gesprekken naar voren komt, banken en verzekeraars willen alles zo digitaal mogelijk, en tegelijkertijd zie je en trend ontstaan dat de waarde van het menselijke omhoog

schiet. **3**-flexibel (*agile*) en multidisciplinair gaan werken. Dat heeft er ook weer mee te maken dat we snel moeten inspelen op trends in de markt. **4**-producten zijn steeds minder interessant. Het gaat allemaal om de klant; *client-driven*, marketing. Ze zijn meer bezig met hoe ze waarde kunnen toevoegen aan de klant; als uitgangspunt. Niet het product, niet de prijs, maar hoe kunnen we de klant helpen? Trend die je heel erg ziet. **5**-operational excellence, dus hoe proberen, vooral verzekeraars, hun processen zo efficiënt mogelijk in te richten. Dat moeten ze sowieso doen, niet iets bijzonders maar dat hoort er gewoon bij. Zo min mogelijk kosten en overheid. **6**-vroeger was populair om in de banking en verzekeringen te zeggen dat je wilt *up-sellen* en *cross-sellen*, dat is een beetje een vies woord geworden. Ze proberen nu allemaal de slag te maken naar de klant begrijpen en we moeten naar *next-need*. We moeten proberen vanuit de klant behoefte in te spelen op waarde toevoegen van de klant. Weg van de commercie lijkt het, maar doe dat maar eens want er moet wel geld verdiend worden. Dus ik heb die gesprekken zo gevoerd en toen heb ik deze onderwerpen geïdentificeerd en daar heb ik over geschreven. En dat wordt gepresenteerd op drie november in Den Bosch. Onder de titel '*expeditie marketing*' pakken we volgend jaar weer een ander onderwerp op. Eigenlijk is het een marketingtool en ook nog eens heel interessant.

Denk na over wat je gaat vragen aan je respondent, wat is je invalshoek en hoe kun je het zo min mogelijk als een bedreiging over laten komen maar juist als iets interessants. Je moet ook niet te bang zijn om geen input te krijgen, zeker als je viavia iets krijgt moet je niet bang zijn om te praten. Want dan kun je weer verder. Als iedereen je een stukje informatie krijgt kun je ook weer bijsturen. Je

vragen zijn prima, het ligt niet per se aan opbouw. Het is meer wat je gaat vragen aan iemand. Hoe ga je het verpakken. Wat vraag je, hoe krijg je hun medewerking? Als je dit vraagt willen ze wel meewerken, maar als je met dit tabelletje komt worden ze een beetje zenuwachtig. Dat denk ik, je moet het tactisch aanpakken. Met al die transparantie dingen is het natuurlijk zo (over of consumenten er daadwerkelijk gebruik van maken). Verzekeraars moeten het doen en sommige zullen ook zeggen "ja, tuurlijk doen we het, en werken graag mee" en noem maar op. Klanten die verzekering kopen, dat is misschien anders bij de zorgverzekering, maar heel weinig mensen zijn bereid om daar energie in te stoppen. Je komt er vaak achter als er iets fout is. Je kan beter je energie stoppen in een ingang vinden via je eigen netwerk dan naar het hoofdkantoor bellen. Ik denk ook dat je met je vragen bij de labels moet zijn, of dat je bijvoorbeeld bij <NAME REMOVED> uitkomt en dan ze dan vragen welk label je wilt spreken, denk ik. Er is natuurlijk wel een marketingstrategie afdeling binnen <NAME REMOVED>, de directeur daar heet <NAME REMOVED>, die zit ook op het hoofdkantoor met zijn groepje, en misschien dat zij wel over pricing gaan. En dan heb je dus de juiste mensen daar te pakken. Maar het kan best wel zijn dat het op label-niveau wordt bedacht.

INTERVIEW-B

SENIOR PRODUCT- EN
PROPOSITIEMANAGER AFDELING STRATEGIE
& PROPOSITIEONTWIKKELING

Doelgroep: Niet specifiek

Marktaandeel: Groot (13%)

Focus zorgverzekering: Enkel zorgverzekeringen

Het is actueel (customer centricity en transparantie). <HEALTHCARE INSURANCE B> heeft niet een specifieke doelgroep. <HEALTHCARE INSURANCE B> heeft wel een specifiek product. Wij voeren alleen zorgverzekeringen. Dus wij hebben geen andere schadeverzekeringen, die andere verzekeraars wel hebben. Wij zijn een coöperatie, en wij doen alleen zorgverzekeringen. <HEALTHCARE INSURANCE B> bestaat sinds 2005. En de rechtsvoorgangers van <HEALTHCARE INSURANCE B>, die dus na een fusieproces <HEALTHCARE INSURANCE B> hebben gevormd, die hadden voorheen wel andere verzekeringen. Maar die hebben we verkocht aan andere verzekeringsmaatschappijen om ons helemaal te kunnen focussen op zorgverzekeringen. En dat is een beetje omdat zorgverzekeringen meer in het publieke domein zitten, op schade- auto-, inboedelverzekeringen, dat is gewoon een commercieel product, daar kun je winst op maken, maar dat is slecht te verenigen met de coöperatie doelstellingen die wij hebben. <NAME REMOVED> is een heel breed concern, <NAME REMOVED> weet ik niet zo goed, volgens mij is die geallieerd, <NAME REMOVED> is helemaal gericht op zorg. Wij hebben tussen de 12% en 13% marktaandeel. Richting de 13%. Dus dat is groot, dat is veel 2.1 miljoen verzekerden dus dat is gelijk een groot aandeel.

(-LEEST TEKST-)

Ik ontvang inderdaad graag de uitwerking per email, dan kan ik het nog even 'scherpslijpen'.

(-LEEST DEFINITIES- akkoord?)

Ja, dat is allemaal correct. Er is voor mij nog een extra element. En dat is dat wij gewoon verantwoording willen afleggen over wat wij met dat geld doen. Wij zien het als premiegeld van de klant; dat besteden wij maar het gaat om ontzaglijk veel geld. Als coöperatie willen wij gewoon laten zien wat wij doen met dat geld. Punt één de reden; om daarover transparant te zijn. Maar punt twee; om dat wantrouwen weg te nemen wat er is richting zorgverzekeraars en verzekeraars in het algemeen, de financiële wereld in het groot zeg maar. Omdat dat wantrouwen en het gebrek aan vertrouwen ons in de weg zit. Omdat het in ons geval volstrekt onnodig is om te wantrouwen. Dus herstel van vertrouwen hoort daar ook bij. Wij hebben last van het verlies aan vertrouwen in de financiële sector omdat wij daarbij horen. Kijk, wij hebben nooit woekerpolissen aangeboden, want dat soort producten voeren wij niet, maar wij hebben er wel last van omdat wij wel tot dezelfde sector worden gerekend. Als er weer ruzies zijn in de pers over de bonussen van ABN-AMRO-bestuurders krijgen wij daar ook vragen over. Zo van; 'hoe zit dat met de bonussen die aan de raad van het bestuur van <HEALTHCARE INSURANCE B> worden uitgekeerd?'. Nou dat is nul, is niks, wij hebben geen bonussen en geen bonus-beleid. Dat hebben we tien jaar geleden al afgeschaft. Maar wij worden daar wel op bevraagd. En wij doen niks liever dan transparant vertellen dat wij geen bonus-gedreven cultuur hebben. Transparant naar de klant over wat je doet met de premie biedt je de gelegenheid om dat

vertrouwen te herstellen, en dat is wat we graag doen. Er leeft in Nederland een grote misvatting over zorgverzekeraars dat er geld weg zou lekken als dividend naar aandeelhouders of naar winst waar we iets mee zouden doen. Dat is gewoon niet waar. Iedere premiegulden blijft in het bedrijf en wordt besteed aan de zorg. We houden weleens geld over in een jaar, omdat je de kosten moet schatten, wij doen dat nu voor 2016. Maar schatten is lastig vooral als het over de toekomst gaat. Dus we zitten er wel een klein beetje naast. Je komt wat tekort, of je houdt wat over. Als je wat overhoudt dan noemen we dat winst, maar dat wordt dan ingezet in de jaren daarna om de premieverhoging te matigen. Dus dat komt gewoon altijd weer terug. Alleen mensen weten dat niet of vertrouwen dat niet. Dat is de reden dat wij zeggen dat we daar graag verantwoording over af willen leggen, eigenlijk doen we dat altijd al in de jaarverslagen. Maar ja, dat leest niemand. Want die zijn nogal ingewikkeld. Vervolgens heeft de overheid en de toezichthouders, de NZa, besloten dat alle verzekeraars verantwoording moeten gaan afleggen over de premie dus dat doen wij. Alleen wij zijn daar iets minder gelukkig mee, want daar is een soort van format bedacht, wat natuurlijk boekhoudkundig klopt, maar als je geen boekhoudkundige opleiding hebt is dat lastig te lezen. Dus het is wel goed te vergelijken nu tussen zorgverzekeraars, maar het is nog steeds lastig te lezen en lastig te begrijpen: wat betekenen al die termen, hoe ziet dat eruit etc.

(-PAK DE PREMIEOPBOUW VAN <HEALTHCARE INSURANCE B> ERBIJ- deze?)

Ja. Hij begint gelijk al met rekenpremie. Wat is rekenpremie? En wat zijn bedrijfskosten? Is dat dan alleen voor de basisverzekering of ook voor de

aanvullende verzekering? Wat is verevening? Dat zijn toch begrippen die de gemiddelde klant niet helemaal scherp heeft. Het maakt het wel vergelijkbaar en het is beter dan niks, maar wij vinden het nog niet helemaal duidelijk. Dus wij voegen hieraan toe de verantwoording; waar wij het geld aan besteden. En dat is een infographic. Het grappige is dat wij deze infographic, de vorm en de methode, die hebben we voorgelegd aan onze klanten, zo van wat is nu het meest duidelijk. Het is de bedoeling dat de klant het snapt, dus vraag dan aan de klant of die het snapt! Dus we hebben een aantal verschillende presentatiemethodieken hebben we voorgelegd op het platvorm dat wij hebben, dat heet *medemens*. Waarop wij in dialoog zijn met onze klanten. En wij hebben het gewoon uitgevraagd, getest, aan welke infographic geeft u de voorkeur? Waar ze de voorkeur aan gaven hebben wij toen gemaakt, die houden wij ieder jaar bij, en dan kun je zien waar het geld naartoe gaat, waar het aan wordt besteed. (Wordt daaraan de voorkeur gegeven door klanten boven het gegeven model?). Het geeft meer informatie. Dit gaat nog altijd over getallen en cijfers en premiegeld en het is een boekhoudkundige opzet en berekening waarbij een klant nog steeds niet weet wat kan ik ermee of wat moet ik ermee. Dit is heel nuttig als je verzekeraars wilt vergelijken. Maar een gemiddelde klant wil dat niet. Ruim 90% van onze klanten is nog nooit overgestapt en die vergelijken ook nooit. Die zitten bij ons, die zitten daar goed, en die blijven daar zitten. De meeste klanten hebben we al tien jaar of langer. Dus die hebben geen behoefte aan het vergelijken van verzekeraars, deze behoefte is meer een soort meta-behoefte. Het moet er staan, zodat je kunt zeggen wij zijn er transparant over, maar niemand kijkt daarnaar in de praktijk, en als mensen ernaar kijken begrijpen ze niet wat er staat.

(En dan wordt er uiteindelijk vooral gekeken naar de uiteindelijke premie?) Ja.

(Wat zijn de belangrijkste kenmerken van Customer Centricity?) De belangrijkste kenmerken; dat je je producten nauw laat aansluiten op een daadwerkelijke klantbehoefte. Er zijn natuurlijk veel producten in de wereld die aanbod-gedreven zijn. Fabrieken, leveranciers; die willen iets verkopen. Die duwen dat de markt op, of een klant dat nu leuk vindt of niet. Dat lijkt vaak ook met verzekeringen het geval te zijn, dat is in ieder geval zo geweest. Als het gaat om bijvoorbeeld woekerpolissen dan was dat zo, daar was geen echt klantbehoefte aan, die werd gecreëerd. In onze productontwikkeling daar zit een meting waar de klant daadwerkelijk behoefte aan heeft. Wij testen dat. Bij ieder product wordt getest en wordt uitgevraagd; sluit dit aan op de klantbehoefte? Dus dat is één. Dat wil niet zeggen, dat moet ik er gelijk bij vertellen, dat wij altijd leveren wat de klant wil. Want dan zijn wij natuurlijk gauw failliet. Een verzekeraar moet solidariteit aanbrengen. Ik geef een voorbeeld: heel Nederland vraagt altijd om een product zonder kraamzorg. Want dat is heel sterk te voorspellen. Mensen die nog geen kindwens hebben die zeggen ik heb het nog niet nodig, en mensen uit de kindwens zijn die zeggen ik heb het niet meer nodig. Dat is het overgrote merendeel van heel Nederland. Dus een hele kleine groep die zegt ik wil het doen. Als wij aan die vraag toegeven, dat is dus een klantwens, dan wordt het onverzekerbaar. Want dan gaat de kraamzorg alleen betaald worden door de mensen die zwanger zijn. Dan heb je geen verzekeraar meer nodig. Dan moet iedereen zijn eigen kosten betalen. Om die solidariteit van draagvlak te voorzien zeggen wij dan; dit is wel een klantwens, maar het is niet in het klantbelang. Dus wij voldoen niet aan de klantwens. Maar we zorgen

wel voor voldoende solidariteitsdraagvlak. Dat geldt ook bijvoorbeeld voor een rollator, zolang je geen zeventig bent en niet slecht ter been dan zeg je nou laat iedereen dat maar mooi zelf betalen want ik heb dat niet nodig. Wij zorgen ervoor, in onze producten, dat de rollator gefinancierd kan worden door heel Nederland in plaats van dat je een product maakt voor alleen die doelgroep. Dus customer centricity; jazeker, wij concentreren ons daarop, wij vragen dat uit, bij elk product dat wij maken. Maar wij zorgen er wel voor dat er voldoende solidariteitsdraagvlak blijft om ervoor te zorgen dat de zorg betaalbaar en toegankelijk blijft voor iedereen. (Dus de zorgverzekeraar kijkt naar het gehele plaatje, daarop reageren. Dat is Customer Centricity). Er is onderscheid voor ons in wat de klant wil, en wat in het belang is van de klant. De klantwens is wat hij uitspreekt, maar het klantbelang is breder. En dat heeft te maken met voor anderen de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg. Het aanbrengen van de solidariteit is niet een klantwens. Niemand zegt ik ben solidair. Iedereen zegt; iedereen moet solidair zijn met mij. Dat is wat anders. En dat is onze functie, en de functie van een verzekeraar. Om die solidariteit aan te brengen. Dat doet soms pijn, dan moet je voor iets betalen wat in je pakket zit waarvan je zegt: ik betaal nu voor een bril, maar ik heb helemaal geen bril. Kan dat er niet uit? Iedereen heeft het liefste natuurlijk, net als bij de supermarkt, een soort modulair samen te stellen pakketje waar je kan aanvinken wat je nodig hebt. Dat is niet in het belang van de solidariteit, dus dat is wel een klantwens, maar niet een klantbelang. En die twee onderscheiden wij heel sterk. (Voorbeeld klantbelang centraal stellen). Dat is dit, maar als je het hebt over premie is dat bijvoorbeeld ook dat wij niet doen aan leeftijdsafhankelijke premies. Wij

vinden dat er solidariteit moet zijn in de samenleving maar er is een sterke relatie tussen zorgkosten en leeftijd; hoe ouder hoe duurder. Kort gezegd. Als je dan jonge mensen naar binnen wil trekken moet je vooral korting geven, en dan kan dat uit want jonge mensen zijn goedkoper. Dan zou je die premiekorting kunnen geven. Maar wanneer je die premiekorting geeft dan worden de zorgkosten in Nederland niet lager. Dus dat betekent dat als je iemand korting geeft, dat iemand anders een opslag krijgt. Dat zijn dan de ouderen. Dan krijg je in de samenleving minder solidariteit. Daar zijn wij niet van, en dus zeggen wij; wij hebben een dooréén-premie, iedereen betaald dezelfde premie, en wij differentiëren die premie niet naar leeftijd. Wij zijn een van de laatste in Nederland die dat beleid nog hebben, en we proberen dat zolang mogelijk vol te houden. Als de markt echt aan het schuiven gaat en wij zien dat we teveel jonge mensen gaan verliezen dan zullen we dat bij moeten stellen. Maar dat is toekomst. Voor nu proberen wij zolang mogelijk vol te houden; één premie voor iedereen. (Zoals labels met specifieke doelgroepen?) Bijvoorbeeld ja. Maar terug naar jouw vraag; customer centricity: als je alleen kijkt met als doelgroep op jonge mensen, dan zou je dus zeggen dan kun je dus korting bieden, dus doe dat ook. Dat zou de kant centraal stellen zijn. Maar dat is niet n het klant belang als je het breder ziet en je kijkt naar de hele samenleving. Dan moet je over de doelgroepen heen moeten durven en willen kijken en dan is het centrale klant belang van jong en oud dat iedereen dezelfde premie betaald. (De zorg betaalbaar houden voor alle groepen).

(Waar kan <HEALTHCARE INSURANCE B> nog meer gericht zijn op de klant, waar ze dat nu misschien nog niet is). We hebben het gehad over producten, we hebben het gehad over premie. Je kunt het ook

hebben over de zorg zelf, waar mensen zorg krijgen. Dus wat wij als verzekeraar zien is dat mensen in bepaalde situatie toch wel erg zoeken naar de juiste zorg. En vooral in de overdracht van de ene zorg naar de andere soort zorg behoefte hebben aan een casemanager. Wat wij zien, dat staat ook op één in alle onderzoeken die wij uitvragen. Is dat klanten in de knel komen als ze bijvoorbeeld uit het ziekenhuis worden ontslagen. Terug naar huis kunnen, maar dan behoefte hebben aan thuiszorg. En dan in die overgang van het ziekenhuis naar de thussituatie gaat van alles mis. In de overdracht, in de communicatie en in het geregeld eromheen. En daar zien wij dat er een enorme behoefte is die op dit moment door weinig partijen goed worden ingevuld. (Is dat een verantwoordelijkheid van een zorgverzekering?). Dat is een verantwoordelijkheid die nu in Nederland niet goed wordt beleefd. Dat is niemands verantwoordelijkheid. Het ziekenhuis zegt; je bent nu klaar om naar huis te gaan. En dan moet de klant zelf maar regelen dat hij met z'n gipsbeen achter de voordeur terecht komt. Maar ja, dan staat hij met z'n gipsbeen achter de voordeur; en dan? Hij kan zijn boodschappen niet doen. Ja is dat boodschappen doen nu iets wat gebeuren moet door het ziekenhuis? Nou ik denk het niet. Maar door wie dan wel? Maar je kan ook niet zeggen, bestel maar elke dag pizza. En dan nog; hoe strompel je dan naar de deur. En hoe betaal je? Het geregeld wat mensen moeten doen rond de zorg is op dit moment het grootste probleem in Nederland. (En is daar een rol voor <HEALTHCARE INSURANCE B> weggelegd? Kan <HEALTHCARE INSURANCE B> daarin verbeteren?). Wij hebben hierin een rol, een kleine rol, maar we zijn wel een beetje medeorganisator. We zijn wel verzekeraar, dus we hollen achter de feiten aan. Maar we hebben hier wel een rol, wij pakken die op. Wij noemen dat de

zorgadviseur. Die kunnen mensen bellen om ervoor te zorgen dat ze bij de juiste zorgaanbieder terecht komen, maar ze kunnen daar ook advies vragen over bijvoorbeeld ingewikkelde zaken als vervoer. Of dit soort overdrachtsproblematieken waarbij je van de ene zorg naar de andere over moet. En dat is dus iets waar wij niet verplicht toe zijn, maar waar nu wel 32 mensen fulltime aan het werk zijn. Dus dat is best wel een investering. Maar het geeft ook aan dat er een geweldige behoefte aan is. En die behoefte is niet zozeer dat mensen zeggen dat een zorgverzekeraar dat moet doen. Maar wij bieden dat wel aan, proberen daar een rol in te spelen om het beter te laten verlopen in Nederland. Maar daar zien wij, als je het hebt over klant centraal, een grote klant behoefte die in Nederland gewoon nog onvoldoende duidelijk is toegekend. Zit het bij de dokter, zit het bij de thuiszorg, zit het bij het ziekenhuis; bij wie zit het? (Is de zogenoemde zorgadviseur specifiek iets van <HEALTHCARE INSURANCE B>?). De manier waarop wij dat invullen is wel van <HEALTHCARE INSURANCE B>, maar alle grote zorgverzekeraars hebben een soortgelijke functie. Maar de manier waarop je het in de markt zet kan wel verschillen. Wij hebben wel een wettelijke taak dat we in zorg bemiddelen als de klant vraagt. Maar wij hebben die taak uitgebreid; niet alleen bemiddelen als de klant dat vraagt. Maar actief aan te bieden. (Wat wil <HEALTHCARE INSURANCE B> bereiken met klant centraal? Wat is de waarde ervan? Meer klanten, beter voldoen aan de functie van zorgverzekeraar). Wij zijn er voor onze klanten, en wij leven van onze klanten, alleen maar logisch dat je de klant centraal stelt. Plat gezegd het is mijn broodwinner, zonder klant hebben wij geen inkomen. Dus het is inherent aan ons bedrijf dat wij de klant centraal stellen. Wij hebben ook eigenlijk geen ander doel, want wij

hebben geen aandeelhouders die dividend eisen over iets dergelijks. Dus het is eigenlijk heel erg natuurlijke wat wij nu doen, welk doel hebben we daarmee? Wij willen de zorg in Nederland voor iedereen toegankelijk en betaalbaar houden, dat is wat wij willen. Daarvoor hebben wij nodig dat de klant ons weet te vinden, maar dat ze ons kan vertrouwen. Daar hoort bij dat ze onze producten afnemen, bereid zijn daar premie voor te betalen. Maar daar hoort ook bij; willen we het betaalbaar houden in Nederland dan moeten wij de zorg voor de klanten goed en scherp inkopen. Kwalitatief goed, je moet het inkopen anders dan stijgen de kosten door, en dan ontstaat er weer een onaangename situatie met wachtlijsten of geld te kort. Wij proberen, en dat is onze wettelijke opdracht, om de zorg goed in te kopen en daarmee de kosten in de greep te houden, en de zorg daarmee betaalbaar te houden. Maar daar hoort bij dat de klant kiest voor de zorgaanbieder die wij hebben gecontracteerd. Dat kunnen wij niet opleggen, daar hebben wij voor nodig dat de klant ons in onze keuze vertrouwd. Je hebt bijvoorbeeld 91 ziekenhuizen. 90 zijn er goed en 1 is er duur en slecht. Wat wij nu graag willen is dat die klant dan weg blijft bij dat ene ziekenhuis dat duur en slecht is. Daarvoor hebben wij nodig dat de klant ons vertrouwd. Dat vertrouwen verdienen wij alleen als wij transparant zijn over alles wat wij doen. Daar hoort bij dat we die communicatie in je communicatie, in je product daarbij de klant betreft en nauw aangesloten houdt, en het klantbelang goed voor ogen houdt. (Dus verschil restitutie en natura?). Ja exact. Maar 95% van onze klanten heeft een natura polis. Dat is ook de drager van het huidige stelsel. Die restitutie polis is er op juridische gronden op het laatste nippertje nog even bij bedacht. Er liggen plannen in Den Haag om

het te schrappen in dit stelsel, hij is in strijd met het stelsel. De restitutie polis zet de verzekeraar in zijn rol als inkoper van zorg buiten spel. En dat was nou juist niet de bedoeling. Nou heb je hier wel weer een punt te pakken op klant centraal. Als het aan de klant ligt dan zegt hij; doe mij de goedkoopste, dat op één. Maar liefst zo'n restitutiepolis. Want dan heb ik vrije artsenkeuze, en heb ik nergens last van die verzekeraar. Dat is een klantwens, maar dat is niet in het klantbelang. Want als heel Nederland zou kiezen voor een restitutiepolissen, dan stijgen de kosten dan dalen de kosten bij verzekeraars. Dan hoeven wij de kosten niet meer in te kopen en hoeven wij alleen maar polissen af te geven en nota's te vergoeden. En als we dan geld te kort komen gaat de premie omhoog. Maar dat gaat dan dus ook gebeuren; dan gaat de premie omhoog. Dus op de langere termijn voor de klant; dat het niet in zijn belang is voor de betaalbaarheid van de zorg. Dus hier zie je ook weer die tweedeling; wat de klant wil is niet wat ook in zijn belang is. En dat is waar wij het evenwicht in proberen te vinden. Daar hoort bij; transparant zijn en uitleggen dat wat die klant vraagt dat het niet in zijn belang is dat wij dat leveren. Althans niet altijd. (Kan de klantvraag een belemmerende factor zijn voor klantbelang?). Nou belemmerende factor wil ik niet zeggen, maar het zit ons wel in de weg. Als die klant de klant iets wil wat hij niet krijg, en hij snapt niet goed waarom niet. Wij willen graag uitleggen waarom dat zo is, om daar een draagvlak voor te maken. En daar hoort een website bij, en transparantie en uitleg. Maar ook dat de klant ernaar kijkt, bereid is zich daarin te verdiepen. Daar doen we ons best voor. Maar het is wel van belang dat we als zorgverzekeraar hooghouden het klantbelang, en niet altijd maar reageren op wat de klant wil. De klant wil een restitutiepolis, vrije artsenkeuze, nergens last van

hebben, geen eigen risico, geen zorginkopen, lekker makkelijke pakketjes. De maar geen kraamzorg, doe maar geen bril, of wel. Dat is wat een klant allemaal wil, nou als we daar elke keer ja tegen zeggen dan heb je over vijf jaar zomaar de premie verdubbeld. En dat is niet in het klantbelang, alleen hij ziet dat niet.

(Kenmerken transparantie?). Voor mij staat bij transparantie met stip op één dat de klant snapt wat hij koopt. Dat hij eerlijke informatie krijgt en dat hij begrijpt hoe een verzekering werkt en weet waar hij voor betaald. En dat hij dus een bewuste keuze maakt, en zegt ik snap het en er blij mee is. Dus transparantie is vooral dat je bereikt dat de klant begrijpt wat een zorgverzekering is en waar hij voor betaald. (Is daar nu een gebrek aan?) Ja. We krijgen nog veel te veel vragen waaruit blijkt dat de klant nog veel te weinig begrijpt wat het verschil is tussen alle verschillende wetten die te maken hebben met de zorg dus de verschil tussen de wet langdurige zorg, de Wmo, de zorgverzekeringswet en de aanvullende verzekering, die vier. Veel klanten hebben daar geen beeld bij. Wie doet nou wat, wie is waar verantwoordelijk voor. De klanten hebben ook geen idee wat ze nu betalen aan zorg. Want wat ze betalen maandelijks aan de verzekeraar is nog niet de helft. De andere helft komt binnen uit het zorgverzekeringsfonds wat gefinancierd wordt door de overheid en voor het overgrote deel de werknemers via de werkgever, of ZZP'ers of gepensioneerde. Maar dat is de inkomensafhankelijke bijdrage. Dat is het grootste deel van de inkomens van de basisverzekering. Driekwart van de inwoners van Nederland weet dat niet. Veel klanten weten niet dat het eigen risico wordt vastgesteld door de overheid en niet door verzekeraar. Veel klanten weten niet dat het pakket van de basisverzekering dat dat niet door de

verzekeraars wordt samengesteld maar uiteindelijk door het parlement, de tweede en eerste kamer. Eigenlijk ook niet eens door de overheid. Maar de tweede en eerste kamer, dat zijn de mensen die wij zelf kiezen. Dus dat ze langs die weg ook invloed hebben op het dekkingpakket, dat ontgaat de meeste mensen. Dat zijn wel belangrijke zaken, die ik graag zou willen uitleggen. Zodat mensen snappen wie wat doet. (Is de genoemde infographic een voorbeeld van het een manier waarop <HEALTHCARE INSURANCE B> actief transparant wil zijn?). Ja dat is bijvoorbeeld die infographic, dat mensen ook gevoel krijgen voor verhoudingen. Wij zien bijvoorbeeld veel irritatie, en dat is terecht die irritatie, op woorden als winst, dure reclame, bonusbeleid, en leaseauto's, grote gebouwen en kleine lettertjes enzo en dat is terecht, die irritatie moeten wij ook wegnemen. Maar mensen denken dat de premie daardoor zal dalen. En dat is niet het geval. Want wat ik nu opnoem dat is maar een heel klein deel van de premie. De kosten van die hele zogenaamd dure televisiereclames, als alle verzekeraars die reclames zouden afschaffen dan zou de premie dalen met 24 cent per maand. Dat is bijna niks. Als je dat uitlegt aan mensen, nou punt één ze geloven het niet, en als ik ze het dan voorreken; kijk het is nog geen kwartje per maand. Dan is dat een vorm van transparantie die met zich meebrengt dat mensen zich op de echte dingen gaan richten. Willen we dat de zorg betaalbaar blijft dan moeten we praten over de zorg zelf. Dus dat is ook een doel van transparantie, dat we de energie gaan richten op zaken die ertoe doen. En niet op de populistische onderwerpen die veel irritatie opwerpen maar die eigenlijk niks uitmaken, of weinig uitmaken. (Is dus de waarde van transparantie het goed informeren van klanten en het verantwoordelijkheidsgevoel van

zorgverzekeraars en de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars in het algemeen, komt daar transparantie uit voort?). Ja ik vind van wel. (Wat zijn factoren die het transparant zijn het meest belemmeren?). De belangrijkste factor is het gebrek aan interesse dat mensen hebben. Niemand interesseert zich voor dit vak, het gaat over je leven en je gezondheid, maar de meeste mensen verdiepen zich er niet in. Wij zien dat heel sterk bij de overstap, de overheid heeft geregeld dat iedereen zes weken heeft om over te stappen, overigens kan dat in 20 minuten. Toch moeten we iedereen zes weken de tijd geven, verder prima daar hoor je mij niet over, maar wat zie je nu in de praktijk; dat iedereen het uitstelt, en uitstelt, en uitstelt tot de laatste twee dagen van het jaar, en dan wordt onze website bijna plat bezocht omdat iedereen het uitstelt tot de laatste dag en dan zit iedereen opeens massaal te klikken, te vergelijken en over te stappen. En dat duidt op een gebrek aan interesse. Het is gewoon uitstelgedrag omdat het niet leuk is. En het kan we niet leuk zijn maar het gaat wel om je leven en je gezondheid en een machtig groot geldbedrag. Als wij een nieuwe auto kopen dan doen we daar drie maanden over. Als wij een keuken kopen gaan we zeven zaken af, vragen allemaal formuliertjes op en weekenden worden daaraan besteed. En als we een zorgverzekering kopen, die duurder is dan een keuken en duurder is dan een auto dan hebben we daar 20 minuten de tijd voor. Dat is wat transparantie in de weg zit, mensen hebben daar geen interesse in. (Kan dat veranderen door het makkelijker te maken, omdat het nog zo ingewikkeld is?). Ja het is ingewikkeld maar als je je erin verdiept dan ga je het begrijpen. Mensen willen het in 20 minuten snappen, ja daarvoor is het te ingewikkeld. Maar als je er goed over nadenkt en je leest alleen al de website dan

kom je een heel eind. Wij doen ons stinkende best om het goed uit te leggen maar mensen moeten het wel lezen. Ik zou overigens graag zien dat verzekeren een vak zou worden. Al is het maar een uur, dat zou worden opgenomen in opleidingen voor mensen die in de zorg komen te werken of op de middelbare scholen, al is het maar de basisprincipes. Wat zijn verplichte verzekeringen en waarom is dat, en wat is vrijwillig, en waar doe je verstandig aan. Al is het maar een uur. Verzekeren is een heel belangrijk deel van je leven maar we laten mensen daarop los zonder enige vorm van opleiding of nadenken en dat is dom. (Terwijl Nederlanders relatief veel verzekeringen hebben). Wij zijn over-verzekerd wordt weleens gezegd, nou dat weet ik niet of dat zo is. Wij zijn wel heel goed verzekerd, maar wij hebben een aantal verplichte verzekeringen en dat is met reden. De aansprakelijkheidsverzekering, voor alles wat rijdt is verplicht, de basisverzekering is verplicht. Dat is om een goede reden, maar als je vraagt wat die reden nu is dan weet niemand dat. Je moet dat weten vind ik. Dat is jammer dat dat niet in de opleiding zit, ik vind het ook jammer dat dat niet in de opleiding van toekomstige artsen zit. Die moeten toch weten dat dit stelsel zo is zoals het is. En hoe dat werkt en wat de achtergronden daarvan zijn. Dat moet je kunnen snappen en kunnen uitleggen. Dat mensen er niet over na denken dat neem ik ze niet kwalijk. Het is geen leuk onderwerp, dat snap ik wel. Het is saai, en grijs en natuurlijk heb je andere prioriteiten. Maar ik vind dat we met ons allen ons best moeten doen om die informatie wel aan te reiken en zoveel mogelijk promoten dat mensen die kennis ook tot zich nemen, en zich daarin verdiepen. Want het onderwerp is belangrijk genoeg. En dat gaat de komende jaren steeds belangrijker worden, omdat wij zien dat wat er mogelijk gaat zijn in de toekomst

meer gaat kosten dan dat wij aan geld hebben. Wij hebben als zorgverzekeraar maar een klein rolletje in, want wij verdelen het geld. Wij maken geen geld, wij verdelen het geld. Maar de samenleving als geheel moet zich toch gaan afvragen; welke vormen van zorg gaan wij nu betalen voor een ander, en wat laten we over aan het individu? Soms is dat makkelijk, een beugel bijvoorbeeld. Daar zijn we het gauw over eens. Maar wat doen wij straks met ingewikkelde medicijnen die drie ton per jaar kosten als het geld op is. Wat doen wij dan met die drie ton? Dan is nu de houding in Nederland, als je maar op televisie komt dan krijg je dat vanzelf wel en iedereen zegt daar willen niet over beslissen. Maar er komt een moment dat het geld op is, en dan moet je dus die drie ton gaan verdelen. En je moet afvragen aan wie geven we dat? Geef je dat aan één persoon waarmee wij zijn leven een jaar verlengen, of geven we dat aan tien mensen waarbij we hun leven nog langer aangenaam kunnen maken. Maar wat doen we dan met de ene? Nou dat zijn moreel ethische vraagstukken, maar die raken wel de hele samenleving, en we moeten het niet aan alleen maar aan politici overlaten om hierover een beslissing te nemen. En ook niet aan alleen maar dokters, en zeker niet alleen maar aan zorgverzekeraars. Dit zijn onderwerpen waarin we allemaal een stem hebben vind ik. En waarbij wij allemaal ons in dat vraagstuk moeten verdiepen. Om daar je mening over te kunnen vormen, en je stem te kunnen laten horen. Nou daar hoort transparantie bij, niet alleen van een zorgverzekeraar. Maar over hoe een verzekering nu eigenlijk werkt. Hoe zit dat nou met solidariteit, het zit dat met de premie, waar betaal ik aan, waar betaal ik voor, en wil ik dat zo houden. En hoe zit dat met basis en aanvullend en met langdurig en de basisverzekering. Hoe zit dat met de dokter

eigenlijk, waar wordt die van betaald? Wat verdient die eigenlijk? Ook en interessante. Waarom hebben wij 91 ziekenhuizen en niet meer of minder? (Dat zijn allemaal dingen waar mensen niet over na denken). Wat wel zou moeten. Onze rol is transparantie te bieden waar dat mogelijk is; waar komt de premie vandaan en waar gaat de premie naartoe. Daar houdt onze invloed dan mee op, maar wij hopen dat dat dan wordt opgepakt. Omdat het onderwerp daarmee beter op de kaart komt te staan in Nederland. Met als doel goede zorg voor iedereen, toegankelijk en betaalbaar in de toekomst. (Helpt dit daarbij? -WIJST OP PREMIE OPBOUW-). Dit helpt wel, omdat wij dan in ieder geval kunnen zeggen; wij verstoppen niks. Dit is een format wat overheid en toezichthouders hebben bedacht. Wij doen mee! Wij zien alleen dat klanten het niet zo goed begrijpen, maar wij doen mee! En zoveel werk is het niet. (Het heeft dus het voordeel dat het laat zien dat je open bent). Wij zetten de deur open voor iedereen. We houden niks achter, we hebben geen geheimen. Iedereen mag het weten. Dat mensen zich er niet in interesseren willen is weer een ander. Wij hebben besloten; iedereen mag binnen komen kijken, alles is openbaar, we hebben geen stiekeme dingen. Dat is wat we hiermee willen zeggen. We snappen dat mensen dit niet snappen; ja wat moet ik ermee? Uiteindelijk willen we gewoon weten wat moet ik nu per maand betalen? Kan dat niet wat minden? Dat is waar mensen primair in geïnteresseerd zijn. Maar de onderliggende boodschap is; wij zijn transparant over alles wat wij met dat geld doen. En dat is de kracht. (Waar komen die cijfers vandaan is dat gewoon finance of meer marketing?). Hoe deze cijfers tot stand komen is dat wij van de overheid een rekenpremie krijgen. Dat is heel belangrijk want die rekenpremie is mede de basis van de verevening

van waaruit wij een belangrijk deel krijgen van ons inkomen, namelijk ruim de helft. Met die rekenpremie van de overheid en onze eigen inschatting van de kosten van het komend jaar, wij maken dus ook onze eigen inschatting, wat denken wij dat wij moeten gaan betalen voor de <HEALTHCARE INSURANCE B> populatie in 2016. Samen met wat de overheid berekend proberen wij een goede inschatting te maken van wat het allemaal kost. Dat is het geld wat wij nodig gaan hebben. En wat gaan wij dan terug berekenen, in wat wij van de klant per maand moeten vragen. Moeilijker is het niet. We maken een inschatting van de kosten, en rekenen dat terug naar de maandpremie per klant. En dat is wat hier staat. En daar komt dat een heleboel boekhoudkundige trucen bij van winst en verlies, opslag en reserves en van alles. Maar in de kern is dit het. Schat wat de kosten zullen zijn, en hoeveel moet je dan aan je klanten vragen om de kosten te kunnen betalen. (Dit bestond dus al jaren, en wordt nu pas openbaar gemaakt?). We doen dit al zo lang als we bestaan. (Ik zag dat de premie van <HEALTHCARE INSURANCE B> voor 2016 nog niet openbaar is gemaakt, maar dat gebeurt deze week?). Ja, iedereen doet dat zo laat mogelijk, wij concurreren natuurlijk met elkaar. Als je je premie vroeg bekend maakt geef je de concurrenten de gelegenheid om daar net een dubbeltje onder te gaan zitten. En op vergelijkingssites, als vijf concurrenten dat doen dan sta je op pagina twee en dan krijg je geen nieuwe klant meer. Ook al is het maar een kwartje, als je overstapt dan denk je, nou ik pak de goedkoopste of de een-naar goedkoopste, maar niet de nummer vijf. Elke verzekeraar die stelt de premie vast en doet dat zo laat mogelijk om de concurrentie niet in de gelegenheid te brengen om daar net even onder te gaan zitten. (Maar <NAME

REMOVED> is toch vaak de eerste). Ja, die kan dat doen omdat ze een kleintje zijn, en ze nog teren op een hoop geld uit de ziekenfondstijd. Dus die hebben redelijk wat vet op de botten. Dus die permitteren zich dat. Maar de rest van de markt die bevindt zich in dat concurrentieveld en die stellen dat uit tot het laatste moment. (Maar in de uiteindelijke premies zit max. tien euro verschil). Ja dat heeft te maken met het feit dat we op het dekkingpakket van de basisverzekering niet mogen afwijken, dus we bieden allemaal hetzelfde product. Dus er is maar een klein verschil tussen de verzekeraars onderling. (Maar hier in de opbouw kunnen grote verschillen zitten zoals bijvoorbeeld bij de bedrijfskosten). Ja, er kunnen verschillen in zitten. Maar uiteindelijk in de premie per maand voor de klant scheelt dat uiteindelijk een tientje, of iets meer. Er zijn natuurlijk wel budgetpolissen waar dat verschil groter wordt maar dat zijn moeilijke polissen laat ik maar zeggen. Polissen met een nadeel. Daar moet je als klant bewust voor kiezen. (Wat valt er onder de overige kosten?). Nou weet ik eigenlijk niet. We hebben altijd wat rest dingen. (Een buffer voor wanneer mensen de premie niet betalen?). Dat zou het kunnen zijn, de kosten van deurwaarders ofzo. Dat soort dingen. Het is meestal een kleine restpost van dingen die je nergens anders onder kan brengen. Juridische kosten etc.

We zijn ontzettend prijsbewust wanneer we gezond zijn. De verzekerde die kijkt naar de euro's maar zodra je patiënt bent dan kijk je niet meer naar het geld. Dan ben je opeens pijn-bewust. Je wilt van je pijn af, of je wilt je gezondheid herstellen. Dan maakt het niet uit wat het kost. Wij noemen dat de petten-problematiek. Eén persoon heeft twee petten: de pet van de verzekerde, die zegt het moet goedkoper en ik verdiep me er niet in. En de pet van de patiënt, zodra die patiënt is, dan zegt die; ik wil

overal naartoe kunnen, en alles moet vergoed worden. Terwijl die als verzekerde zegt; nou doe maar niet, ik zie het wel. Maar als patiënt moet alles vergoed worden, om de hoek en snel, zonder eigen risico. Dan heeft hij opeens een heel andere pet op. Dat is precies de reden dat wij als zorgverzekeraar door de overheid zijn bedacht al inkoper van de zorg. Want de patiënt koopt geen zorg in, als jij in de stoel van de tandarts zit, en de tandarts tikt tegen een kies en zegt; ik vertrouw het niet ik maak even een fotootje. Dan zegt niemand wacht even, is dat wel nodig, is dat niet je twintigste foto al vandaag, of zullen we niet eens kijken bij een andere tandarts of het niet goedkoper kan, is het wel nodig? Je gaat als patiënt niet onderhandelen, niet over prijs, niet over achtergrond, niet over oorzaak, niks. Je zegt ja dokter. Dus een patiënt zit niet in de positie om met een dokter op voet van gelijkwaardigheid te praten over de kwaliteit van zorg, de noodzaak van zorg, de doelmatigheid of de prijs. Dat moet een andere partij doen. En dat is dan of de overheid of de verzekeraar. De overheid heeft gezegd; wij willen dat liever niet doen. Want daar hebben we slechte ervaring mee, ook in het buitenland. Dat is alleen maar prijsopdrijvend. Kijk maar naar Engeland. Als het goedkoop wordt, wordt het slecht. En als het goed wordt, wordt het duur, als een overheid het doet. Als een overheid het gaat doen dan gaat het niet doen. Dat komt omdat een overheid op zich ook weer afhankelijk is, in de democratie tenminste, van populariteit. Wil je als politieke partij geen stemmen verliezen dan ben je geneigd toch maar weer te gaan vergoeden. En daar wordt het duur van. En dus zijn wij nu in de zorgverzekeringswet bedacht als partij die moet praten met de ziekenhuizen en de dokter over de kwaliteit, de doelmatigheid en de prijs van de zorg. Omdat de overheid het niet wil, en de patiënt het niet kan. En

in die rol zijn wij nu sinds 2006 werkzaam. (Internationaal gezien staat dit systeem goed bekend). Op wereldschaal komen ze bij ons kijken; hoe hebben jullie dat gedaan want het gaat eigenlijk wel goed hier. Maar het is wel zo dat wij als zorgverzekeraar die rol oppakken, maar eigenlijk iedereen zegt; bemoei je er niet mee. Terwijl de wet zegt; bemoei je er wel mee. Maar zowel de patiënt als de dokter zegt; nou liever niet; ga niet op mijn stoel zitten, bemoei je er niet mee. Dat is de rol die wij hebben. Daar hebben wij niet zo gek veel last van. Omdat wij in een concurrentieveld moeten opereren. Mits het niet concurrentieverstorend werkt. Dus wij zijn af en toe boeman, dat is op zich niet zo erg. Als elke verzekeraar dat dan maar in gelijke mate is. En dat is iets waar het op dit moment een beetje aan schort. Er zijn een paar verzekeraars die zich onttrekken aan deze rol. En die zich tegen het stelsel afzetten. En dat is bijvoorbeeld <NAME REMOVED>. Die zegt; het klopt allemaal niet. Maar het klopt wel, het is gewoon een opdracht die in de wet staat maar ze keren zich daartegen. Dat vinden we dan wat minder loyaal. Maar goed, het is een vrije wereld, je mag denken wat je wil. (Zitten we nog in de overgangsfase?). Ja dat denk ik wel, ik denk dat het stelsel nog niet stabiel is. Het kan nog wel wat verbeteringen hebben. Bijvoorbeeld het naast elkaar voeren van een restitutie- en een naturapolis vind ik een stelselfout. En een ander moeilijk onderwerp, vanavond op televisie, is; hoe gaan we nu om met de restitutiekorting. Dus wat is de vergoeding als klanten naar een zorgaanbieder gaan die niet gecontracteerd is. Daar is juridisch gezien nog geen duidelijkheid over, dat heeft in de wet ook heel onduidelijke criterium. Dat kan beter, maar dat moet dan wel via de eerste en tweede kamer in de wet worden aangepast. Zodat we dat op dezelfde manier gaan uitvoeren. Dat zijn al wel

vast verbeterpunten. Een verbeterpunt kan ook zijn, daar is nu ook onderzoek naar, de wildgroei in collectieve verzekeringen. Zo'n beetje 70% van de Nederlanders heeft nu een collectieve verzekering. Wat is de waarde daarvan? Dat kun je je afvragen. Sommige voegen waarde toe, maar zoiets als de postcodeloterij-collectiviteit is gewoon een plat commercieel dingetje. Helpt dat nou? Ik weet het niet. Collectiviteitskortingen hebben niet als doel goede doelgroepen aantrekken, het is een commercieel iets. De verevening, verevent naar het risico op kosten. De bedoeling van de verevening is ervoor te zorgen dat het risico zo verevend wordt dat elke verzekeraar zegt; er zijn eigenlijk geen goede of slechte risico's. Iedereen is even welkom. Dat gaat best redelijk goed, dat wordt ook ieder jaar bijgesteld en wordt ieder jaar beter. Maar dat is iets waar de hele wereld met verbazing naar kijkt hoe wij dat aanpakken. En dat werkt best goed. Dat is het principe van solidariteit. Iedereen moet overal even welkom zijn, en er moet geen sprake zijn van risicoselectie. En dat is er ook nauwelijks. (Maar <HEALTHCARE INSURANCE B> biedt ook nog collectiviteitsverzekeringen). Ja, wij moeten meedoen in de markt. Want als de markt dat doet dan doen wij dat ook. Maar wij proberen daarbij collectiviteiten te bieden die ook de zorg te bieden. Wij hebben bijvoorbeeld een grote collectiviteit met het FNV. Samen met het FNV proberen wij in de collectiviteit elementen te voegen die voor FNV-leden van belang zijn, en zorg verbeteren. Dat het dus meer is dan alleen maar het bieden van korting. Maar je moet ook eerlijk zijn. Als je markt kortingen biedt om doelgroepen te bereiken dan doen wij mee. Het is een vrije markt als je niet mee doet dan ga je achterlopen. <NAME REMOVED>, valt ook onder <HEALTHCARE INSURANCE B>, biedt geen collectiviteitskorting. Omdat het een andere

doelgroep probeert te bereiken. Van oorsprong is het een internet verzekeraar. Tegenwoordig zit alles op internet. Maar <NAME REMOVED> was een van de eerste internetverzekeraars. En dat leent zich niet voor de aanpak van collectief verzekeren. Dus wij bieden dat niet aan, aan werkgevers bijvoorbeeld of aan patiëntenverenigingen gewoon geen collectiviteit. Wij bieden dat gewoon aan, aan individuen die via internet zaken willen doen. En dus minder bellen en dus minder kosten met zich meebrengen. Alles via email, dus hebben wij minder mensen nodig. (Is dat terug te zien in de premie?). Ja, <NAME REMOVED> heeft een lagere premie dan <HEALTHCARE INSURANCE B>. Maar <HEALTHCARE INSURANCE B> biedt weer een collectiviteitskorting. (Dus als je bij <HEALTHCARE INSURANCE B> zit zonder collectiviteitskorting dan betaal je dus voor de korting van anderen). Niet helemaal zo, maar je hebt niet goed opgelet want er is voor iedereen een collectiviteitskorting.

INTERVIEW-C

MANAGER TECHNISCH PRODUCTMANAGEMENT

Doelgroep: Niet specifiek

Marktaandeel: Groot (24%)

Focus zorgverzekering: Enkel zorgverzekeringen

De premieopbouw zijn de enige cijfers die zorgverzekeraars publiceren zonder accountantsverklaring. Met elkaar is afgesproken dat je weergeeft hoe je premie is opgebouwd en in welke componenten dat zit, bijvoorbeeld bedrijfskosten, zorginkoop en verevening. Maar wat je er precies aan toe moet rekenen. En of jij niet toevallig, ik zeg niet dat het zo is, maar het kan, sjoemelt door te zeggen 'ik haal een deel vanuit mijn vereveningsbijdrage zet ik niet bij "zorginkoop en verevening" maar laat ik zien bij vermogensteruggave'. Omdat ik als zorgverzekeraar bijvoorbeeld de perceptie heb dat ik het rijkste ben en het meeste geld heb, kan ik laten zien dat ik het meeste teruggeef. Dus die cijfers daar zit geen controle op. Het is geen officieel iets, je pakt het als branche met elkaar op, het format spreek je af, de onderdelen spreek je af. Hoe eenieder die naar eer en geweten invult dat is de vraag. Als je het dan over transparantie hebt; dit een stap omdat natuurlijk de pot "zorginkoop en verevening" zit op één hoop. Alleen verevening; als je daar een overschot aan hebt betekent dat dat jij een populatie verzekerden hebt waarbij je meer verevening krijgt dan dat je zou moeten krijgen. Dan heb je een overschot, want in principe als verevening helemaal zuiver zou werken zou dat nul zijn. Want dan maakt het niet uit welke verzekerden je hebt want dat is altijd dan nul. Maar bij meerdere verzekeraars is dat een positief

getal, en bij sommige verzekeraars is dat een negatief getal. Dan heb je nog je zorginkoop effecten, maar wat nou, voor het gemak van de honderd euro, vereveningsresultaat is of zorginkoopresultaat dat weet je niet. Het ene heeft te maken met de kenmerken van je populatie, het andere heeft te maken met hoe goed jij als zorgverzekeraar weet in te kopen. Dus het is een mooie stap alleen ik als professional dan, laat ik het zo zeggen, heb dan meer vragen. Dat heeft ook met concurrentie te maken. We weten met elkaar dat de verevening niet perfect werkt, want het zou niet uit moeten maken of je nu een verzekerden hebt, met wat voor ziekte of waar die ook woont, accepteert of en jonge, gezonde student. Dat zou per saldo dus niet uit moeten maken omdat de verevening dus al die effecten eruit haalt. Dus je vereveningsbijdrage per verzekerde moet eigenlijk nul zijn, omdat je meer schade hebt voor mensen waar je een hoger bedrag voor krijgt is nul, plus die student die geen kosten heeft krijg je ook geen vereveningsbijdrage voor, is ook nul. Dus maakt het niet uit wie je accepteert. Maar in werkelijkheid zit er wel een verschil in omdat je voor sommige groepen meer krijgt dan voor anderen. Als die prikkel of die stimulans er helemaal uit is zou je daar ook geen discussie met elkaar over hebben. Dan maakt de doelgroep voor marketing ook helemaal niks uit omdat het je per saldo niks oplevert. Maar je krijgt verevening nooit perfect. Wel steeds beter. Maar nooit perfect.

Het merk <HEALTHCARE INSURANCE C> heeft geen specifieke doelgroep. Onder coöperatie <HEALTHCARE INSURANCE C> vallen meerdere merken; negen, en die zijn wel voor een specifieke doelgroep ingericht. Bijvoorbeeld <NAME REMOVED> is specifiek voor medewerkers in de zorg, er zit ook een extern stichtingsbestuur op. Dat

extern stichtingsbestuur bestaat weer uit werkgevers, werknemers, en een onafhankelijke voorzitter, dat is ooit echt door de zorg zelf opgericht die stichting, 35 jaar geleden. Die vertegenwoordigen de belangen van medewerkers in de zorg. Wat wij puur voor hen doen is het uitvoeren van die zorgverzekering. Dat wil zeggen; wij hebben de polis en wij houden de website bij, maar uiteindelijk zijn het hun verzekerden. Elk van die specifieke merken die eronder hangt heeft zijn eigen specifieke historie en kenmerken. UMC is ook voor werknemers maar dan voor academische ziekenhuizen. De twee grote landelijke brede merken zoals <HEALTHCARE INSURANCE C> en <NAME REMOVED> zijn er voor iedereen. <NAME REMOVED> is er ook voor iedereen, iedereen moet en zal geaccepteerd worden, maar alleen medewerkers die in de zorg werken krijgen die 10% collectiviteitskorting waardoor het aantrekkelijker voor hen is om daarbij aan te sluiten. Iedereen wordt geaccepteerd, maar het is wel een merk wat specifiek voor iedereen in de zorg is.

(Kenmerken Customer Centricity?). Als je bij ons de vraag stelt over klant centraal, dan is maar net aan wie je die vraag stelt wie de klant is. Omdat we bijvoorbeeld een stichting <NAME REMOVED> hebben, dat is een zakelijke klant van ons, die heeft ook bepaalde belangen. In principe, ik denk dat het handig is om in dit onderzoek, en hoe ik mijn antwoorden geef, de klant is de eindverzekerde, dat is het individu die ongeacht bij welke verzekering die bij ons afsluit, is in dit geval dan de klant. Want een klant kan ook vergelijkingspartijen zijn, het kan tussenpersonen zijn, het kunnen werkgevers zijn, het kunnen zogenoemde horizontale collectiviteiten zijn, consumers of PMA, het kunnen volmacht organisaties zijn. Dus we hebben heel veel typen soorten en smaken klant, die allemaal tussen

de risicodragende zorgverzekeraar staan en de klant. Het gaat uiteindelijk puur om die eindklant, die moet centraal staan, en zijn of haar belangen. (Wat zijn de kenmerken? Wat maakt dat je klant centraal bent?). Het zorgstelsel; tussen de zorgverzekeraar, de zorgaanbieder en de verzekerde, daar zit een soort driehoek en dynamiek in. Het stelsel werkt goed als verzekerden keuze hebben tussen verschillende zorgverzekeraars, want dat houdt zorgverzekeraars met elkaar scherp en verzekerden kunnen hun mening geven door het stemmen met de voeten. Dus als je ontevreden bent ga je naar een andere zorgverzekeraar. Dat is precies een prikkel waarom wij met elkaar moeten concurreren om de gunst van die klant. De klant heeft een bepaalde behoefte die moeten wij zo goed mogelijk weten op te pakken, en weten te vertalen in relevante producten en dienstverlening voor die klant. Als we dat dus niet goed doen dan gaan de verzekerden weg. Dat is ook de prikkel om de klant centraal te stellen, want als je niet goed luistert naar de klant dan gaat die weg. Met elkaar in dat stelsel heeft dus belang bij een bepaalde mobiliteit, het gemiddelde is de laatste jaren is zo'n 6,5%, 1,1 miljoen verzekerden, met 24% marktaandeel betekent dat een kleine driehonderdduizend bij ons weggaan, driehonderdduizend er weer inkomen en het saldo dat is dan je winst of verlies. Voor het gemak, als we vijftigduizend verzekerden winnen of verliezen op 4,1 miljoen; dat merk je niet. Dus drukt die mobiliteit dan echt zo hard op het klant centraal willen zetten? Dat zou nog sterker moeten vind ik. (Is een kenmerk van klant centraal ook een stuk feedback van klanten?). Ja. Kijk, er zijn twee manieren van klant centraal. Een beetje de oude en de nieuwe manier. De nieuwe manier daar zijn we mee aan het verkennen, maar dat is zeker nog niet

overall doorgevoerd. De oude manier is eigenlijk dat je iets gaat bedenken dat goed is vanuit je organisatie, dan ga je bij de klant twee of drie smaken voorleggen en je vraagt; 'joh wat vindt u het beste?' en de klant zegt: 'B vind ik wel mooi, ik vind de kleurtjes wel mooi en ik zie veel bullets dus er zullen wel vele vergoedingen inzitten'. Dus ok, we hebben bij de klant getoetst, de klant zegt dat B het beste is dus wij gaan B doen. Dat is echt gewoon vanuit je zelf redeneren naar de klant toe een product duwen. Idealiter zeg je; 'beste klant, of doelgroep', neem voor het gemak even chronisch zieken, 'wat zijn nou jullie zorgbehoeften? Ok, u zegt dit, maar bedoelt u dan dit of dat?' Oftewel, je gaat helemaal doorvragen tot je de werkelijke behoefte weet van die doelgroep. En vervolgens als je dat scherp hebt ga je kijken wat voor product, dienst, service, wat dan ook, het beste past bij die groep verzekerden en dat ga je maken. Dat zou je idealiter doen. Dat noemen wij het *Share Life principe*. Daar zijn wij vooral mee aan het denken en op een paar plekken in de organisatie proberen we dat toe te passen die principes, maar over het algemeen zijn werken en denken we nog vanuit zelf iets bedenken, bij de klant toetsen wat die het beste vindt en dan drukken. Zo werken de meeste zorgverzekeraars. (*Share Life?*) dat is onze eigen betiteling van hoe je een klant centraler zet. (Heeft dat ook te maken met het grote plaatje?). In het grote plaatje in kaart hebt betalen we met elkaar zorgkosten, een relatief kleine groep verzekerden maakt met elkaar 80% van de zorgkosten, en die betalen we met 100%, met z'n allen. Dus als jij het voor die groep verzekerden die relatief veel kosten maakt, het perfect weet te organiseren heeft iedereen daar baat bij. Dus als je je richt op chronisch zieken, ouderen, of mensen die veel gebruik maken van zorg. En je gaat naar

diabetespatiënten toe om te kijken wat zijn jullie behoeften hoe is dat zo goed mogelijk georganiseerd en je krijgt de klant beter geholpen, per saldo ook nog tegen veel lagere kosten, dan heeft 100% van jouw verzekerden baat bij. Dus je kiest soms bewust voor groepen omdat dat in het algemeen belang is. (Is o.a. de app "mindfulness" van <HEALTHCARE INSURANCE C> een voorbeeld van het klant centraal stellen?) Hoe dit soort dingen tot stand komen heeft ook nog te maken met we gaan denken wat goed voor de klant is, en dan bedenken we een product en die zet je in de markt. Wat we willen doen voor verzekerden, we kunnen op verschillende manieren er voor de klant zijn: je kunt een goed product leveren, goed product is basisverzekering, is aanvullende verzekering. Plus je kunt je qua promotie en merkpositionering iets voor de klant doen. Daarnaast bieden we services. Veelal onbetaalde diensten, waarvan we weten die voor een grote groep verzekerden wel een actueel thema is, en relevant kan zijn. En daar wil je gewoon vanuit je merk iets goed en moois voor de klant doen. We weten dat mindfulness heel hip en actueel is, we weten ook dat het best moeilijk is daar inhoudelijk een goede app van te maken. Deze app is inhoudelijk veel tijd en energie in gestopt. Hij schijnt ook goed te werken en ook mensen die niet klant zijn bij <HEALTHCARE INSURANCE C> schijnen hem te gebruiken. Dat is alleen maar mooi, want dan zien mensen elke keer 'he dat is <HEALTHCARE INSURANCE C>!'. 'Die doet iets voor mij waardoor ik meer rust en ontspanning in mijn leven vindt. De zorgverzekeraar helpt mij daarbij, ik vind <HEALTHCARE INSURANCE C> fijne en blij bij <HEALTHCARE INSURANCE C>'. Of: 'ik vind <HEALTHCARE INSURANCE C> zo fijn ik zeg het tegen mijn buurvrouw'. Want dan heb je eigenlijk een klant die je promoot, dat is het meest krachtige.

Het hele customer centricity waar je het over hebt, dat wordt alleen maar belangrijker. Want ga je naar een hotel of restaurant in het buitenland, iedereen kijkt nu naar het vergelijken zoeken wat dan ook, je gelooft niet meer een verhaal van iemand, maar je gaat af op wat de massa goed of slecht vindt. En daar laat jij je door beïnvloeden. Dus als wij als zorgverzekeraar voor sommige verzekerden het echt iets moois en goeds kunnen doen en die zijn er zo blij mee en die vertellen dat weer tegen anderen. Dan is de nieuwe vorm van marketing is een gewoon eigenlijk tevreden klant. Dat is eigenlijk hoe marketing ooit begon. Dat is je doel. (Zijn er meer voorbeelden/situatie van het klant centraal stellen binnen <HEALTHCARE INSURANCE C>?). Nou ja, één van die dingen die we aan het uitzoeken zijn bij de klantenservices. We hebben zo'n drie miljoen calls per jaar. En wat je wilt doen: Enerzijds moeten we onze uitvoeringskosten zo laag mogelijk houden, maar je wilt klanten zo goed mogelijk helpen. Als je naar die drie miljoen calls kijkt kun je grofweg zeggen, de helft van die calls zijn "hygiëne-calls". Dat zijn mensen die zeggen 'ik heb een ander adres', of 'ik heb een simpele vraag'. Dat kost ons best veel geld en tijd om die vragen te beantwoorden, terwijl je dat online heel goed zou kunnen vinden, plus de meeste klanten kijken online. Dan moet je zorgen dat het daar goed staat. Want de klant die begint met zoeken, en daar waar die begint met zoeken moeten wij het goede antwoord hebben. Dat is klant centraal. Maar we hebben het vaak nog niet goed op de website staan, plus er moet heel veel informatie op staan waardoor het ook niet begrijpelijk of vindbaar is. Dus er komen nog een hoop van die calls bij de klantenservice terecht die wil je zo ver mogelijk weghalen, want dat scheelt kosten. Maar het belangrijkste is je de klant centraal, want zocht dus op de website en die moet

het snel en goed kunnen vinden. In de tekst dat voor hem of haar begrijpelijk is en niet nog een vraag heeft. Los daarvan heb je die andere helft met calls dat zijn vooral wij noemen "waardecontacten". Dat zijn vooral retentiegesprekken of zorgadvies en middeling vragen. Retentiegesprekken zijn van 'he, mijn gezinssituatie veranderd', of, 'ik ga verhuizen', of, 'er komt een kind', of, 'ik ga scheiden'. 'Wat is voor mij in deze situatie nu een goed pakket?'. En dan moet je vooral vanuit de klant kijken; wat zijn nu mijn producten of diensten die ik kan aanbieden die voor die klant bij zijn of haar vraag het best past. En als wij dat doen zonder te kijken of dat qua rendement iets inlevert puur omdat dat voor die klant goed is. Dan ga je met die klant een relatie band dat die over dertig jaar nog bij je zit. Dan switcht die wel een paar keer van pakket, geen probleem, dat is op dat moment het beste pakket voor de klant. En daarnaast heb je nog zorgadvies en bemiddeling dat is ook een tweedelig doel. We krijgen steeds meer vragen van klanten van joh waar kan ik het beste naartoe voor de beste zorg, over het algemeen worden de zorgverzekeraars niet direct vertrouwd als het daar over gaat. Toch zien we dat steeds meer verzekerden gebruik maken van dit zorgadvies, er zit een groep bij ons dat zijn allemaal HBO-V opgeleid die hebben inmiddels best wel een hoop dossierkennis over wat kwaliteit van zorg is en waar je goed en snel terecht kunt. Op basis van die klantvragen komen ze met twee of drie oplossingen en de klant kiest uiteindelijk zelf welke oplossing hij wil. Hij is ook niet verplicht om die keuze te nemen, maar wat we zien is negen van de tien keer pakt de klant ons eerste advies en pakt hem nog op ook. Als je dan bij die afdeling op de muur gaat kijken dan hangt dat vol met bedankkaartjes. 'Joh je hebt me echt goed geholpen, je hebt me verder geholpen'. Dat is heel fijn, want we

kunnen de klant goed helpen en de klant sturen naar kwalitatief de beste zorg, en als je stuur naar de beste kwaliteit zorg is per definitie over langere termijn ook de goedkopere zorg, en daarmee weer de betaalbaarheid van de premie. En je houdt je klant. En misschien wel zo tevreden dat hij nog zegt 'he buurvrouw, ik ben goed geholpen door <HEALTHCARE INSURANCE C>'. Dat is het grootste compliment dat je kunt hebben vanuit de klant als die anderen aanbeveelt of positief over jouw merk spreekt. (Zijn er meer voorbeelden, naast de eerdergenoemde website, waar verbetering kan zijn om beter customer centric te zijn?). Een actuele discussie die wel hebben is of er wel of niet een app moet komen. En of die app welke functionaliteit die moet hebben. Waarschijnlijk lachen we over drie vier jaar dat we die moesten hebben want dan heeft iedereen een app dus dan is het normaal. Alleen hier is twee jaar geleden de keuze gemaakt, we gaan alles zo ontwikkelen dat het schaalbaar is. Dus als je naar de website gaat dan is die ook op je telefoon goed leesbaar. Dus die keuze is gemaakt in plaats van het ontwikkelen van een app. Nu zien we dat het wel heeft fijn is en ook voor de merkbeleving als je <HEALTHCARE INSURANCE C> in je broekzak hebt. Maar ja hoe vaak kijk jij nu naar je zorgverzekeraar? Ik nooit. Maar mijn bank-app kijk ik misschien wel bijna dagelijks, daar zit veel mee relevantie in. Dus hoe zorg je dat de app ook voor je klant relevant is. Nou, dat kan door de vergoedingen die jij veel zoekt erin op te nemen en dat kan door als je moet declareren; foto maken en versturen en gedeclareerd. Dat kan zijn door het vinden van zorgaanbieders bij jou in de buurt. Dat kan zijn door mindfulness-achtige dingen erop te zetten. Oftewel je kan een hoop in een app stoppen en proppen. Maar hebt belangrijkste is dat de app wel goed moet perfect en goed werken want anders haakt de

klant af. En je wilt die dingen erin doen die het meest waarde heeft voor de klant, en dat is bijvoorbeeld het zoeken van de juiste vergoedingen. Dan moet het ook bijdragen dat er ook minder van die hygiëne-contacten komen, de duurder telefonische contacten. Want dan snijdt het mes weer aan twee kanten. Je hebt de klant beter en goed geholpen en per definitie goedkoper, daar zakken je uitvoeringskosten, en hou je je premie betaalbaar. Dus dat gaat altijd samen. Het is relatief simpel om losse appjes voor een of twee dingen doen dan dat je een app voor <HEALTHCARE INSURANCE C> hebt waarin de hele grote databakken helemaal moeten ontsluiten. Dat als een klant zijn adres wil wijzigen moet je door heel veel systemen en bakken en bronnen wil je daarin zitten. De mindfulness app is gewoon een ding op zichzelf, dat kan standalone draaien, een <HEALTHCARE INSURANCE C>-logo erop en klaar. Dat is een groot verschil onderhoud en de techniek om het goed en gangbaar draaiend te houden. (Is dan de waarde van de klant centraal zetten in de eerste plaats de beste zorg voor je klanten?). We hebben een rol in het betaalbaar en toegankelijk kouden van zorg, de zorg zo goed mogelijk te doen voor de klant. Precies in die driehoek van klant, zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Niet alle klanten maken gebruik van zorg. Wat wij willen is dat de groep verzekerden die je hebt, dat die je vertrouwen in je zorginkoop. Want hoe meer klanten vertrouwen dat de zorgverzekeraar dat oprechte en voor hem en haar goed doen, hoe makkelijker wij ook steviger kunnen inkopen zonder dat dat de perceptie wekt dat wij zorgaanbieder uitknijpen. Dat wil je niet want je doet het voor de klant. Dat zou het moeten zijn. Dus wij moeten die klant-vertrouwen zo goed hebben om dat te mogen doen. (Is daar nu gebrek aan dat vertrouwen?). Ja. Het grappige veel

zorgverzekeraars samen zeggen, 'Joh er zijn teveel merken, en teveel polissen en we geven teveel geld uit aan marketing en dergelijke' en wat doen we met elkaar? We bedenken nieuwe producten, en nieuwe merken en geven meer geld uit aan marketing. Hoe kan dat? Dat is een vraag waar ik geen antwoord op heb maar het is wel een rare ontwikkeling. En enige wat ik kan doen is vanuit mijn afdeling, mijn invloed, zorgen dat er zoveel mogelijk gekkigheid uitgaat en weg blijft. Het feit dat alle zorgverzekeraars bijvoorbeeld drie basisverzekeringen polissen hebben, veelal selectief en natura en restitutie, vraag je aan een gemiddelde klant of iemand op straat 'weet u wat het verschil is tussen restitutie en naturapolis?' Dan kijken ze je aan 'huh?'. Als je dan echt klant centraal bent dan moet je dat al niet doen. Dan mag je gewoon niet drie polissen voeren. Dan mag je misschien twee voeren met een heel duidelijk verschil. Dat de klant echt weet 'hier krijg ik gecontracteerde zorg, kan ik niet zelf kiezen maar ik heb wel vertrouwen dat mijn zorgverzekeraar goed voor mij inkoopt en van de beste zorg ben ik zeker en ik krijg er ook nog lagere premie door omdat de zorgverzekeraar inkoopt. Goed zo zorgverzekeraar!'. Aan de andere kant; 'ik kies voor restitutie, ik heb geen vertrouwen in zorgverzekeraars, ik wil altijd vrije keuze houden en ik wil ook naar kwalitatief mindere zorg gaan', want wij kopen alleen de zorg niet in omdat die onder een bepaalde norm zit. Omdat wij dat kwalitatief geen goede zorg vinden. Maar je hebt wel de vrijheid om ook daar naartoe te gaan. Bij ons heet het product ook "eigen keus", dat is tweeledig, je hebt als klant eigen keuze om overal naartoe te gaan maar het is ook je eigen keuze om naar minder goede zorg te gaan. (Wat kan het klant centraal zijn in de weg staan?). Doordat je teveel denkt van wat goed is vanuit de organisatie en dat naar een klant drukt. Bij

een commerciële organisatie luister je naar de klant en wil je die behoefte zo goed mogelijk vertalen in je producten en dienstverlening. Als je dat het beste doet is de meest duurzame strategie die je maar kunt hebben. Maar zorgverzekeraars zijn eigenlijk pas sinds 2006 bedrijven, elk jaar worden we iets commerciëler iets bedrijfsmatiger. Ook omdat het stuk waar je risico over loopt elk jaar iets groter wordt. Langzamerhand worden we steeds meer een bedrijf. En een bedrijf kan alleen maar bestaan bij het goed zijn voor zijn of haar klanten. Dus we worden steeds meer customer centric. Alleen dat gaat langzaam plus een hele grote stuk van; we zitten in een vrij modern gebouw maar er zitten nog een heleboel mensen vanuit het ziekenfondstijd en vanuit ambtelijke culturen en wat misschien niet meer helemaal past bij een moderne zorgverzekeringsmarkt en meer die taal en klantgerichtheid van nu en de komende jaren. (Is <HEALTHCARE INSURANCE C> dan nog aanbodgestuurd?). Ja. (Dat willen jullie veranderen?). Dat wil je zeker veranderen, en dat doe je ook op kleinere schaal alleen dat zit in cultuur in genen in gedrag. Plus je moet ook de prikkel hebben in je bedrijfsvoering om klantgericht te zijn. Als jij over je inkoopresultaat dat is niet zo lang geleden, alle wat wij beter inkochten ging op één pot en werd weer verdeeld over alle zorgverzekeraars waarom zou jij dan hard inkopen? Want als je scherp inkoopt vinden de klanten over het algemeen niet prettig want dat belemmerd hun keuzevrijheid. Dus ga je dan niet doen. Maar dat is wel je rol als zorgverzekeraar om de zorg betaalbaar te houden. Nu worden we steeds meer risicodragend dus wel hebben er ook steeds meer direct belang bij. Omdat als je scherp inkoopt dat je dat ook direct terug kunt geven aan de klant. Dan kun je ook direct laten zien 'beste klant, wij kopen de beste zorg in voor u, en

dat ziet u ook in de premie. Kwalitatief de beste zorg, en daarom heeft hu ook een betaalbare premie'. Daarmee houden we zorg toegankelijk en betaalbaar op de lange termijn. Maar dan moet de effort die je erin stop moet je terug kunnen vertalen in een lagere premie, en je moet het vertrouwen van klanten hebben dat wij dat oprecht in het belang doen van die klant, en dat wij de zorg die wij in kopen kwalitatief ook de beste zorg is. Dus dat is een kwestie van jaren, en cultuur en gedrag en verandering. Het is ook nog heel erg jong, het is een hartstikke jonge bedrijfsvoering. 2006, lijkt lang maar het is een kleine tien jaar. Het is een bedrijfsvoering wat helemaal vanuit publiek is georganiseerd qua denken werken en de rol naar een steeds bedrijfsmatiger onderdeel. En dat gaat heel geleidelijk. (Wat zijn de belangrijkste kenmerken van transparantie?). Transparantie in de zorgverzekeringmarkt vind ik heel dual. Dat komt omdat we met elkaar heel veel polissen, en bijzonderheden in de markt brengen en vervolgens vinden dat we dat goed uitgelegd moeten krijgen en dat we daarmee transparantie zijn. Bij mij zit het een stap eerder, dat wil zeggen; hoe krijg je nu gewoon het overzichtelijker voor de klant en daarmee wordt het wel meer transparant. Dus dat wil niet zeggen dat je de hoeveelheid aan polissen uitgelegd krijgt, wat nou de toegevoegde waarde is voor die klant. Dan ben je wel transparanter, dan ben je transparant in een veel te complexe omgeving. Als mijn ideale situatie zou vragen, dan weet de klant van 'he ik heb een zorgverzekeringen nodig, ik weet wat de verschillen zijn, ik weet wat ik ongeveer voor behoeften heb, en ik kan zonder dat ik daar een vergelijker of een klantadviseur bij nodig heb een keus maken zelf en dan heb ik ook het gevoel da ik iets kies wat ik begrijp wat ik kies, en het voelt goed. Ik kan zelf een bewuste keuze

maken'. Dan ben je optimaal klantgericht transparant bezig. (Dus transparantie is een onderdeel van klant centraal). Ja. (Kunt u het nog verder toelichten? Transparantie zijn is dus niet het toelichten van je polissen?) Dat is het wel, we noemen met elkaar transparantie is bijvoorbeeld die premieopbouw met elkaar laten zien. Maar elke vraag zorgt voor nieuwe vragen. Welke klant wil nu die premieopbouw zien? Wie ligt daar wakker van of gaat elkaar naar kijken? Niemand! Dat is iets dat we met elkaar vinden dat dat moet. En degene die daar echt wat van vinden die zien ook dat die cijfers dat daar nog veel meer achter zit wil je er echt iets van kunnen vinden een mening over hebben. Dus de transparantie, ja leuk, maar help je daar nou echt een klant mee? Ik vraag me dat wel af. (Waarmee help je dan een klant wel? In welke transparantievorm?). Wat ik daaronder zie is dat een klant dus zelf in staat is om te zoeken voor zijn zorgverzekering zonder dat hij daar advies van derden voor nodig heeft. Dat hij begrijpt waar het product voor staat, wat hij eraan heeft, en er vertrouwen in heeft om te zeggen: ik kies bijvoorbeeld een naturapolis bij <HEALTHCARE INSURANCE C>, dan weet ik wat ik krijg, dat past bij mijn zorgbehoeften en ik heb er vertrouwen in. Dat is een vorm van wat mij betreft van transparantie; dat een klant er zelf in kan kiezen. Het feit dat we nu heel veel merken en polissen hebben is intransparant, komen de vergelijkingsites tussen, die proberen dan de bomen in het bos weer te laten zien. Dat de klant op basis van zijn of haar behoeften een keuze kan maken. Maar die vergelijkingsites werken weer allemaal anders, die laten allemaal ander resultaten zien, zijn enorm met elkaar bezig om ook eerlijker vergelijkingen te maken. Maar het feit dat het er überhaupt is, is al niet een perfecte vorm van transparantie. Want een klant gaat dan

naar een vergelijking-site, en die hebben verschillend advies. En daarachter zitten weer al die zorgverzekeraars. Die klant zou zelf bij een zorgverzekeraar het overzicht moeten kunnen hebben ik kies bij die verzekeraar voor die polis omdat ik weet dat dat voor mij goed is. Dan zou je optimaal goed bezig zijn. (Ligt die verantwoordelijkheid bij zorgverzekeraars?). Ja. (Is het te ingewikkeld?). Er zijn teveel belangen, als jij als eerste heel transparant bent in je producten, en klanten vinden dat bijvoorbeeld niet prettig, dan kan het zijn dan je daardoor klanten verliest en die naar een ander gaan. Het feit dat je met elkaar heel veel producten en diensten hebben kan dat ook zorgen dat mensen daarom niet kunnen kiezen en er daardoor minder mobiliteit is. En dat jij als zorgverzekeraars bij elkaar daar een belang bij hebt. Want al die mobiliteit is dus ook een kans dat verzekerden weg gaan en daarmee dekking van jouw uitvoeringskosten, daarmee stukje inkoopmacht wat met die met die klant mee vertrekt. Ik zeg niet dat dat zo is. Maar er kan een belang zijn bij het behouden van een relatief lage marktmobiliteit. De energiesector heeft een mobiliteit van 20 procent, dan heb je wel echt een prikkel om heel goed voor die klant te zijn. Plus al die euro's die ze eraan vertrekken gaan direct naar investeerder en partijen. Hier gaat elke euro die je verdient gaat of naar je vermogen of je geeft het direct terug aan de klant. Hartstikke leuk, maar er zit dus geen investeerder of eigenaar te drukken op zoveel mogelijk winst. Dat maakt het bijzonder en boeiend. (Dus kun je zeggen dat de informatie er wel is maar niet goed wordt gezocht door klanten?). Dan kom je eigenlijk bij een ander vraagstuk. Zorgverzekering is voor iedereen verplicht, of je er nu heel erg blij van wordt of niet je zult hem moeten hebben. Het is in die zin vaak zoals ze dat noemen

een commodity-product. Je moet het gewoon hebben, ook al vind je het niet leuk. Dus hoeveel moeite wil een klant stoppen in het vinden van een zorgverzekeraar. Plus, de basisverzekering die is voor een heel groot deel gelijk. Wat er allemaal in wijzigt bepaald de overheid, dat wij daar als zorgverzekeraars daar een ander kleurtje of frame-pje aan geven en wat meer sturing erop zetten bij niet gecontracteerde zorg. Nou, dat is leuk. Maar per saldo zijn de nuanceverschillen zeer gering. Dus, waarom zou die klant daar überhaupt tijd en moeite in willen stoppen? Dus we kunnen heel veel informatie bieden die de klant kan vinden, maar waarom zou die klant dat willen vinden? Als je eenmaal een zorgverzekering hebt, waarom zou je dan doorzoeken? Omdat die basisverzekeringen bijna overal gelijk zijn. (Wil je dat juist stimuleren, het overstappen? Of maakt het ook verschil dat bijvoorbeeld <HEALTHCARE INSURANCE C> als zoveel klanten heeft dat je die overstap juist niet wilt stimuleren?). Het rare ook weer van de zorgverzekeraars is, je hebt 16,7 miljoen mensen. Die markt is verdeeld, er zijn vier grote spelers en een paar kleiner. En die pompen verzekerden rond met elkaar. Dus waarom zouden wij willen groeien als zorgverzekeraar? Geen idee. Want wat gebeurt er dan, dan hebben we meer verzekerden. Maar we kunnen niet beter zorg inkopen voor 4 miljoen dan voor 4,5 miljoen verzekerden we hebben voldoende massa omdat goed in te kopen. Plus voor elke verzekerde die je hebt moet je meer vermogen aanhouden. En hoe meer vermogen je aan moet houden hoe lager je solvabiliteitsratio's en hoe minder vermogen je terug kan geven. En juist nu als je die premietransparantie ziet; de grootste premieverschillen komen doordat er vermogen terug wordt gegeven. Hoe meer verzekerden je hebt hoe minder vermogen je hebt hoe minder je

terug kunt geven. Waardoor die in je premie volgend jaar weer duurder uit komt omdat je minder vermogen hebt om terug te geven. En je moet meer vermogen aanhouden omdat je meer klanten hebt. Dus er zitten heel veel rare prikkels in waarom je überhaupt helemaal niet zou willen groeien als zorgverzekering. Wat je wel zou willen is je rol in die betaalbaarheid pakken. Dus als wij nu harder sturen op zorg inkopen omdat zo te zeggen en daarmee wat klanten verliezen, kan dat dus heel rendabel zijn omdat je daarmee zorgkosten weet te verlagen, je daarmee misschien wat klanten mee verliest maar je vermogen hou je wel dus je solvabiliteitsratio gaat omhoog. Dus financieel kom je er gezonder voor te staan. Je pakt een duurzamer inkoopresultaat, wel voor minder klanten, maar je hebt wel je rol gepakt in het zorgverzekeringsstelsel; het betaalbaar houden van kwalitatief goede zorg. (Dus dan kijk je als eerst naar je verantwoordelijkheid als zorgverzekeraar). Het rare is dat wanneer je meer een bedrijf wordt, is groei en omzetverhoging altijd logisch, maar niet bij een zorgverzekeraar. (Ik heb de cijfers hier van <HEALTHCARE INSURANCE C>; dit is de premieopbouw van 2015. Helpt dit klanten?). Wat ik straks aangaf; waarom zou een klant dit willen weten? Wat wel relevant is als klant om te weten, wat handig is in de beeldvorming, dat is de euromunt; is dat 96% van onze premie opgaat naar zorgkosten. Dus de perceptie dat hier bestuurders zittend die veel geld verdienen, ja er verdienen er een paar veel geld, maar dat valt in verhouding allemaal nog wel weer mee. Maar dat is minder dan 2% van onze kosten. 96% gaat om zorgkosten. 50% van als onze kosten is MSZ-ziekenhuiszorg. Daarom hebben wij op ziekenhuizen relatief weinig gecontracteerd. Omdat je met elkaar tot een goede deal wilt komen voor die klant. Want daar zit echt

het verschil naar de toekomst toe. Niet in je beheerskosten. Want dat gaat om een paar procent. De besteding van de premiegelden is uiteindelijk voor de klant het meest belangrijker. (Waar komen deze cijfers vandaan? Marketing? Finance?). Marketing zal nooit die cijfers aanleveren, bij ons gebeurt dat via divisie control commercie. Dat zijn degene die de premie-calculatieproces helemaal begeleiden, die maken die premiestaartjes en die verdeling hiervan. Wat ik al aangaf, voor mij zijn wij hier oprecht in, in het goed toedelen van de kosten, maar er zit geen accountsverklaring en dergelijke op. Dus als je het zomaar allemaal met elkaar vergelijkt, is het de vraag of je er een goede vergelijking kunt maken als klant. (Maar daar is het wel voor bedoeld). Ja, daar is het wel voor bedoeld. (En wanneer we kijken naar de zorginkoop en verevening, dit kan positief of negatief zijn; maakt dat dan ook dat je meer of minder uit je eigen vermogen haalt?). Ja, je hebt de rekenpremie vanuit VWS die 1196,-, daar begin je allemaal met elkaar met rekenen. Dan heb je op en afslagen. Hoe meer afslagen je hebt hoe lager je premie, hoe beter voor je klant. Dat is het hele principe. Wij kunnen gelukkig vanuit inkoop en resultaat dit jaar nog meer een afslag doen. Of dat nu nou is omdat wij veel verevening overhouden of dat wij heel goed inkopen dat haal je daar niet uit. Maar het is voor de klant wel gunstig dat weer wat af gaat. Dan gaat er dus nog een stuk vanuit vermogen af, verzekeraars geven steeds meer geld terug. Maar op een gegevenheid zit je met solvabiliteit op bepaalde normen aan vermogen, dan je gewoon aan met houden. Dus dan valt er niet meer met elkaar zoveel terug te geven. Dan gaat het erom wie er het beste de zorginkoop onder controle heeft. Want die kan dan de scherpste premie bieden. Wij hebben relatief weinig vermogen, daarom geven wij ook

relatief er weinig in terug. <NAME REMOVED> geeft bijvoorbeeld heel veel vermogen terug, groeit nu ook in klanten dus je moet ook meer vermogen aanhouden. Het zou maar zo kunnen zijn dat je over drie/vier jaar zegt; joh <NAME REMOVED> kan helemaal niet meer dat vermogen teruggeven, wij ook niet. Maar wij kopen wel dermate gunstig in voor onze verzekerden dat wij wel een aanzienlijk betere premiepositie hebben. (Wanneer we kijken naar de overige kosten. Op de website van <HEALTHCARE INSURANCE C> staat dat dit onder andere te maken heeft met de collectiviteitskorting?). In others zitten gewoon je hele bedrijfskosten. Dus dat is het pand waar we in zitten, dan zijn personele kosten, en een stuk provisie kosten, je marketingkosten, daar zit alles in wat niet zorginkoop is. (Wat heeft dat dan te maken met collectiviteitskorting). Staat dat er echt zo in? Ik denk kosten ten aanzien van collectiviteitskorting. Je hebt een heel indirecte markt. Bijvoorbeeld als je via een vergelijkjer afsluit, kun je even zien als een collectiviteit, betalen wij Independer voor het gemak €45,- euro. Dat zijn kosten die wij maken, uitvoeringskosten, meer verkoopkosten, wat geen inkoopkosten zijn, maar dat zijn beheerskosten. Dus wij geven per verzekerde al bij bijna €100,-, dus even één maand, geef je eigenlijk om ons het werk te doen. Dat de klant trouwens niet weet dat de helft van de zorg nog gefinancierd wordt gefinancierd door vereveningen en via zijn salaris al loopt, dat is even een ander verhaald. Dit is een stukje, minder dan de helft van de zorgkosten die in Nederland betaald wordt. (Dus het is waar dat wanneer je niet bij <HEALTHCARE INSURANCE C> collectief verzekerd bent dat je daarvoor dan betaald). Daar zitten dan alsnog onze uitvoeringskosten, je zorginkoopapparaat, dat geldt voor alle verzekerden. Sommige portefeuilles zijn

gewoon duurder omdat daar bijvoorbeeld provisie op zit, of wat voor dingen dan ook. Maar dat ga je niet zien als klant. (Dus het is eigenlijk maar een heel klein gedeelte). Precies, die post met wel zo laat mogelijk zijn, want hoe lager je de uitvoeringskosten hebt hoe lager je de premie kan doen. Premie is de belangrijkste reden voor klanten om te wisselen. Een te hoge premie is een heel belangrijke reden om heel negatief te zijn over je merk. Wat we niet willen in principe, is dat klanten ontevreden over je spreken. Je wilt wel die promoters hebben; mensen die positief over je spreken. We weten ook dat premie, wanneer je een heel gunstige premie hebt, dat dat niet mensen heel blij maakt. Een slechte premie maakt mensen vooral niet blij. Waar je mensen wel blij mee kan maken is door dienstverlening heel klantgericht te doen. Dus als iemand denkt 'shit ik zit met dit probleem', en je weet het op te lossen. Bijvoorbeeld het zorgadvies, als dat helemaal goed is dan maak je mensen heel blij. Als je denkt 'declaratie indienen, hoe moet dat?' en je hebt daar een app voor, het is zo gebeurt en je hebt snel je geld, dan denk je 'wow dat is gaaf!'. Dan zorg je voor de tevreden klanten die over jou spreken naar de rest toe. En dan zijn de marketing-euro's niet de commercial op tv maar het is het die tevreden klant die gebruik heeft gemaakt van een servicedienst van jou en daar positief over spreekt. En dat heeft gedeeld op wat voor social media. Dan ben je aan de gang met de klant van de toekomst, daar zit de kracht in. (Want <HEALTHCARE INSURANCE C> zit redelijk hoog toch, met de premie?) Vorig jaar waren we relatief duur, dit jaar hebben we een zogenoemde top-drie premie positie. Want we kijken vooral naar <NAME REMOVED>, <NAME REMOVED> en <NAME REMOVED>. De grote vier, om het zo te zeggen. En nu staan wij op de derde plek met €107,95 net als

vorig jaar. Dat heeft van alles te maken als je die cijfers naast elkaar zet hoeveel vermogen je per jaar teruggeeft. Hoeveel je terug geef is ook een inschatting van hoeveel geld heeft de ander, en hoeveel gaan ze inzetten. En we zetten allemaal met elkaar de premie vast vlak voor 19 november, dan gooi je de kaarten met elkaar op tafel, en kijken hoe het uitpakt. (Hoe zit dat met <NAME REMOVED> en hun premie terwijl ze wel altijd de eerste zijn). <NAME REMOVED> heeft helemaal geen inkoopapparaat. Die hebben dus maar een relatief klein kantoor, die hebben relatief veel vermogen, die hebben ook maar één merk en één product. Super overzichtelijk, super transparant. Wij moeten al die premie-vaststellingsprocedure doen met stichting <NAME REMOVED>, met <NAME REMOVED>, met <NAME REMOVED>, je moet zoveel partijen af waardoor het in de afstemming veel complexer wordt. Plus we hebben meerdere producten. Dus als je de laatste veranderingen vanuit Prinsjesdag mee wilt nemen moet je dat niet voor één product doen maar we hebben al 18

verschillende basisverzekeringen. Dus voordat je al je effecten bij elkaar hebt en bij al die partijen die er wat over mogen zeggen hebben afgestemd, zijn wij sowieso al een hele poos verder. <NAME REMOVED> kunnen dat veel sneller doen, omdat ze simpeler zijn georganiseerd. Iedereen weet dat je voor de 19^e je premie bekend moet maken. Als je dat te vroeg doet zoals wij vorig jaar eigenlijk heel vroeg waren, kan iemand anders die nog niet heeft vastgesteld hem dan net iets scherper vaststellen om er net onder te duiden. Dan is het nog maar de vraag of je verzekerden wil winnen of niet. Ik denk dat steeds meer verzekeraars bewust afscheid nemen van verzekerden of minder aantrekkelijk willen zijn. Maar het heeft alles te maken met hoe je in het nieuws komt. Hoe je reputatie en dergelijke eruitziet. Als jij de duurste bent van de grootste vier. Dan ben je per saldo eigenlijk al degene die het niet goed heeft gedaan. Als je naar alle onderliggende cijfers kijkt en meerjaars, kun je daar een beter beeld bij vormen. Maar waarom zou een klant dat doen?

INTERVIEW-D

ADVISEUR MARKETING

Doelgroep: Werkgeverscollectief of een ledenorganisatie/belangenorganisatie.

Marktaandeel: Klein, (240.000 verzekerden).

Focus zorgverzekering: Breed (zorg en schade verzekeringen, ook financiële diensten).

Hoe het werkt bij <HEALTHCARE INSURANCE D>: wij zijn een van de weinige assurantie volmachten op het zorgverzekerings-gebied. Er zijn allemaal verzekeraars en er zijn maar drie volmachten volgens mij. Je hebt <NAME REMOVED>, je hebt <NAME REMOVED> en je hebt <HEALTHCARE INSURANCE D>. Dat betekent als je een volmacht bent, dat je niet alleen als intermediair zijnde een verzekering mag adviseren aan een klant en mag bemiddelen in die verzekering. Dus; 'joh, <NAME REMOVED> komt bij jou als beste uit de bus, want die sluit gewoon beter aan bij jouw zorgbehoeften en als <NAME REMOVED> het beste uit de bus komt dan kan ik die met korting voor je afsluiten'. Dat is adviseren; '<NAME REMOVED> is de beste', en bemiddelen; 'ik breng je onder bij <NAME REMOVED> met korting'. Nee, wij gaan verder; wij mogen dat in volmacht uitvoeren. Dat betekent dat bij <NAME REMOVED>, <NAME REMOVED> en <NAME REMOVED>, we hebben drie volmachten, een verzekering zelf mogen ontwikkelen, en de aanvullende pakketten van een premie mogen voorzien, en die mogen aanbieden. We voeren dan ook alles uit van A tot en met Z. Dus wij brengen een polisblad uit, wij hebben een app, wij hebben een digitale omgeving, wij verwerken de declaraties, wij

hebben een klantenservice, noem maar op, ook een klachtenafdeling. Coulancregeling, al die dingen. Eigenlijk alle eisen die voor een verzekeraar normaliter gelden voor de uitvoering gelden ook voor ons. Alleen hebben wij niet al die solvabiliteits-eisen die een verzekeraar heeft omdat de verzekeraar de risicodragers is. Zij hebben de spreekwoordelijke, nou ja letterlijke, "zakken met geld" zij bepalen uiteindelijk ook of zij die schade echt aan willen gaan dus voor ieder collectief dat zij startten geeft <NAME REMOVED> of <NAME REMOVED> goedkeuring; 'ja, dat is goed, en jij mag deze en deze kortingspercentages aanbieden'. 'Dit percentage op de basis, dit percentage op de aanvullende verzekeringen. En uiteindelijk wordt dat op een rekening, maandelijks lopende rekeningen worden de dingen gewoon verrekend. Dus wij innen de premie, betalen de declaraties uit. En dat verrekenen wij achteraf allemaal met <NAME REMOVED> en in ruil daarvoor, omdat wij dat allemaal doen, die uitvoering voor ze, en de marketing uitvoeren en noem maar op, krijgen wij twee inkomstenbronnen van hen. En die inkomstenbronnen die zijn dus te verdelen één naar de uitvoering: dat noemen ze een tekencommissie. En daarvan betalen we eigenlijk dit hele bedrijf min of meer, iedereen die hier zit. En we krijgen een provisie, en die provisie is voor het advies, laten we zeggen het intermediair, eigenlijk de traditionele rol. (Dus de premie opbouw van <HEALTHCARE INSURANCE D> komt van <NAME REMOVED> vandaan?). Ja. Dus wij hebben geen eigen basisverzekering, die moet echt wettelijk ingeschreven zijn, en daar geleden heel veel regels voor. Wij gebruiken dus de basisverzekering van de risicodragers, van <NAME REMOVED> of van <NAME REMOVED> of van

<NAME REMOVED>, en wij ontwikkelen onze eigen aanvullende pakketten. Of wij bieden de pakketten van de maatschappij aan, van <NAME REMOVED>, maar voeren die dan in volmacht uit, dus we voeren ze zelf uit. (En de premie die <NAME HEALTHCARE INSURANCE D> zelf aanbiedt, waar valt die onder?) Afhankelijk van de risicodrager. Dus dat is de basispremie van <NAME REMOVED>, met de basisvoorwaarden van <NAME REMOVED>, dat is de zorginkoop van <NAME REMOVED>. Zij doen die contractering, zijn doen die onderhandelingen, zij stellen de basispolis op. Wij labelen hem om. Dus overall waar <NAME REMOVED> staat vervangen we door <HEALTHCARE INSURANCE D> zeg maar. Dus we voegen onze telefoonnummers toe, onze emailadressen, maar de rest is eigenlijk allemaal hetzelfde. De premie is dus hetzelfde. <NAME REMOVED> geeft dan aan per collectief; 'hier mag je zoveel procent korting op geven'. En de percentage op de basisverzekering mag nooit meer zijn dan de wettelijk vastgestelde maximum van 10%. En Aegon is ons moederbedrijf. Wij horen tot de <NAME REMOVED>, <NAME REMOVED>, daar zit <NAME REMOVED> in, daar zit <NAME REMOVED> in, en <HEALTHCARE INSURANCE D>. En die <NAME REMOVED> die is ooit overgekocht door <NAME REMOVED>. Dus <NAME REMOVED> is onze moedermaatschappij, en <NAME REMOVED> is in principe de risicodrager die ons een volmacht verleent. Dus als we ooit zouden stoppen met die volmachten dan zouden we zelf geen verzekering meer uitvoeren. En dat betekent dat wij in principe alleen maar die rol kunnen nemen als zijnde adviserende bemiddelaar, denk een beetje aan de hypotheeker. Dus je gaat naar de hypotheeker toe en die zegt; 'nou bij de Rabobank ben je het goedkoopste uit'. En via de hypotheeker kun je die dan aanvragen. Dat is een beetje dan onze rol die

we dan nog overhouden. (Dat geldt dus voor alle soorten verzekeringen die <HEALTHCARE INSURANCE D> aanbiedt). Nou we hebben daar dus een splitsing in. We hebben een deel wat wij alleen kunnen adviseren en bemiddelen, dat zijn verzekering van <NAME REMOVED>, <NAME REMOVED>, <NAME REMOVED>, <NAME REMOVED>, noem maar op. Die kunnen wij alleen maar adviseren en bemiddelen dus wij hebben daar een kortingsregeling op met die partij, en wij kunnen jou daar onderbrengen. Wij voeren dan niks uit. Wij krijgen ook heel weinig informatie van die verzekeraar; that's it. Óf je verzekert je daadwerkelijk bij <HEALTHCARE INSURANCE D>, en dan worden wij min of meer door de klant geversifieerd als verzekeraar. Omdat wij ook alles doen. Het is ook voor onze klant soms een lastige constructie, maar veel mensen weten wel dat ze bij <HEALTHCARE INSURANCE D>/<NAME REMOVED> zitten.

(Begrippen omschrijving, akkoord?). Dat customer centricity; het ligt er maar net aan welke invulling je daaraan geeft. "Is de relatie met de klant versterken, en een verbetering van de dienstverlening" ik denk niet dat dat het ultieme doel is. Ik denk als je het hebt over het doel van customer centricity, wat wil je daar uiteindelijk daadwerkelijk mee bewerkstellingen, is dat het versterken van je relatie? Ja in algemene zin wellicht wel. Ik denk dat je uiteindelijk, zou moeten zeggen dat je dé partij bent die de klant het beste kent van alle verzekeraars, ik noem maar iets. Of dat jij een verstandhouding wil creëren waarbij de klant jou niet zozeer ziet als een bedrijf dat winst nastreeft, maar meer als een bedrijf, als een soort van vriend terecht kan. Om daar informatie te verzamelen die hij kan gebruiken in een besluit wat hij ofwel bij jou

neerlegt ofwel bij een ander. Kijk en dat is customer centricity, dat zou je dus kunnen uitleggen als zijnde; ja, streef je je eigen product na, of bied je misschien veel zuiverder advies. Want als je écht die klant centraal stelt, écht zijn behoefte dan kom je misschien ooit tot de conclusie dat datgene wat jij aanbiedt niet het beste is voor de klant. Want als jij echt de klant centraal stelt, en dat als doel hebt, dan moet je misschien soms zeggen 'dan kun je je beter niet bij ons verzekeren' als <NAME REMOVED> zijnde. Dan kan je je beter bij <NAME REMOVED> verzekeren. En ja, het verbeteren van de dienstverlening ligt dan helemaal niet meer in het verlengde. Ja, dienstverlening in de zin van; 'ik adviseer je om naar de concurrent te gaan'. (Maar past een dergelijke gedachte dan nog in de markt die er nu is). Ja uiteraard, uiteraard past die er heel goed bij, maar daar komen we zo dadelijk denk ik nog wel op. Maar de vraag is dus of dat je doel is met customer centricity, want dit vind ik iets te, dit zou gewoon kunnen zeggen 'uitstekende service'. Wat is uitstekende service? Ja, het versterken van de relatie met de klant en verbetering van de dienstverlening. En transparantie, ja ook hier ga je ervan uit dat het doel is van transparantie om een vergelijking te maken tussen partijen. En transparantie kan heel veel verschillende doelen hebben. Ik zie transparantie in relatie tot customer centricity dan ook veel meer op een functioneel doel, waarbij je dus de klant helpt om een keuze te maken. En om inzicht te geven in hoe die zich moet verzekeren, je helpt hem proactief door mee te denken met zijn verzekering, te alarmeren over de status ergens van. Een concreet voorbeeld, transparantie is: als ik nu weet dan jij vanuit de afgelopen drie jaar van jouw declaratiegedrag dat jij altijd naar een fysiotherapeut gaat die bij jou 4 km weg zit, die jou €45,- per behandeling kost. Terwijl

ik weet dat er een fysiotherapeut is die 2 km, dus dichterbij, beter wordt gewaardeerd door andere klanten van ons, en uiteindelijk maar €30,- kost, dan bespaar je €15,- per behandeling. Kun je veel langer doen met de vergoeding die je krijgt, want je krijgt een bedrag. Nou bij jou is een bedrag eerder op dan bij mij bijvoorbeeld met die €30,-. Dus die transparantie kan je helpen om uiteindelijk meer profijt te halen uit je verzekering. Misschien wel bij een betere partij te zitten dan waarbij je gewend was, die ook nog eens dichterbij is. Dus dat is echt een functioneel doel. En ja, dan gaat het helemaal niet om het vergelijken tussen verschillende zorgverzekeringen. Het gaat er om dat de klant centraal staat. Dat jij meer haalt uit de dienstverlening, en/of een product of service die ik jou lever. (Dus dan staat transparantie in dienst van customer centricity). Ja, customer centricity is jouw leidraad en daaromheen ontwikkel jij allemaal producten maar vooral services. Ik denk dat de klant tegenwoordig veel meer zit te wachten op services en niet meer op hét product, het product wordt bijzaak. En transparantie is één van de belangrijkste drijfveren die je moet hebben, in acht moet houden, bij de ontwikkelingen die je doet.

(Wat zijn de belangrijkste kenmerken van customer centricity?). Ik kijk veel naar begrippen, omdat jij zelf ook een wetenschappelijke opleiding doet heb jij iets aan begrippen denk ik. Dus ik heb opgeschreven dat je moet kijken naar: *trust*, vertrouwen; *reciprociteit*, wederkerigheid, is heel erg belangrijk; *commitment* is een hele belangrijke. En uiteindelijk zijn er nog dingen die belangrijk zijn in het kader van pro activiteit en informatie verschaffen. Zal ik dat nog even toelichten verder. Waarom ik dat vind? (Ja graag). Vertrouwen is denk ik heel belangrijk als je de klant centraal stelt, waarschijnlijk ga je hem helpen als je dat doet. En

zoek je allerlei producten of oplossingen alleen die klant moet jouw advies, want al snel ga je verzanden in advies denk ik, moet dat willen aannemen. Dus een vertrouwensrelatie wordt steeds belangrijker denk ik. Het vertrouwen is in de afgelopen jaren ok flink geschaad. En daardoor ziet die klant jou niet meer als een betrouwbare partner, of als een partij waarbij hij heel graag zijn verzekeringen wil onderbrengen. Dus als je dat vertrouwen wilt hebben je denk ik een heel belangrijke stap om die klant centraal te stellen en met hem aan de slag te gaan. Dat aan de slag gaan doe je zelf proactief. Dus je wacht niet tot de klant een signaal geeft, want dan ben je vaak te laat. Of die klant is er helemaal niet mee bezig, die weet van heel veel zaken niks af. En op het moment dat die een signaal geeft is er waarschijnlijk iets aan de hand. Een voorbeeld wat ik ben tegengekomen in mijn gesprekken met klanten is een autoverzekering. Als je altijd gewend was een allriskverzekering te hebben, dan was jij gedekt voor juridische kosten of het verhalen van de schade bij de tegenpartij. Dat deden wij allemaal voor je, dus als een tegenpartij jou aanreed, dan was je daarvoor verzekerd. Alleen bij allrisk dan zorgden wij dat het niet van jouw tredes zeg maar afgang, maar dat wij die kosten die wij uiteindelijk moesten maken voor jou, dat we die verhaalden bij de tegenpartij. Wat gebeurt er? Je auto wordt ouder. Stel acht, tien jaar oud. En je hebt eigenlijk geen allriskdekking meer nodig, veel mensen zetten hem dan ineens terug naar WA, de laagste stap, zonder te weten dat die verhaalschade, het verhalen bij de tegenpartij, ineens niet meer door ons gedaan wordt, dat doen we alleen maar als jij een rechtsbijstand verkeer verzekering hebt bij ons. En anders moet je het zelf doen. En die mensen kwamen dus ineens thuis van een koude kermis. Die hadden dus schade en waren gewend dat

<HEALTHCARE INSURANCE D> dat allemaal perfect deed. En ineens deden we dat niet meer en moesten ze zelf allemaal formuliertjes gaan invullen, naar die andere verzekeren opsturen etc. Dus dat proactief handelen, weten dat iemand een WA-verzekering heeft maar geen rechtsbijstand verkeer, dat is heel erg belangrijk om die klanten uiteindelijk te adviseren over bijvoorbeeld dit hiaat in een verzekering, van: 'wist u dat...?' en: 'u was deze service gewend, maar die leveren we niet in deze vorm nu zoals u nu verzekerd bent. Dus is het misschien niet handig om een rechtsbijstand verkeer verzekering af te sluiten' of: 'wees u ervan bewust dat...'. Op die manier kun je dus informatie verschaffen, ben je proactief bezig, wek je een soort van vertrouwen. En ik denk dat je uiteindelijk op die manier een stukje commitment laat zien aan een klant, en die klant zal dat misschien wel terug gaan laten zien naar jou toe. En reciprociteit is belangrijk denk ik omdat je, je kan altijd maar aan een klant vragen van 'joh, sluit dit ook nog even bij ons af, en dat en dat en dat' totdat die klant op een gegeven moment denkt; 'ja, het moet allemaal wel vanuit één kant komen. Ok, jullie zijn aardig en geven mij heel veel informatie maar...'. Een voorbeeld is: adviseer je ook in je eigen nadeel. Stel je bent jong, en we zien dat jij een brillendekking op je pakket hebt staan, op je zorgverzekering, maar je gebruikt hem niet. Of, in ons geval bij <HEALTHCARE INSURANCE D> kun je sparen, je spaart een bedrag en dat is ieder jaar €100,- met een maximum van €300,-. Na drie jaar heb jij €300,- gespaard, ja dan is het natuurlijk fantastisch voor ons dat we jou daar niet over melden, dat jij die €300,- hebt, die laten we gewoon lekker zo staan en ieder jaar dat jij dat niet in de gaten hebt betaald jij wel de premie maar je gebruikt hem niet. Dat is een beetje het verzekeringsidee zoals met een tandarts enzo. Het

zou natuurlijk mooi zijn, jij verwacht natuurlijk van ons, vanuit die commitment en die klant centraal, een signaal van; 'joh, mijn brillendekking staat al zoveel jaar op maximaal, had mij een signaaltje gegeven dat ik een nieuwe bril kon gaan halen!' of: 'dat ik, als ik daar geen behoefte aan had want ik heb mijn ogen laten laseren of ik noem maar iets, dat ik die dekking uit kon zetten'. Kijk dat is wederkerigheid: we moeten je informeren als je een verzekering nodig hebt, maar we moeten je ook adviseren als je over-verzekerd bent. En dan creëer je vertrouwen, en dan zet je echt pas je klant centraal. Heel veel verzekeraars zijn daar nog niet aan toe. Met name de verzekeringen-branche omdat zij alleen maar vanuit risico-calculatie denken; risicomijdend gedrag. En wat je dus nu doet, als je dit zou gaan doen massaal, is jouw complete actuariële berekening overhoop halen. Dus wij weten helemaal niet wat het effect zou zijn als wij allemaal alle verzekerden die nu geen brillendekking nodig hebben, als ze die allemaal zouden zeggen 'joh, je bent ervoor verzekerd, je kun die eruit halen. Als u dat nou eens doet.' Dan hebben we opeens veel minder premie-inkomsten, en de schade die ze hebben die blijft, want iedereen die een bril had en die had hem nodig die declareert hem toch wel. Ofwel de premie die men voor een brillendekking moet betalen wordt vele malen hoger. Omdat ineens een miljoen mensen hem niet meer hebben bij wijze van, en die paar mensen die hem wel nodig hebben die betalen ineens de hoofdprijs. Ja, dat is een risico. En dat zullen ze niet snel aangaan. En zolang je dat niet kunt doen, zolang je dat niet bereid bent te doen zal je je klant niet centraal stellen. (En als je het dan hebt over het commitment wat je net noemde, gaat het dan vooral over het kennen van een individuele klant of gaat het vooral om weten wat veel voorkomende

situaties zijn, zoals je noemde met de autoverzekering). Nou je hebt twee vormen van commitment; je hebt actief commitment en je hebt passief commitment. En passief commitment vanuit een klant is als je een klant in een soort tang hebt. In een wurggreep. Want ja, hij kan eigenlijk niet weg, want als hij weggaat betaalt hij ergens anders een veel hogere premie. Dat is een vorm van "schijn-commitment". Actief commitment is iets wat je hebt gecreëerd bij een klant waardoor die klant graag bijvoorbeeld zijn informatie met je wil delen. Als jij zou delen met ons dat jij de ogen hebt laten laseren, dat is een vorm van commitment naar ons toe van; 'joh, ik deel informatie met jullie, ik ben betrokken met jullie, maar dan verwacht ik daar wel een advies over van terug'. Dan kunnen wij jou adviseren om die brillendekking te laten vallen. Dat is een heel simpel voorbeeld, maar zo zijn er heel veel voorbeelden te bedenken. Als je bijvoorbeeld aangeeft waar je naartoe op vakantie gaat, kunnen wij aangeven of je daar vaccinaties voor nodig hebt, waar je die het beste kan halen waar de dichtstbijzijnde arts in dat plaatsje zit die bijvoorbeeld de beste recensies krijgt, of gecontracteerd is, noem maar op. Telefoonnummers van de ambassade, we kunnen van alles doen om jou in ieder geval preventief zeg maar beste te voorzien. Op zorg- of reisverzekeringsgebied. Dus dat ik denk ik commitment. (Hoe zorg je dat klanten dat doen?). Vertrouwen. Vertrouwen is heel erg belangrijke, en die wederkerigheid. Dus mensen gaan die informatie niet geven, en die transparantie niet opzoeken als ze het idee hebben dat wij niet aan hun kant staan. Dus ja er moet een begin zijn. En meestal is de eerste stap laten zien dat je de klant wilt helpen. Dus wellicht een klein beetje inleveren, alvast wat services ontwikkelen die transparantie en

informatie leveren voor klant zodat die beter geïnformeerde beslissingen kan maken om vervolgens een stukje commitment te creëren. En dan gaat die klant dingen terug leveren. Een stap kan zijn dat je een uitgebreide “mijn-omgeving” maakt, en een compleet profiel kan samenstellen met wat hij wel en niet wil van jou. Dus tot hoever reikt jouw advies, hoeveel privacy wenst hij daarvoor op te geven, dus mag ik bijvoorbeeld bij jou de declaraties van afgelopen drie jaar gaan doorspitten, mag ik jou daar actief over informeren; wil je dat? Ja of nee. Nu is dat misschien nog een brug te ver, en volgend jaar denk je ‘nou weet je wat, nu ben ik er wel aan toe, ik geloof ze ik heb vertrouwen, dus nu zet ik m’n vinkje aan’. (Zullen mensen niet snel denken, zeker bij een bedrijf met meerdere verzekeringen, dat het gaat om het wat jullie ze nog meer kunnen aanbieden?). Ik denk dat juist bij een bedrijf dat heel veel verzekeringen aanbiedt dat juist wij als tussenpersoon dat wij een uitgelezen positie hebben om dat juist te gaan doen, omdat wij juist verder kunnen kijken dan die ene verzekeraar. Want hoe geloofwaardig is het dat <NAME REMOVED> zegt: ‘wij hebben gekeken naar je declaratiegedrag en je bent echt het beste uit bij het beter-pakket’. Hoe toevallig is het dat van alle verzekeringen in de hele markt dat juist gezien jouw declaratiegedrag het beter-pakket toevallig ook echt het beste is. Daarom is een tussenpersoon ook denk ik de juiste partij, omdat die misschien toch wel een provisie krijgt ongeacht waar hij jou adviseert. (Dus het ook makkelijker is het vertrouwen van de klant te krijgen). Ja, en wellicht dus ook makkelijker omdat wij heel veel verschillende verzekeringen kunnen aanbieden kunnen we zeggen ‘nou, weet je wat; je hebt een autoverzekering, allerlei andere verzekeringen’ Dus we hebben veel meer data van jou, we weten

bijvoorbeeld waar je werkt, vanuit de werkgever. We weten hoe je verzekerd bent, hoe je gezondheidsstatus is, of je gezinsleden hebt, waar je op vakantie gaat, wat voor auto je rijdt, hoeveel kilometer je maakt. We weten bijna alles van je, wat voor huis je woont, wat je inboedel is, wat de waarde is van je inboedel, noem maar op. Met die data kun je heel veel dingen doen. En als wij dan uiteindelijk merken van jou ja je hebt die ene verzekering niet nodig, dan zijn er nog zat andere verzekeringen waar wij misschien iets op kunnen verdienen, en daarom kunnen wij jou bijvoorbeeld een negatief advies geven van nou laat die reisverzekering maar vallen. En uiteindelijk zou je er zelfs naar toe kunnen dat je bijvoorbeeld niet meer betaald wordt per verzekering maar meer voor het advies dat we je geven, dus een soort van fee. Maar voordat we zover zijn moet je dat advies, en je toegevoegde waarde, het centraal stellen van de klant, moet je echt bewezen hebben, dat moet je echt tastbaar hebben gemaakt. Mensen moeten dat echt zien en begrijpen, en pas dan zullen ze zeggen; ‘weet je wat, ik ben bereid om <HEALTHCARE INSURANCE D> misschien wel €200,- per jaar te betalen’, sommige klanten betalen ons zelfs €400,- per jaar zonder dat ze dat weten, dat is allemaal verwerkt, verdisconteerd in de premie. Als je vraagt; ‘bent u bereid €400,- per jaar te gaan betalen?’ dan denkt die klant; ‘ja, dat ga ik niet doen, dat is hartstikke veel geld, dat kan toch ook via internet, maar als dat advies zo wezenlijk is, zo fundamenteel dat hij daar niet omheen kan, dat je hem zo goed kent, echt die klant centraal stelt, ja dan heb je echt een prachtig scenario voor de toekomst. (Is dat iets wat je zo ziet als een ideaalbeeld voor de toekomst vergeleken met de gewone verzekeringen?). Ja, ik zie dit wel echt als een richting voor ons. Het duurt nog wel een tijdje voordat we er zijn, maar ja. (Je

hebt natuurlijk al veel situaties beschreven). Ja, maar ik kan nog wel wat andere concrete voorbeelden. *“Kunt u een situatie beschrijven waarin <HEALTHCARE INSURANCE D> uitdrukkelijk customer centric was?”* Wij adviseren op dit moment bijvoorbeeld via de “mijn-omgeving” en via allerlei bannertjes en e-mailtjes mensen die jong zijn en een senior-zorgtopping hebben om die uit te zetten. Die kunnen specifiek een vergoeding voor senioren uitzetten. Andersom doen we het specifiek bij senioren om die aan te zetten. Dus de één adviseren we in ons eigen nadeel, en de andere verzekeringsgroep adviseren we in ons eigen voordeel. Nou ja, gooi het op een grote hoop en wij zijn er niet slechter van geworden en de klant is er beter van geworden. En wij hebben dus bijvoorbeeld, juist om dit mogelijk te maken, hebben wij drie/vier jaar geleden een verzekeringsnorm aangegaan, “<NAME REMOVED>” heet die, met allerlei toppings. Zie het als een softijsje, nog steeds een leuk voorbeeld: je hebt het bakje, de basisverzekering, en afhankelijk daarvan bepaal je dus hoeveel verzekering je wilt hebben: klein, middel of groot. Dat is dus het softijsje dat je erin doet, en uiteindelijk kun je daar dus allerlei toppings bij kiezen. Dus het is niet meer dan een verzekering die klein, middel of groot is, waar je zelf allerlei aanpassingen in doet. En die aanpassingen zijn hoeveel fysiotherapie je wilt, wil je het überhaupt wel of niet dus aan of uit, en dan heb je nog verschillende niveaus die je daarin kan kiezen, allerlei verschillende vergoedingshoogten, dat hebben we ook bij alternatieve zorg gedaan, we hebben het bij orthodontie gedaan. Daarnaast kun je zeggen ik wil wel of geen bril- of lenzendekking, ik wil wel of geen geboortezorg erin hebben, dus kraamzorg en anticonceptie. Of ouderenzorg, die zit er ook weer modulair in. Op die manier kun je dus

die zorgverzekering veel beter personaliseren, en wij jou dus ook veel beter adviseren. (Waarom is dat advies zo heel erg belangrijk, kunnen mensen dat inderdaad dan ook niet zelf dan?). Nee, in principe gaat verzekeren om onzekere voorvallen. Jij weet nu misschien nog niet dat jij straks, het is een voorbeeld he? Schrik niet, dat jij straks misschien fysiotherapie nodig hebt, of een tandarts-vergoeding want er gebeurt iets. Heel veel dingen zijn ook vanuit de statistiek te beredeneren. Dus met bepaalde leeftijden, beroepen of gezins-situaties kun je al nagaan dat men misschien een verhoogd risico heeft. De klant zelf heeft daar geen notie van, wij daarentegen hebben dat wel. Omdat wij op een holistische wijze over 240.000 klanten kunnen overzien, en op een gegeven moment ga je dan patronen zien. En die patronen kun je weer herleiden naar individuen. (Dus vooral het overzicht wat je wel hebt). Ja, wij hebben een overzicht, en wij kunnen je behoeden voor risico's waarvan je niet weet dat je ze hebt, en daarvoor verzeker je je. Hetzelfde geldt voor een tandartsverzekering. Heel veel mensen stoppen daarmee omdat ze denken; nou ik heb twee keer in het jaar een consult, dat kost mij €80,- in het jaar. Bij <HEALTHCARE INSURANCE D> kost me een nieuwe verzekering ongeveer €180,- dus ik betaal eigenlijk €100,- teveel dan dat ik nodig heb. Voorzie ik in het komende jaar grote kosten? Ik heb nog nooit een gaatje gehad, dus mijn antwoord is nee. Ik ga naar de tandarts in november, die denkt ook: nou het is allemaal goed, je hebt niks nodig. Nou prima, dan sluit ik wel geen tandarts af, geen tandarts-verzekering. Dat zijn geen onverwachte kosten, dat kun je heel calculerend gewoon aangeven, berekenen zeg maar. En daar is een adviesrol misschien ook helemaal niet nodig. Maar juist op die andere vlakken is dat wel nodig, en daar kun je een klant

echt helpen. Mensen willen er gewoon niet mee bezig zijn. En hebben we ook een voorbeeld waarbij we dat niet waren? Ja, een voorbeeld is: we hebben de <NAME REMOVED>, waar ik je net over heb verteld. En die boden we eigenlijk aan, aan iedereen. Dus ook aan mensen die hier uit de buurt kwamen en zich individueel bij ons verzekerden. Dus niet via een werkgever wat echt onze niche is, waar wij al onze focus op hebben. Dit jaar hebben we voor het eerst die mensen, die zich individueel hebben verzekerd, hebben we aangeschreven met een vervelende boodschap dat ze niet langer gebruik konden maken van die <NAME REMOVED> verzekering. Wat tot ergernis leidde bij de klant, en mensen wilden juist heel graag die verzekering hebben omdat ze gewend waren aan het modulair kiezen van hun eigen pakket. De reden waarom we dat hebben gedaan is omdat die specifieke groep individuen, een slechter schaderesultaat vertoonden dan de mensen die via hun werkgever verzekerd was. Dus zij consumeerden of declareerden meer zorg. Tot gevolg dat bij de werkgevers, de werknemers zeg maar, een hogere premie doorbelast kregen, iedereen zeg maar, omdat daar een groep “rotte appels” tussen zat, als ik het zo mag zeggen. Dus wat doet <HEALTHCARE INSURANCE D>, of wat besluit het management; weet je wat, die rotte appels ontzeggen wij die mooie zorgverzekeringen, die houden we alleen maar voor je mooie, goede gezonde mensen zeg maar. Laat ze maar stikken bij wijze van. De klant is daar niet tevreden over, en dat is een voorbeeld waarbij we juist niet klantgericht bezig waren, want het was niet in best interest van die klant om dit te doen. En dan zie je dus dat een verzekeringsbedrijf vaak wel echt over resultaat nadenkt. En nadenkt van welke klant heb ik nou wel graag en welke klant hebben we niet graag. Nou dat is uiteindelijk een

besluit maar dat zijn allemaal van die voorbeelden. Hetzelfde geldt voor: zou <NAME REMOVED> al haar klanten die geen gebruik maken van de tandarts bijvoorbeeld, maar wel een verzekering hebben. Zouden ze die een verzekering ontraden? Ja, dat doen ze niet. (Maar als je kijkt naar een groep verzekerden en de kosten die ze maken, is dat juist voor de basisverzekering dan niet juist oninteressant voor een zorgverzekeraar omdat door de zorgverevening daarin je hele groep gelijk is?). Nou weet ik daar inhoudelijk niet 100% alles van, maar dan nog lijkt het me interessanter dat zij, ook met zorgverevening, nog steeds een gezonde populatie binnen halen. Maar wellicht ook, dat geldt misschien voor de basisverzekering, maar al die mensen hebben wellicht aanvullende pakketten en daar is het wel allemaal van toepassing. Ik weet bijvoorbeeld met ons <NAME REMOVED> verzekeringen, die individuele verzekerden, afgelopen jaar hebben we heel veel mensen binnen gehaald die allemaal ADHD-medicijnen innamen. En die zijn allemaal op een belangen website, voor mensen die daar last van hebben, gewezen op <HEALTHCARE INSURANCE D> verzekering. Waarom? Omdat wij zo’n modulair pakket hebben. Dus ze zetten alles uit, behalve dat ene onderdeel zetten ze maximaal aan, krijgen daar een volledige vergoeding op bij wijze van, en wij zijn dus als enige partij, zonder medische selectie ongeveer, die dus die bijna weet ik voor duizend tot tweeduizend euro ADHD-medicatie vergoed. Ja, dan denk je aan verevening dat geldt zo, maar dan nog heb je al je aanvullende verzekeringen dan gaat opeens je premie schaderesultaat opeens hard onderuit, want die mensen consumeren meer dan duizend euro, betalen veel minder premie per jaar daarvoor. Een paar honderd euro ofzo voor de aanvullende verzekering, dat maak je nooit meer goed. Als je

zo'n hele groep binnenhaalt dan gaat jouw resultaat onderuit, en daar lijden dan uiteindelijk dan je medewerkers weer onder. (Zit daar dan nog een verschil in tussen bijvoorbeeld <NAME REMOVED> en <HEALTHCARE INSURANCE D>, aangezien <HEALTHCARE INSURANCE D> wel een winst nastrevend bedrijf is?). Nee, want uiteindelijk wil <NAME REMOVED> dat soort partijen ook niet hebben. Ok, soms hebben ze wel belangenorganisaties dus ja dat doen ze wel. Maar uiteindelijk willen zij die groep ook niet hebben want ook al is het een coöperatie en hebben ze geen winst oogmerk, zij hebben wel belang bij continuïteit. En continuïteit krijgen ze wanneer ze bijvoorbeeld een lage premie hebben, en een lage premie is toch weer gekoppeld aan het resultaat. Dus winst wil in principe zeggen dat ze niks in hun eigen zakken stoppen, maar hoewel ze willen nog steeds geld overhouden voor ontwikkeling en et cetera. Ze willen dan ook nog steeds de grootste partij zijn. Dus in principe mooi maar een goed resultaat is wel heel erg van belang. (Wat kan het klant centraal zijn het meeste in de weg staan in de uitvoering?). In de uitvoering? Dus niet in de zin van beleid? Want uiteindelijk maak je gewoon een besluit; 'durf ik het aan?'. Als risicopartij, om inderdaad zo'n klantadvies uit te brengen. Dat is natuurlijk één van de grootste bezwaren dat de bedrijven uiteindelijk toch een vorm van winst willen nastreven, of in ieder geval een resultaat willen nastreven. Tweede deel is data. Dus kunnen ze al die data ontsluiten en aan elkaar vast knopen? Zodat ze een goed advies en beeld hebben van die klant. Dat is heel erg belangrijk, heel veel bedrijven kampen met veel verschillende systemen, van oudsher zijn het samenklusteringen van allerlei partijen, dus een consolidatie is er gewoon gaande. Kijk maar naar <NAME REMOVED>, die opgaat in

<NAME REMOVED>. En zo zijn er nog wel meer opgegaan in andere grote merken. Nou dat betekent dat de complete database van <NAME REMOVED> geïntegreerd moet worden in die van <NAME REMOVED>. Ja, dat zijn misschien best wel wat systemen die samengeknoopt moeten worden, allerlei verschillende data die op andere wijze is gearhiveerd. Dus dat zie ik wel echt als een obstakel. (Is er voor <HEALTHCARE INSURANCE D> ook nog een tekort aan die informatie, aan de data?). Nou de data is er, alleen het probleem bij ons en bij alle andere partijen, waar we het ook bij *Expedite Marketing* (bezocht congres) over hebben gehad, is die data verbinden en op de juiste manier gaan gebruiken en terugvoeren naar de klant. (Dus uiteindelijk het klant-voordeel). Ja, echt dat het advies en die informatie terug leveren dat is nog heel lastig. Stel jij kijkt online, kijk je naar declareren, en je bent een zorgverzekerde van ons. Dan zouden wij dat kunnen zien dat jij dat hebt gedaan. Op hetzelfde moment zoek je op de website ook daadwerkelijk met een zoekwoord "declareren". Dus je kijkt niet alleen naar pagina's, je klikt ook ergens op en gebruikt zoekwoorden. Dus weet ik dat je heel actief bezig bent met declareren. Nou, stel dat ik nu ook nog eens weet vanuit mijn backoffice dat jij vorige week een declaratie hebt ingediend die ik deze week heb afgezegd. En inderdaad vandaag ben jij aan het oriënteren hoe dat in zijn werk zit. Vervolgend bel jij de klantenservice en ga je daar je hele verhaal doen. Ik heb vorige week een declaratie ingediend, ik heb deze week een afwijzing gehad, en op de website kan ik het allemaal niet vinden. Kortom een heel verhaal. Hoe hadden wij jou nou beter kunnen helpen? Door die data zeg maar. Is te weten van tevoren dat jij een declaratie hebt ingediend, bij de afwijzing kunnen wij veel duidelijker aangeven

waarom het is afgewezen en jou misschien helpen in de toekomst om tipt te geven hoe je die afwijzing kunt voorkomen, soms moet je namelijk terug naar je zorgverlener moet je daar een nota gaan ophalen. Als je alleen een rekening krijgt of weet ik veel, moet je naar een andere zorgverlener gaan die wel gecontracteerd was, of had je een ander pakket nodig. Wij hadden jouw proactief een email kunnen sturen met alle tips en trucs over declareren, en afwijzingen bijvoorbeeld, waar je het kan vinden en noem maar op. En op het moment dat jij de klantenservice belt, dus wij hadden al gezien op basis van jouw emailgedrag dat jij daar vragen over had, dus de onderwerpen waar je naar had gezocht hadden we kunnen samenvatten in een email en hadden we naar je kunnen sturen. En op het moment dat jij de klantenservice had gebeld hadden wij jou, bij wijze van, gelijk kunnen onderbreken en kunnen zeggen; 'waarschijnlijk bel je naar aanleiding van een declaratie en naar hetgeen je hebt gezocht online, we helpen je graag'. Ik noem maar iets. We hadden gelijk het antwoord al klaar kunnen hebben. Nou dat scheelt een hoop frustratie. (En dat is iets dat zou moeten komen?). Ja, dat zijn dingen waar verzekeraars nu nog me kampen, om al die data aan elkaar te verbinden. En om gelijk daarmee te kunnen handelen, maar dat zit er wel aan te komen. (Is dat dan een probleem nu van verzekeraars of een technologie die nog niet optimaal is?). Nee een probleem van bedrijven in het algemeen. Dat geldt niet alleen specifiek voor verzekeraars, maar dat is wel een issue. Dus je hebt een stukje mentaliteit, dat risicomijdend gedrag, het niet aandurven om in het voordeel van de klant te adviseren, omdat ze de risico's als extreem gevaarlijk inzien. En je hebt een stukje techniek dat gewoon nog niet altijd meewerkt. Dat zijn denk ik wel heel belangrijke dingen. (Kenmerken

transparantie voor <HEALTHCARE INSURANCE D>). Het hebben van grip. Is het voor ons of voor de klant? Voor de klant zou ik zeggen het hebben van grip op die verzekering, dat die weet waar die aan toe is, het begrijpen in welke fase van een proces de klant zich bevindt, dus je dient een declaratie in en je hoort maar niks. Ja, dan wil jij weten waarom dat is. En wanneer je iets kan verwachten. Je rijdt je auto in de prak bijvoorbeeld, en hoe zit het nu met die uitbetaling? Dat schadedossier? Dat zijn echt de grootste ergernissen van klanten, niet alleen bij ons maar ook bij anderen. En initieel het creëren van vertrouwen. Ik denk dat het een belangrijk kenmerk, of een gevolg is wat je kunt bewerkstellen door transparantie te leveren. (Ja, dus transparantie helpt het vertrouwen). Ja, het bouwen van vertrouwen. (Kun je daar voorbeelden van geven?). Een voorbeeld is dus nu dat <NAME REMOVED>, is zo transparant gemaakt dat wij dat wij diverse vergoedingen uit het pakket hebben gehaald en los te verzekeren erin hebben gestopt. Als toppings. Eén van die toppings is orthodontie voor kinderen. Heel veel ouders zeggen; ik heb geen kinderen meer, of ze hebben ze wel maar in ieder geval niet meer thuiswonend of op hun zorgpolis. Dus die vergoeding had ik er graag uitgehaald, alleen die kosten zijn zo groot dat alleen dat kleine groep het niet kan opbrengen om die kosten te dragen. Want dan krijg je dus een omslagpremie zeg maar, en dan moet men duizend euro per jaar gaan betalen voor orthodontie. Dat kan niet. Dat is niet meer verzekeren, dan kun je net zo goed een lening gaan afsluiten bij de bank en in termijnen gaan betalen. Dus eigenlijk hebben we daarmee geprobeerd te rekenen en blijkt het zo te zijn dat iedereen volgens het solidariteitsbeginsel een stukje moet bijdragen. Alleen mensen die zien het los staan op hun polis en denken 'het is voor mij niet van toepassing, puur

vanuit zelfbesef, ik wil het eraf hebben'. Daar hebben we al twee/drie jaar klachten over gekregen vanuit allerlei klanten, en op dit moment zeggen we; 'weet je wat? We stoppen ermee, we stoppen hem gewoon weer terug in het aanvullende pakket en hij is niet meer modulair te kiezen'. Ja, dus die transparantie geven we opeen weer op, die keuzemogelijkheid geven we opeen weer op, en we zeggen; 'helaas, we krijgen er te veel klachten over, dus we gooien hem gewoon weer voor iedereen verplicht erin, en ook verplicht voor één bepaalde hoogte'. Want voorheen hadden we dus drie opties, dan kon je de bijdrage zeg maar, die je leverde voor de hele populatie kon je dus verlagen. In zekere zin was dat heel mooi. Iedereen moest verplicht bijdrage, anders wat het niet meer te betalen voor dat kleine groepje, maar je kon wel besluiten, weet je wat, we betalen een kleiner deel. Maar ja, dat zien ze gewoon niet. Dat is een te lastig begrip. (Net al met de kraamzorg in het basispakket). Ja kraamzorg inderdaad, of in de aanvullende verzekeringen. Iedereen betaald mee, alle mannen betalen mee zodat alle vrouwen kraamzorg hebben. Het besluit is dus geweest om het weer te stoppen, dus daarin zijn we uiteindelijk niet meer transparant, en denken heel veel mensen; 'hèhè het is er eindelijk vanaf'. Maar het zit gewoon verstopt in hun pakket. Dus uiteindelijk zijn ze blij maar ze betalen er gewoon voor. (Stel je daar dan alle klanten van op de hoogte, via een email bijvoorbeeld?). Nee, het staat ergens verstopt in de wijzigingen. Iedere verzekeraar communiceert zijn wijzigingen in een tabel en in stukjes tekst. Veel dingen zijn daar gewoon in verstopt, die staan daar woon tussen en dit is er ook zo één. (Waarom? Is dat omdat er teveel dingen zijn en je niet overal je klanten van op de hoogte kan stellen?). Nee, omdat je weet dat mensen het daar niet mee eens zullen

zijn. Iedereen klaagde al dat ze ervoor moesten betalen, en er is geen andere oplossing, dus hebben we hem gewoon weer terug gestopt en verplicht gemaakt voor iedereen. Ja, en dan zien ze hem niet meer. Dus dan verwachten we dat mensen minder gaan klagen. Is niet klantgericht, en is ook niet transparant. (Maar als zorgverzekeraar is het je taak om het hele plaatje te overzien, want je weet dat individuele klanten dat niet zullen doen, en ook niet kunnen. Is dat dan ook een probleem waar verzekeraars mee kampen? Dat ze eigenlijk een verantwoordelijkheid hebben die daarin niet begrepen wordt?). Ja, zo mag je het misschien inderdaad we zeggen ja. Je hebt een verantwoordelijkheid die door de klant niet begrepen wordt. Dus customer centricity is luisteren naar de klant, en die klant wil iets van je, alleen de oplossing hebben wij nog niet kunnen vinden in een werkbare vorm. En je biedt een tussenvariant bij wijze van, je komt een klant tegemoet, ten dele, dus je laat een kleine bijdrage doen, en de klant die begrijpt dat niet. Die zegt; 'ik wil helemaal geen bijdrage doen'. 'Maar dat is niet mogelijk meneer of mevrouw, het is een solidair systeem, we dragen met z'n allen de lasten voor elkaar, soms zijn die lasten klein, en ze kunnen klein blijven als we met allen meebetalen'. Maar ja dat willen ze dan niet. (En staat dat dan...) transparantie in de weg, ja. Want nu zijn we ineens niet meer transparant eigenlijk, omdat we het dus verstopten en we bieden de klant ook niet meer de oplossing die die wilde dus het mobiliair verzekeren, ja en dan zijn we eigenlijk weer terug bij af. (Ik heb de cijfers van 2015. Voor de premieopbouw is een sjabloon opgesteld, daar wou ik ook nog even naar kijken). Ik had hem nog nooit gezien overigens. Ik denk ook niet dat enige klant hiermee geconfronteerd wordt. (Haha nee ik heb ook nog niet iemand tegenkomen

die wist van die premieopbouw. Maar dit is dus wel bedoeld voor klanten). Ja, maar ja, dit slaat nergens op. Dit wil een klant helemaal niet weten. (Wat wil een klant wel weten?). Een klant wil geïnformeerd worden en indien nodig geholpen worden als hij er zelf niet uitkomt om een goed financieel besluit te nemen. Hij wil dat vooral zelf nemen, dat hebben we ervaren. Dus je moet niet voor een klant gaan besluiten. Dus je moet hem de middelen geven om dat te kunnen overzien. Maar dit zijn niet de middelen die een klant heel graag wil. Een klant wil gewoon weten of hij een goede premie heeft, en of dat past bij zijn wensen. Ze zien het ook als een zorgplicht. Wij hebben ook een zorgplicht. Dus wij moeten volgens onze zorgplicht de klant informeren en adviseren. Als wij dat niet doen dan mag een klant ons verantwoordelijk stellen, voor eventuele schade die hij heeft geleden voortkomend uit. Nou eigenlijk moet je hier dus niet een klant mee gaan vermoeden. Moet je gewoon zeggen; 'wij als adviseur zijnde hebben gekeken, en er is een partij die goedkoper is en beter aan uw wensen voldoet. Dat is eigenlijk gewoon onze taak. Om dat te doen voor onze klant. Dat moet een klant dus niet zelf hoeven doen. (Maar waarom denk je dan dat minister schippers dit heeft besloten? 2015, het jaar van de transparantie, en dit is volgens haar zo belangrijk dat alle zorgverzekeraars het moeten publiceren). Nou maar wij hebben dit ook helemaal niet gepubliceerd, dit soort dingen. (Alle risicodragende verzekeraars). Ja. Kijk wat wij hebben gepubliceerd is de premiebijdrage in 2016. Dit soort dingen, zijn we wel verplicht geweest om te publiceren. Dus dan zeg je 'wat is je premie grondslag?'. Dat is dus zoveel bruto per maand, een verplicht eigen risico van zoveel en dit zijn de kortingen. Dit is hetgeen wat wij ineens verplicht waren om te publiceren, je premiegrondslag. En op

basis daarvan zou die klant dus zelf kunnen kijken 'nou ok, wie heeft nou de beste premie'. Als je dan kijkt op welke plek wij dat communiceren en hoe, dan is dat ergens onderaan de pagina bij particulieren/zorgverzekering/basisverzekering en dan scrol je helemaal naar beneden en dan staat daar in de derde tap: "hoe wordt de premie bepaald?" en "wat is je nominale premie?" en dan klik je op dit linkje en dan pas opent er zich dat ding. Ja, de meest klanten interesseert dat niet zo heel veel om dat overzichtje te zien. Het is meer iets van de NZa zeg maar die hierop controleert. (Weet je waar deze cijfers vandaan komen, is dit marketing? En was dit er altijd al?) Ik heb dit nog nooit gezien zo'n overzicht. Is het marketing? Nee, ik denk dat het een stukje finance is. Als het echt iets is wat breed naar de klant toe gaat en overal wordt uitgemeten, ja dan zal het misschien een stukje marketing kunnen zijn. In de zin van: een verzekeraar profileert zich doordat zij een rijke verzekeraar zijn of een arme. Een arme verzekeraar, <NAME REMOVED> volgens mij, staat op een gegeven moment met zijn rug tegen de muur. Vorig jaar (2015) had <NAME REMOVED> een extreem hoge premie, ze waren twaalf euro duurder dan de goedkoopste concurrent, en dat heeft ze heel veel verzekerden gekost, omdat heel veel mensen dat uiteindelijk merkten en over staptten. Nou dan kunnen ze twee dingen doen; ze kunnen zeggen; 'weet je wat voor komend jaar voor 2016...'. Ze moeten één keer per jaar gokken he? Over wat de nieuwe premie wordt en dan moeten ze een jaar lang op de blaren zitten zeg maar. Als ze dus verkeerd gokken hebben ze een te hoge premie en hebben ze weer uitstroom. Dus ze zijn er eigenlijk bij gebaad om zo lang mogelijk te wachten, en dat hebben ze dus ook gedaan, totdat <NAME REMOVED> bijvoorbeeld zijn premies bekend

maakten, <NAME REMOVED> en <NAME REMOVED>, en dan pas zeggen zij ook; en dit wordt onze premie. Zodat ze daar in ieder geval min of meer een beetje onder zitten of gelijk met. Ze kunnen ook de stoute schoenen aantrekken en een gokje wagen en zeggen: 'weet je wat, we verlagen onze premie flink, dan hebben ze te weinig inkomsten om de kosten te dekken, want ze stonden al met hun rug tegen de muur, het was al bijna gelijk. Maar doordat ze zo'n lage premie hebben zouden ze misschien veel klanten kunnen binnen halen waardoor ze uiteindelijk de kosten, vaste kosten, kunnen spreiden over meer mensen. En dus ook geen uitstroom hebben. Ja, dat is een risico, een gokje die je waagt. En een verzekeraar zoals <NAME REMOVED> die het heel luxe heeft, die veel financiële ruimte heeft die zal het een worst wezen. Die denkt: 'weet je wat ik kies gewoon weer voor een hele lage premie, en ik heb in ieder geval ruimte. Als het fout gaat dan gaat het fout, dan pas ik dat volgend jaar wel aan, als het goed gaat dan heb ik heel veel nieuwe verzekerden erbij en kan ik mijn vaste kosten spreiden over een groter deel. Dan pas wordt het marketing, als het op die manier wordt opgepakt. Als de klant dus gaat weten wie er rijk is en wie arm, en daarbij denkt: 'nou, ik zit liever bij een rijke partij want die kan nog weleens een deukje, een verlies lijden dus die zal z'n premie verder omlaag kunnen zetten een andere'. (Kun je hierdoor dan ook jezelf rijker doen lijken dan je bent door bijvoorbeeld meer uit het eigen vermogen zeggen te halen?). Tuurlijk, dat geldt altijd voor boekhouden en jaarverslagen. (Gebeurt dat ook denk je?). Ja, vast. (Grappig dat <NAME REMOVED> én de laagste premie heeft, én als eerste hun premie bekend maakt). Ja, dat is gewoon de <NAME REMOVED> -marketing truc. Dat doet <NAME REMOVED> aan de ene kant natuurlijk slim, door de

rest van het jaar hoeft hij bijna geen geld uit te geven aan marketing en reclame, zoals <NAME REMOVED> doet op tv. Hij zegt gewoon, ik zorg dat ik de eerste ben, en ik hou mijn premie heel erg laag. En daarmee pakt hij altijd het nieuwsmoment. Op heel veel verschillende manieren doet hij dat heel slim. En daardoor is dat gelijk zijn campagne, gewoon dat statement. (Maakt het voor een zorgverzekeraar uiteindelijk heel veel uit of je nu een <NAME REMOVED> bent of een <NAME REMOVED>; heel groot of heel klein? Aangezien grote verzekeraars ook meer kosten maken, en de grote prikkel van het winst nastreven niet bestaat?). Nou, tot op een paar jaar terug waren er nog perverse prikkels. Die zijn uiteindelijk min of meer verboden geworden. En een perverse prikkel is bijvoorbeeld een financiële prikkel van 'als je nu overstapt krijg je €75,-'. Waarom zou een <NAME REMOVED> en een <NAME REMOVED> dat hebben gedaan? Twee jaar geleden nog. Als het allemaal verevend wordt dan maakt dat niet uit. Toch willen ze het. Ik denk dat ze het in zekere zin toch mooi vinden als ze een groot bedrijf hebben, het is toch het bestaansrecht van hun hele firma, alle mensen die daar werken. Dus ze hebben ook een verantwoordelijkheid naar het personeel, en een verantwoordelijkheid naar alle verzekerden. Als zij overal maar bij denken 'nou, ja het maakt toch niet uit' dan krimpen we maar. Dan betekent dat dus eigenlijk dat jij in een bedrijfssituatie terecht komt, waar je opeens mensen moet gaan slaan omdat je teveel personeel hebt. Dat jij ineens andere panden moet gaan bezetten, innemen. Omdat jij te klein bent voor die ruimte. Dat betekend ook dat jij veel minder ruimte hebt om services te ontwikkelen. Want ja, je kosten stijgen wel, je vaste lasten zeg maar. Dus je kan je klanten uiteindelijk minder goed bedienen, dus voor je het weet zit je in een

neerwaartse spiraal. En heb je minder service, minder mensen omdat je mensen hebt moeten ontslaan, en heb je ook veel minder financiële ruimte voor innovatie. Dus is groter beter? Nee, niet perse, maar je moet wel zorgen dat je financieel gezond bent. <NAME REMOVED> is dat, en die geven dat aan dat ze op eerlijke wijzen allemaal doen. Ze geven een stukje premie terug als ze teveel hebben, en ja ze houden het bescheiden. (Zijn dat collectiviteitskortingen niet ook gewoon marketing trucs om klanten binnen te halen? Want om bepaalde groepen verzekeren gaat het je dan niet). Ja, nou sowieso heb je dit jaar, vorig jaar al, dat de gelegenhedscollectiviteiten, de leden collectiviteiten, dat ze daar vanaf zien. Dus <NAME REMOVED> is vorig jaar volgens mij gestopt met de postcode loterij, om daar collectiviteitskorting aan het leveren. En <NAME REMOVED> is volgens mij dit jaar gestopt met een collectiviteitskorting voor alle zestig duizend ING-leden, of nee, die hadden ze al verzekerd. Nog veel meer. Omdat uiteindelijk, vercollectiveerd die markt. En heeft iedereen een collectieve korting en als iedereen hem heeft kun je hem net zo goed afschaffen want dan ben je weer terug bij af. (Ja, als ik alleen al bij mezelf kijk kan ik al op drie manieren een collectiviteitskorting krijgen). Ja, het is een gewoontegood geworden. En daar willen ze juist vanaf. Ze willen weer naar preventie en naar actief gezondheidsmanagement. En dat kunnen ze het beste bewerkstelligen via de werkgever. (Ken jij die opbouw? En wat daar precies onder valt?). Nee, maar er staat wel een uitleg bij bijvoorbeeld de consumentenbond. (Ik vind de uitleg nog steeds best wel minimaal. Want als je

bijvoorbeeld kijkt bij de laatste; de overige kosten...). Oninbare premies. Dus bijvoorbeeld de jongeren die geen premies betalen. ...-LEEST... (Maar betekent dat dan dus wanneer ik bij <NAME REMOVED> verzekerd ben, en ik heb geen collectiviteitskorting, betaal ik dan dus voor een ander zijn korting? Dus ik betaal nu voor mijn eigen korting?). Dat zou kunnen ja. Ja, het zou best kunnen dat je dat doet. (Maar dat is best vreemd). Ja, dat klopt, maar daar heb je volgens mij al iets van gelezen of niet? (Ja). Ik wou net zeggen, want je vraagt iets wat ik ook heb gelezen vandaag. Hier er staat: *“Ook zitten alle collectiviteitskortingen in deze opslag verdisconteerd. De korting van uw buurman dus. Bij <NAME REMOVED> maakt vooral het label <NAME REMOVED> heel bont met deze post: per verzekerde een opslag van €158 per jaar. Dat is 12,4% van je premie! Het College voor Zorgverzekeringen heeft berekend dat het bedrage aan openstaande premies door wanbetalers elke maand met 20 miljoen toeneemt. De teller staat al op één miljard euro”*¹ zegt de consumentenbond. Ja, ik denk dat het meer iets is wat de verzekeraars onderling met de minister moeten afsluiten, waar ze uit moeten zien te komen hoe ze dat op een eerlijke manier willen doen en niet de klant mee moeten lastigvallen. Want om op basis hiervan te kijken bij welke verzekeraar je nu een kleiner aandeel betaald voor je buurman... (Ja, het is ook net wat je eerder al zei; volgens mij is er niemand die hiernaar kijkt. Misschien is het ook vooral om te laten zien dat er wel wat aan gedaan wordt). Ja, soms is dat zo inderdaad ja. Soms is dat de manier van de politiek, dan geven ze iets waar niemand op

¹ <http://www.consumentenbond.nl/zorgverzekering/eerste-indruk-premieopbouw-verzekeraars/>

zit te wachten maar dan is het afgevinkt zeg maar.
Kijk bij <NAME REMOVED> als iedereen collectief
verzekerd is en dan is die opslag dus heel hoog, bijna
iedereen die daar zit heeft ook collectieve korting.
Dus ze betalen eigenlijk min of meer voor elkaar.

Doelgroep: Kwaliteit aspecten, extra service, extra diensten gekoppeld aan de basisverzekering (vb. *Best doctors*; voor second opinion), gericht op mensen die meer willen betalen voor een betere kwaliteit. Zelfredzame klant, veel digitaal.

Marktaandeel: klein

Focus zorgverzekering: breed.

(-LEZEN BEGRIPPEN- ja?) Ja. (Ik richt me dus op de basispremie. Wat houdt klant centraal in? Kunt u kenmerken noemen?). Kenmerken van klant centraal. Af en toe zal ik het verschil maken tussen <HEALTHCARE INSURANCE E> en <NAME REMOVED>. Maar als we het over <HEALTHCARE INSURANCE E> in z'n algemeenheid hebben dan horen daarbij de labels zeg maar. Dan heb je daar zelf ook wat meer beeld bij. Uiteindelijk is klant centraal bij ons dat wij echt opzoek zijn naar wat de klant doormaakt als hij zich met verzekeren bezig gaat houden. We hebben de *customer journeys* die we als uitgangspunt nemen, in het team. En daar kijken we echt van wat is relevant voor de klant. Waar heeft hij behoefte aan op welk moment. En daarin proberen we tot waar mogelijk zeg maar voor ons op dit moment maar ook ten opzichte van privacy voor de klant, om daarin te personaliseren. Zodat die klant echte de dingen krijgt waar die op zit te wachten, en die voor hem ook relevant zijn. Dus relevantie vind ik een belangrijk kenmerk, gepersonaliseerd; op de klant toegespitste, op het juiste moment, geen overkill we zijn ook veel meer bezig met content marketing. Een paar jaar geleden hadden wij een compleet andere marketing-campagne dan nu. En daar zie je wel dat het veel

minder is van wij zenden, we proberen echt te kijken van wat vindt de klant interessant, wat houdt hem bezig en kunnen we daar meer duidelijkheid over geven, meer informatie, met alles op internet, met blogs, en social media heb je daar natuurlijk vanuit klant reacties vrij snel een beeld van vinden ze dit interessant of juist niet? Soms komen daar best wel verrassende dingen duit die je van tevoren niet had gezien en kun je daar weer op anticiperen en doorgaan. (Dus een stuk feedback van klanten?). Ja. (En je zei *customer journey*, is dat hetzelfde als *customer lifecycle*?). Dat zijn wel twee verschillende dingen. De *customer journey* is, letterlijk vertaald, de klantenreis die hij doormaakt als die van oriënteren tot een product sluiten en ook daarna; het declareren van kosten, van hoe ervaart hij dat? En dat is wel iets anders. Voor mij gevoel is dat klant centricity ook de combinatie van die twee. Waar dat samenkomt zeg maar, samen met de relevante klantwaarde die we als uitgangspunt ook hebben, waar dat samenkomt is voor mij customer centricity. Dus het heeft allemaal wel raakvlakken met elkaar. (Kun je voorbeelden noemen van hoe je met de feedback van klanten daar producten/services op aanpast?). Dat gaat op verschillende manieren. Wij hebben bijvoorbeeld in z'n algemeenheid klantonderzoeken die wij doen. Op het moment dat we productonderdelen of campagne-propositie die toeten we ook bij klanten. We hebben voor OHRA nu, voor <HEALTHCARE INSURANCE E> zijn we daar nu mee bezig, maar voor <NAME REMOVED> hebben we al een paar jaar een klantpanel. Dat zijn klanten, die wisselen ook elke keer, maar dat is een groep klanten die heeft aangegeven "wij zijn bereid mee te denken met jullie op welk gebied dan ook". Dus daar kunnen we in de vorm van een online onderzoek of echt een onderzoek ergens op een locatie waar die groep mensen samenkomen, en je

echt groepsdiscussie hebt, of één op één. Dat zijn dingen die we doen om die feedback van de klant te krijgen. Maar je ziet nu natuurlijk ook, we hebben sinds een paar maanden voor <NAME REMOVED> een community online, dus je ziet dat klanten die geven elkaar heel veel informatie, en daar maken we ook gebruik van, we zijn er nog wel net mee gestart, dus daar zoeken we naar de juiste modus. Maar we zijn overtuigd dat juist daar hele relevante informatie terugkomt vanuit de klant. En ook in de social mediakanalen wat op facebook gebeurt, wat mensen op twitter zetten. Dat zijn allemaal dingen waar we programma's voor hebben, waar de patronen en de hooflijnen zeg maar in onderscheiden kunnen worden. Daar kijken we van waar stellen we vooral klantenvragen over, wat willen ze weten, wat begrijpen ze niet, wat vinden ze juist heel prettig en fijn. Dat proberen wij in ieder geval mee te nemen in de communicatie naar klanten toe. (Zijn er dus als het ware twee soorten reacties: kijken welk product beter aansluiten op een klant en op welke manieren moeten we producten/services verbeteren). Nou beide, dat zijn inderdaad verschillende insteken die we gebruiken in onderzoek. Soms is een hele gerichte vraag als we bijvoorbeeld met productontwikkeling bezig zijn van: "wij hebben een aantal ideeën, wat vinden jullie ervan?". Dat is een manier, maar we zien ook door juist reacties die mensen krijgen daar kijken we van kunnen we daar, in de boodschap, in de product, iets mee, waardoor we de klant in die behoefte tegemoet kunnen komen. Dat is heel verschillend. Soms is het ook, wat wordt er gevraagd wat zijn reacties, soms heb je na een uitzending van bijvoorbeeld kassa of radar dat mensen ergens vragen over hebben of reageren waardoor wij kunnen zien van "he, hier hebben we nog te weinig informatie over, wat meer

specifiekere informatie daar zit de klant op te wachten". Dus dat wordt op verschillende manieren ingezet en gebruikt. (Zijn jullie klant centraal of is het iets waar je mee bezig bent om te worden?). Ik denk dat wij voor <NAME REMOVED> daar al verder mee zijn dan voor <HEALTHCARE INSURANCE E>. <NAME REMOVED> is van oudsher echt een *direct writer* dus wij hebben van <NAME REMOVED> ook veel meer klantgegevens, en weten veel meer van onze klanten dan bij <HEALTHCARE INSURANCE E>. Dus daarmee hebben we wel een voorsprong. En uiteindelijk denk ik dat we ook daar nog stappen in kunnen maken. Want die *klant centraal* dat is wel iets wat al jarenlang bij ons als belangrijkste focus zeg maar overal in mee wordt genomen. Maar ik denk dat er altijd nog mogelijkheden zijn. Want uiteindelijk, zeker als verzekeraar, je ziet je markt heel erg veranderen, je ziet sentiment hebben we natuurlijk niet meer. Dus ik denk dat dat zeker nog verbeterd kan worden. Als je nu aan klanten zou vragen: "stelt <NAME REMOVED> de klant centraal?" Dan denk ik niet dat je 100% krijgt "ja". Dus in die zin zijn er nog stappen te maken. Maar ik denk dat in de manier waarop we er de laatste jaren mee bezig zijn, ook om in intern dat gedragen te krijgen. Daar hebben we wel echt goede stappen op gezet. (Je noemde net meer data van de klant; waarom is dat belangrijk?). Omdat je dan ook juist op de relevante momenten de informatie bij een klant kan krijgen. Tien jaar geleden stuurden we nog dm's uit, één verhaal naar een grote groep klanten. Nu zie je echt dat op het moment dat we iets willen uitleggen over het eigen risico bijvoorbeeld dan heeft het geen zin om dat in een boodschap te doen. Je wilt eigenlijk de klant die bewijs van spreken een hoog eigen risico heeft omdat ze mindere zorg verwachten, die wil je een andere boodschap geven dan iemand die dat bijvoorbeeld niet heeft. En ook

met het verhuizen, gewoon de events die klanten meemaken, het verhuizen, het krijgen van een kindje, zijn allemaal dingen waar we de klant willen wijzen op relevante informatie gericht op de zorgverzekering. Dus dat willen we wel zoveel mogelijk personaliseren. En op dit moment kunnen we daar al best wel veel. Maar wel vanuit de klantdatabase. En de stap die we willen maken is om dat ook op de website veel beter willen doen. Dat we eigenlijk op de website eigenlijk al de klant herkennen. Dus als je als klant gewoon aan het oriënteren hebt, en je hebt bijvoorbeeld al een autoverzekering bij ons, dat je dan niet ook die autoverzekering aanvraagstraat ziet, want die is helemaal niet relevant voor jou, want dat product heb je al afgesloten. Dus op die manier denken we dat we daar nog wel echt stappen kunnen zetten. (Waarom is het zo belangrijk om *klant centraal* te zijn? Is het klanten aan je binden? Bij je te houden?). Ja ook, dat is natuurlijk een belangrijk uitgangspunt. Maar ik denk ook dat het belangrijk is voor nieuwe klanten. Je wilt niet dat een klant zich een nummer voelt, dat die veel zelf opzoek moet gaan in het doolhof van alle polissen alle producten, alle informatie die er op het internet in totaal is. Maar ook op de website, daar staat natuurlijk heel veel informatie. Dus je wilt het die klant zo makkelijk mogelijk maken. Die moet dat gemak gewoon echt ervaren. En het idee hebben van: “ik weet nu wat goed voor mij is en wat ik nodig heb, en het is goed geregeld”. Het goede gevoel wil je ook aan die nieuwe klanten kunne bieden. Maar zeker ook de bestaande klanten die willen we natuurlijk graag houden. (Moet je daarvoor klant centraal gericht zijn, of is dat ook een trend waar je in meegaat). Nee, ik denk dat dat wel echt de basis moet zijn. Ik denk dat ook afgelopen jaren daar hebben klanten ook wel doorheen geprikt, als je kijkt naar, wij

hebben bijvoorbeeld tien naar geleden waren er ook campagnes, bijvoorbeeld van <NAME REMOVED>, waar dingen werden weggegeven om het moment wanneer je een polis sloot. Dat gold meestal alleen voor nieuwe klanten. Dat zijn dingen waarvan we hebben gezegd: “dat willen we niet meer”, we focussen echt op onze bestaande klanten die willen we het gevoel geven van je zit goed bij <NAME REMOVED>, je hebt de dingen goed geregeld. Op het moment dat er iets speelt in de situatie van de klant, dan willen we hen daarin op de juiste manier meenemen. Maar daar is die *klant centraal* heel belangrijk in. Want het draait uiteindelijk om die klant. En nou ja, we zijn als verzekeraars in de branche in totaal ook wel goed om vooral informatie te pushen naar klanten toe, waar ze wellicht helemaal niet op zitten te wachten, ik denk dat die stap echt wel nodig is om ook weer het vertrouwen terug te winnen. (Is daar gebrek aan nu). Ja. Banken en verzekeraars worden over het algemeen wel gewantrouwd. Dat zie je ook in onderzoeken terug, daar is ook natuurlijk heel veel gebeurd de afgelopen jaren. En dat heeft zeker niet geholpen. Dus daar zijn we wel heel druk mee bezig om dat goede gevoel wel weer terug te krijgen. Maar dat regel je niet even van de een op de andere dag. (Wanneer je gegevens hebt van een klant, en je ziet dat hij bijvoorbeeld een aanvullende verzekering heeft die hij helemaal niet nodig heeft. Wordt daar dan iets over geadviseerd?). Nee op dit moment mogen wij vanuit privacywetgeving niet kijken van wat declareert een klant en is het kan slim om het product wat je nu hebt te houden, of weg te doen of te veranderen. Dus op dat niveau mogen we dat ook niet geven, willen we dat ook niet. Want dat is echt privacygevoelige informatie. Wat we bijvoorbeeld wel doen is bijvoorbeeld in blogs aangeven; “heb je wel echt een

tandartsverzekering nodig? Denk daarover na". Of, "als je een hoger eigen risico neemt, kun je dan geld besparen. En is dat slim voor jou?". En daar proberen we aan de ene kant een duidelijk beeld te schetsen van wat het je oplevert, maar er zit natuurlijk ook een andere kant aan, en dat is natuurlijk wel belangrijk dat een klant dat ook beseft, dat hij zelf een goede keuze kan maken om dingen wel of niet te doen en daar wel of geen geld te besparen. Voor sommige klanten kan het niet zo slim zijn om een hoog eigen risico bijvoorbeeld te nemen. Dus in die content proberen we da wel heel erg terug te geven aan klanten. (Zouden ze dat willen? Persoonlijk advies?). De klant? (Ja). Ik denk tot op een bepaalde hoogte, maar in het voorbeeld wat jij net gaf niet. Want dan zien toch zeker in combinatie met het wantrouwen richting verzekeraars, en de hele financiële markt, is dat toch echt wel dat je een zorgverzekering hebt maar uiteindelijk wil je niet dat die data gebruikt worden als je naar een ziekenhuis moet of naar een specialist of regelmatig bij een huisarts kom of wat dan ook. Dat is echt wel informatie die klanten consumenten als persoonlijk zien. Dat willen ze niet dat dat gedeeld wordt. Twee jaar geleden had je die hele discussie rondom het elektronisch patiëntendossier, dat ondanks dat dat misschien voor een patiënt heel relevant kan zijn dat meer zorgverleners daar inzicht in hebben, zag je dat daar best veel weerstand was, omdat ze zoiets hadden van dat is echt privé, en dat mag mijn huisarts bijwijzen van spreken weten of mijn specialist maar... dus dat ligt wel heel gevoelig die informatie. (Maar jullie weten het wel, de declaraties etc.). Nou, wij niet. Maar dat komt door onze constructie met <NAME REMOVED>. <NAME REMOVED> die heeft dat inzicht wel, want die betaald de declaraties uit. Dus zij weten het wel. Maar zij mogen het ook

wettelijk gezien niet gebruiken. En wij weten het gewoon echt niet, want wij krijgen die data van <NAME REMOVED> niet, omdat dat privacygevoelige informatie is. (Kun je kenmerken noemen van transparantie?). Transparantie is voor mij echt open en eerlijk communiceren. En het totaal plaatje ook eigenlijk weergeven. Dus niet aan de ene kant alleen maar iets roepen vanuit dit is het, maar ook de uitleg erbij van; en wat betekend dat nou. En welke gevolgen heeft het voor klanten. Dus het is voor mij wel een breder begrip. (Dus dan heb je het bijvoorbeeld over een bepaalde polis, of verschillen tussen restitutie en natura?). Ja. En je ziet dat dat best ook nog weleens bijt met transparantie en het begrijpelijk zeg maar voor een klant, dat gaat niet altijd samen. Want je ziet nu in de markt veel discussie over de budgetpolissen, en de natura en restitutiepolicen. En dat is best een lastige, want het is heel lastig uitleggen hoe dat nou werkt bij verzekeraars. En bij <NAME REMOVED> en <HEALTHCARE INSURANCE E> focussen we op een restitutie, dus voor ons is het echt vrije zorg keuze. Maar een aanbieder met een budgetpolis daar vooral laten zien dat dat dat ook een goede polis is. En dan wordt het toch wel voor mijn gevoel de grenzen opgezocht, van snapt de klant het daarmee eigenlijk wel. Vergelijken proberen dat in beeld te brengen, om de klant te helpen in hun keuze, en als je nu bijvoorbeeld bij independer een vergelijking maakt, en zegt ik wil vrije zorg keuze, dan komt de <NAME REMOVED> budget polis op de eerste plaats naar voren. Vanuit transparantie is dat best wel raar. Want daar staat dan niet bij, vanuit de budgetpolis daar is een afbakening, want anders dan was het geen budgetpolis. Dus dat is wel lastig, want een klant die weet dat niet en het staat er niet bij, en die gebruikt zo'n vergelijker toch ook wel om op een makkelijke manier een keuze te maken. En

als je het allemaal uit zou leggen dan denk de klant volgens mij ook: “ik weet het even niet meer”, dus juist omdat het allemaal best ingewikkeld is hoe het zit en hoe het gaat, en ook de relatie met politiek natuurlijk. Zeker bij zorgverzekeringen zit er nog een grote wettelijke component aan vast, is het voor een klant best lastig te begrijpen; “waarom mag ik nou wel naar een bepaalde fysiotherapeut bij de ene en waarom niet bij de andere. Als ik wel de keuze heb en mijn fysiotherapeut zou bijvoorbeeld een hoog uurtarief hebben waarom wordt hij dan door een verzekeraar niet vergoed?” Ja, en dat daar ook in de wet een beperking zit en de afspraken die de politiek met de verzekeraars heeft gemaakt, dat weet de klant of de consument niet. Dat dus ook met verzekeren, het is een low-interest product, dus mensen willen er ook niet te veel over weten, die willen alleen wel in hoofdlijnen een keuze kunnen maken. En toch ook de zekerheid te hebben, te weten waarvoor ik gekozen heb. (Ligt die verantwoordelijkheid bij zorgverzekeraars). Niet alleen, wel ook. Ik denk dat als je kijkt naar de hele markt waar de politiek aan de ene kant zit, de zorgverzekeraars en de zorgverleners eigenlijk in die driehoek. Ik vind dat alle drie partijen die op een goede manier de informatie moeten verstrekken. En je ziet nu dat daar best nog weleens heel direct naar elkaar gewezen wordt, maar af en toe wordt de bal nog weleens doorgeschoven naar we elkaar, waardoor de consument niet meer weet hoe het nu precies zit. (Transparantie zit hem dus niet zozeer in de hoeveelheid aan informatie maar ook hoe het begrijpelijk wordt gemaakt voor de klant?). Ja. Met name dat, want ik denk dat de hoeveelheid informatie dat kan juist averechts werken op transparantie. Want uiteindelijk hoe meer informatie je geeft, hoe complexer het ook wordt. En ik denk dat het belangrijke is om heel gericht te

kunnen informeren over datgene waar die naar opzoek is. Dat is ook gekoppeld aan het persoonlijke en het relevante en daar is die klantdata ook van belang, en ook van wat er in de markt speelt. Daar kun je dan heel gericht op toespitsen. En daarmee blijft het voor een klant of een consument ook overzichtelijk want hij krijgt niet het totale verhaal maar gewoon antwoord op zijn vraag bij wijze van spreken. (Maar als je het bekijkt op de manier dat een doel van transparantie is dat de klant uiteindelijk een keuze maakt voor een zorgverzekering is het dan niet gek dat zorgverzekeraars daarin die informatie aan moeten leveren, aangezien zij toch zelf belang hebben bij iedere klant. Kan een klant dan zelfstandig een keuze maken tussen al die verschillende polissen en verzekeraars?). Hoe bedoel je dat specifiek? (Wat als je weet dat een klant bij jou niet het beste terecht kan. Wat doe je dan? Geef je een klant dan het advies om naar een andere verzekeraar te gaan?). Ik denk niet dat je ze dan moet sturen naar een partij. Maar wat wij bijvoorbeeld bij <NAME REMOVED> doen, als een klant echt behoefte zou hebben aan een hele goedkope budgetpolis, ja dan kan hij bij ons niet terecht, wat dat zit niet in ons aanbod. <NAME REMOVED> willen we echt als een digitale verzekeraar positioneren. En op het moment dat nieuwe klanten komen en die zeggen ja nee ik wil heel veel keuzemogelijkheden hebben in alle productcombinaties, of ik wil altijd kunnen bellen bijvoorbeeld. Dat zijn dingen die waarvan wij zeggen ja waar maken daar keuzes in. En op het moment dat een klant alles wil dan is <NAME REMOVED> daar niet de juiste partij. Dus ik denk dat dat vanuit de informatie die je als verzekeraar geeft, ik denk dat dat naar consumenten zich ook wel ergens wel of niet thuis voelen. Je ziet bepaalde merken bijvoorbeeld gericht op een bepaald

doelgroep. Ja op het moment dat jij als 70+er op zoek bent naar een nieuw zorgverzekering. Dan zul je je niet heel erg aangetrokken voelen tot een zorgverzekering met een website dat heel erg ademt gericht te zijn op jongeren. (Maar is dan klant centraal dus ook in het transparante deel laten zien wat je biedt, en dat klanten zelf een keuze kunnen maken; “past het bij mij of niet”, een keuze is dan dus ook als het niet bij je past. Is dat dan klant centraal?). Ja dat denk ik wel. Alleen wij zullen in de informatie die wij geven laten we dat zien. Zeker bij <NAME REMOVED> hebben wij niet een hele batterij aanvullende dekkingen. Dat hebben we echt toegespitste op vier keuze producten. Als daar niet de combi inzit die bij jou past als klant dan is <NAME REMOVED> niet de juiste keuze. Alleen dat zullen we niet zo benoemen. Zeker niet op een website, als die er niet tussen zit dan stel ik voor dat u elders een verzekering afsluit. (Waarom niet?) Omdat je uiteindelijk door de informatie die je geeft, kan een klant zelf een keuze maken. Mensen zijn zelf natuurlijk ook niet dom, uiteindelijk wil je ze niet bemoederen zeg maar. Ze zijn echt wel in staat om hun eigen keuzes te maken. En uiteindelijk denk ik wel, ik zou het best raar vinden als ik ergens kom en ze zeggen; “als het niet bij u past, ga maar ergens anders heen”. Dat komt ook niet echt vriendelijk over. En uiteindelijk is het de klant die zelf bepaald of die vindt wat hij zoekt. En vind ik het ook niet aan de verzekeraars om dat zo heel concreet te zeggen. (Heeft dat er ook me te maken dat de mobiliteit heel laag is, dus in feite heb je ook het meest aan de klanten die je al hebt). Het feit dat die mobiliteit laag ligt heeft ook wel echt met de low-interest te maken. Mensen hebben geen zin om zich daarin te verdiepen. En je ziet ook wel dat de groep die elk jaar switcht van verzekeraar dat is over het algemeen een groep die dat vaker doet. Je hebt

gewoon het gros dat tevreden is en blijft zitten, op het moment dat een klant ontevreden is, is dat een trigger om weg te gaan. En als verzekeraar willen wij dat voorkomen. (Is dus transparantie een onderdeel van klant centraal?). Ja. (En kun je voorbeelden geven of dingen noemen wat het in de weg staat om klant centraal te zijn?). Ik denk dat met name, wat ik net ook aangaf, transparantie is ook de vraag van; “wat wil je allemaal zeggen?”. En helpt het de klant als je heel veel gaat vertellen? Ik denk het niet. Dan wordt het heel groot en heel breed. Dus wat voor mij gevoel heel belangrijk is, is dat de klant een goed beeld moet krijgen en als hij gerichte vragen heeft, dat hij daar ook een duidelijk antwoord op krijgt, zonder dat het heel groot gemaakt wordt. Dat is best lastig, hoeveel informatie geef je, wat verwachtte en klant, en is het geen overkill aan informatie? Dat is ook echt wel de reden waarom we het heel gericht geven. Waardoor dat personaliseren zo belangrijk is. (Want het is belangrijk at een klant zelfstandig een keuze kan maken?). Ja. Dat is vanuit onze positionering van zowel <HEALTHCARE INSURANCE E> als <NAME REMOVED> een belangrijk uitgangspunt. En je ziet dat het gros sluit gewoon een zorgverzekering in de markt online af, klanten kunnen dat over het algemeen ook zelf. Maar wij zijn niet een partij waar een groep klanten die het bij wijze van spreken niet zelf kan, die wij gaan benaderen bij wijze van spreken. U noemde net een gebrek aan interesse, staat dat ook in de weg om klant centraal te zijn?). Ik denk het op zich niet. Want uiteindelijk is het de klant die zelf ook bepaald waar heb ik behoefte aan. En als een klant geen behoefte heeft aan informatie of aan switchen of wat dan ook, dan hoeft dat het klant centraal niet in de weg te staan. Ik denk dat het eerder, op het moment dat je zo’n klant blijft spammen bij wijze van spreken met informatie en

verkoop gerichte activiteiten, dat die dan juist het gevoel heeft van ik sta niet centraal. Want hij heeft er daadwerkelijk geen behoefte heeft aan op dat moment. Dat is ook geen doel op zich om iedereen daarin te overtuigen, als een klant dat niet wil dan is dat ook aan hemzelf. Maar wat denk ik wel in de weg staat is ook wel de koppeling aan privacy, want dat zie je nu natuurlijk ook in andere dingen. Aan de ene kant maakt een heel persoonlijke link maakt het heel makkelijk voor een klant. "Ze kennen mij dus dat is fijn, want ik krijg gerichte informatie en als ik vragen heb dan word ik niet vermoeid met informatie waar ik niks mee te maken heb". Maar het is wel balanceren op wat vindt een klant acceptabel, want ook binnen de wettelijke kaders heb je wel een gradatie waarin een groep klanten zegt: "dit gaat gewoon te ver voor mij". Dat is wel een balans die in we in z'n algemeenheid moeten vinden. Je ziet dat bijvoorbeeld bij partijen als bol.com daar krijg je ook informatie van 'klanten kozen ook voor...', daar staat vaak wel iets wel bij van "ja dat is echt wel iets dat gelinkt is aan mijn interessegebied". Maar dan weet je dus ook; ze hebben al die data. En dan knaagt het toch een beetje van "wat doen ze daar dan verder mee?" En; "vind ik dat wel ok?". Het is wel handig "maar vind ik het wel ok dat er zoveel informatie bekend is? (Wat gebeurt er precies mee?). Ja. (En als je kijkt naar de basispremie, daar zit bijvoorbeeld kraamzorg in. Veel mensen gebruiken dat niet en willen er ook niet voor betalen. Hoe ga je daarmee om en hoe ben je dan daarin klant centraal?). Nou uiteindelijk denk ik dat dat meer in het wettelijke kader valt, van we hebben een basisverzekering die echt gestoeld is toch op solidariteit. Dus ook al zouden wij het anders zien of vinden, wij hebben de mogelijkheid vals verzekeraar überhaupt niet om daar iets aan te doen. En uiterlijk zien wij ook wel,

wij kunnen aan de basisverzekering niks veranderen, die is voor iedereen hetzelfde maar in de aanvullende verzekeringen heb je daar als verzekeraar wel mogelijkheidje toe. Maar ook dan zie je wel dat op het moment dat het solidariteitsprincipe eruit gaat dan gaan mensen ook, die die zorg wel nodig hebben, daar meer voor betalen. Want de pot wordt gewoon kleiner, en uiteindelijk moet die zorg wel betaald worden. En zie je dat dat ook niet per definitie voordelig is voor de klant. Toevallig wel voor de klant die het niet nodig heeft, maar als je er wel mee te maken mee hebt, heb je er wel nadeel van. (Gaat het dan meer overzicht, het gehele plaatje wat de zorgverzekeraar wel heeft maar de individuele klant niet, met de hele groep verzekerden en de zorg betaalbaar houden?). Nou ja ik denk dat dat zeker op het gebied van de basisverzekering wel een belangrijk uitgangspunt is. Je ziet daar wel discussie over komen, een aantal politieke partijen is daar nog heel stellig in; die solidariteit vinden we belangrijk. Ik denk dat dat ok wel echt de basis is voor het feit dat wij een goed zorgstelsel in Nederland hebben. Dus op het moment dat daar toch keuzes in worden gemaakt, ja dan verdwijnt die basis straks, en is het ook lastig om je te kunne voorstellen van wat betekend het dan? Ook wat je nu ziet; in de politiek wordt bijvoorbeeld de keuze gemaakt; "laten wij bepaalde dure medicijnen toe in de basisverzekering? En laten wij verzekeraars die vergoeden?" Dat is vanaf een afstand voor een consument, vanuit jezelf, goed te beoordelen. Als ik dat medicijn niet nodig heb, dan kan ik nog meevoelen met mensen die ik helemaal niet ken, maar waarvan ik dan denk; "ja ik zou het zelf ook graag krijgen". Maar aan de andere kant, juist die klant waar dit een kwestie is van leven of dood, die beleefd dat natuurlijk heel anders. Ik denk zeker

omdat gezondheid heeft daar heel erg mee te maken. Dat maak het ook zo gevoelig onderwerp. Dus in die zin denk ik ook dat dat best ook vanuit de politiek die durft zich daar ook niet echt de vingers aan te branden. Dus dat maakt het ook wel lastig. (Is er dan een gebrek aan kennis of inzicht bij klanten over het zorgverzekeringsstelsel?). Ja, ik denk wel dat juist wanneer je je er niet in verdiept, heb je niet het totale beeld. Want op het moment dat bij wijze van spreken er in de media veel aandacht is voor “het mag niet, zo’n duur medicijn”, dan zie je dat er dan toch vaak naar de zorgverzekeraars wordt gekken. “Stelletje boeven waarom doen jullie dat niet?”. Terwijl het een politieke keuze is, om het überhaupt niet toe te staan in de basisverzekering. Ik denk dat dat voor de klant niet zo relevant is, want uiteindelijk zie je dan dat de discussies toch op een verkeerde manier gevoerd worden, en dat is denk ik wel jammer, in de journalistiek zie je af en toe dat er dingen gezegd worden waarvan ik denk: “dat klopt gewoon inhoudelijk niet”. Maar het neemt zo’n vlucht, en met de social media wordt het snel zo groot, of dat kan het worden. Waardoor je die grip ook kwijt bent. En het voor een gewone consument ook lastig is te bepalen, je leest het en je gaat ervan uit dat het klopt wat er staat. En dat is aan de ene kant is het heel transparant, maar je kunt als consument ook niet goed polsen van klopt het allemaal wel. (Is dat iets waar zorgverzekeraars heel erg mee bezig zijn? Ook met hun reputatie en daarin goedpraten misschien wat andere gezegd wordt, zoals bijvoorbeeld media?). Nou ik denk, we proberen dat wel op het moment dat iets inhoudelijk echt niet klopt, dan proberen we dat wel natuurlijk te laten zien, maar daar heb je als verzekeraar toch ok wel weer last van die achterstand omdat je het vertrouwen van de klant niet volledig hebt. Dus wij kunnen op het moment

dat wij vanuit <NAME REMOVED> iets zeggen en dat er bij wijze van spreken een journalist in een kant iets zegt; die zou eerder geloofd worden. En elk moment dat jouw buurman jou bij wijze van spreken iets verteld, inhoudelijk kan dat helemaal niet kloppen, maar als dat een persoon is waarvan jij het idee heeft van “nou die weet wel aar hij het over heeft” dan is dat voor jou wel de waarheid. Dat is dan natuurlijk op zich altijd wel een feit geweest, maar met alle informatie die er nu overal ook op internet te vinden is, is die bron wel belangrijk. En dat vervaagt voor mijn gevoel wel. (-premie opbouw- het blijkt dat veel mensen hier niet naar kijken, hebben jullie daar ervaring mee?). Ik kan me daar alles bij voorstellen. Maar ik heb zo niet paraat bij de pagina waar wij dit hebben staan op internet hoeveel traffic daarop is. Maar ik durf wel te stellen dat dat dat niet zoveel zal zijn. Maar uiteindelijk geeft het aan de ene kant informatie weer voor de klant. Maar aan de andere kant zegt het een klant ook weer helemaal niks. Ook als je het hebt over transparantie proberen we dingen in de gewone mensentaal dingen uit te leggen, maar als je dit dat ziet’ onttrekking van reserves, ‘winstopslag’, ‘toevoeging aan reserves’, ‘resultaat op zorginkoop en verevening’. Vraag het de eerste beste persoon buiten en die zal zeggen “geen idee wat daar staat, wat dat betekend überhaupt”. Dus ik vind dit wel een voorbeeld van aan de ene kant is het met alle goede bedoelingen gedaan, maar aan de andere kant denk ik dat het helemaal niet aansluit bij de behoefte van de mensen zelf. (Ook om een goede vergelijking te maken weer tussen de zorgverzekeringen). Ja want, ik denk dat veel mensen niet eens zullen begrijpen wat je daarop kan vergelijken. Zij vinden het als lastig om met alle polissen die er zijn om daar door de bomen het bos te zien, als je dan ook nog zo’n financiële afsplitsing

maakt. (Zou het dan eerder negatief zijn voor de transparantie, omdat het een te veel informatie is?). Ik denk dat men dit links laat liggen. Ik denk dat uiteindelijk op het moment dat er zou blijken dat er inderdaad vanuit de markt hier geen behoefte aan is, vanuit de consumenten, dan ik het ok de vraag van, wij moeten het nu plaatsen want dat is zo afgesproken en bepaald door de overheid, dus dat doen we dan ook. Maar uiteindelijk als het niet relevant is voor onze klanten, ja dan geeft je ook weer extra informatie die helemaal niet aansluit dus in die zin denk ik niet dat dit bij heeft gedragen aan transparantie voor klanten. (Maar het is ook niet per se negatief geweest, voor meer verwarring gezorgd) ik denk dat dit gewoon heel vaak niet gezien is, en als ze het zien dat ze denken "nou laat maar". (Is dit iets wat al bestond voordat het zo op deze manier gepubliceerd werd?). Nee. Kijk je had natuurlijk wel elke verzekeraar deed dat op z'n eigen manier, juist dat maakte dat je het niet kon vergelijken. Dus het feit dat echt de opbouw is bepaald zeg maar, waar iedereen zich aan moet conformeren dat geeft in ieder geval dat je geen appels met peren aan het vergelijken bent, maar ik denk dat hier uiteindelijk toch wel, je hebt altijd zo'n 'overige opslagen', bij de ene verzekeraar zit daar misschien net wat meer onder dan bij de andere verzekeraar, ik weet het niet, dus in die zin kun je ook, dit geeft op hoofdlijnen een beeld maar kun je van alles nog details gaan opvragen. Maar ik denk dat dat niet bijdraagt aan waar het voor bedoeld is en wat uiteindelijk voor de consument van belang is (Bij overige zitten inderdaad grote verschillen 130-0, per verzekerde per jaar is dat wel een groot verschil). Je komt niet achter wat dat precies inhoudt. Ik vind dit wel een voorbeeld van het is aan de ene kant wel goed met een duidelijk beeld gedaan, aan de andere kant denk ik hebben

we hier nou de klant of de consument mee geholpen? Ik denk het niet. (Maakt <HEALTHCARE INSURANCE E> haar premiebesteding bekend?). Vanuit ons, omdat wij het premiegeld zeg maar komt bij <NAME REMOVED> binnen, wij hebben geen inzicht hoe die onderlinge verdelingen zijn. En wat uiteindelijk natuurlijk wel op hoofdlijnen, je ziet dat de bedrijfskosten überhaupt in de markt bij zorg relatief laag liggen. Het grootste deel gaat gewoon op aan de zorg. En daar heb je natuurlijk ook wel onderzoeken bijvoorbeeld BS-health, of Nivel, maar in ieder geval er zijn wel onderzoeken die dat inzicht geven. Hoeveel gaat er in de markt, wat gaat er naar de fysiotherapeut of naar specialistische zorg; hoe is die verdeling. (Klopt het dat er over deze cijfers geen accountantsverklaring hoeft worden gegeven?). Dat durf ik niet te zeggen.

Je ziet ook wel dat, uiteindelijk juist met zorgrestitutie; die discussie leeft nu heel erg met die verschillen tussen al die polissen. Wij zouden vanuit marketing <NAME REMOVED>/<HEALTHCARE INSURANCE E> het liefst willen roepen richting die klant: "het maakt niet uit, je mag zelf kiezen, wij betalen die rekening". Dat is dan heel helder voor een klant. Die weet dan waar die aan toe is en waar die terecht kan. Alleen omdat de overheid ook bepaald van "he wij willen de kosten in bedwang houden, en jullie mogen niet tarieven vergoeden die excessief zijn". Daardoor moeten wij weer een zinnetje eraan vastkoppelen van "je hebt vrije zorgkeuze, je kan overal terecht, wij betalen de rekening, mits geen enorme hoge kosten". En de eerste reactie die je dan van klanten krijgt op social media is: "wat zijn dan die extreem hoge kosten?". Dus dat maakt het wel lastig. En inderdaad ook bij ons heb je dan een zuivere restitutie, zoals ze dat dan ook weleens noemen, maar weet je dat je ook nog verschillende gradaties hebt binnen een

restitutie dat zegt natuurlijk al genoeg. Dat een klant denkt van “wat is dit allemaal?”. Dat maakt het ook wel lastig om die helderheid ook te kunnen geven. (Waarom is het zo belangrijke een restitutie polis te voeren, wanneer een belangrijke taak van zorgverzekeraars de zorginkoop is?). Die zorginkoop die zorgt ervoor dat wij eigenlijk de plannen die de overheid bepaald van we moeten echt wel gaan bezuinigen op dat gebied, want anders kunnen we straks het stelsel niet meer betalen. Die zorgen daarvoor, maar aan de andere kant staat daar de klant niet centraal. Op het moment dat je als klant zelf je keuzes wil maken, juist dan heb je daar het verschil. Want de overheid kan natuurlijk zeggen: wij willen dit niet, of wij willen sturing, en daarmee kun je goede prijsafspraken maken en over kwaliteit en dergelijke”. Maar niet elke klant die wil zich daarbij neerleggen, en sommige kiezen er bewust voor: “doe mij maar tien ziekenhuizen in Nederland, ik vind het best, als ik daarmee geld kan besparen en de zorg is daar ok, dan rij ik wel een stukje”. En er zijn klanten die zeggen: “nee dat wil ik allemaal niet, ik heb een fysiotherapeut om de hoek die ik goed ken en die mij goed kent, en dat die toevallig geen contact heeft met een verzekeraar dat maakt hem voor mij niet minder”. En ik vind ook die keuze, die moet je respecteren. En nou ja, daar zitten dat soort verschillen in.

INTERVIEW-F

PROPOSITIE MANAGER SEGMENT

PARTICULIEREN

Doelgroep: Rabobank-klienten

Marktaandeel: Klein

Focus zorgverzekering: Breed aanbod

(Akkoord met de begrippen?) Op zich mee eens. Klantbelang centraal betekent ook dat de keuzes die je als organisatie maakt, doet met de klant in je achterhoofd. Dus als de voorwaarden worden opgesteld, je dat ook doet vanuit de intentie om de klant te helpen en niet zozeer om zo min mogelijk uit te hoeven keren. Transparantie is voor <HEALTHCARE INSURANCE F> ook de klant inzicht geven in wat wel en wat niet verzekeren. Dus uitgangspunt is niet zoveel mogelijk verzekeringen aan de klant zien te slijten, maar zorgen dat de klant op de juiste manier is verzekerd en de klant erop wijzen dat verzekeren alleen niet altijd de enige of juiste oplossing is. Je kunt bijv. ook sparen voor bepaalde voorziene, zelf te dragen kosten i.p.v. maar verzekeren. (Kunt u de belangrijkste kenmerken noemen van klantcentraal volgens <HEALTHCARE INSURANCE F>?). Vertrouwen is wel het sleutelwoord. Vanuit <HEALTHCARE INSURANCE F> doen we dat ook, zo hoeft de klant al jaren geen bonnetjes meer op te sturen bij schade. Uitgaan van vertrouwen, totdat het tegendeel zich aandient. (Waarom is het belangrijk om de klant centraal te stellen?). Klantbelang centraal is niet alleen steeds meer noodzakelijk vanuit de verschillende toezichthouders, maar ook noodzakelijk om de lange termijn een gezonde/goede portefeuille met tevreden klanten op te bouwen. (Kunt u de belangrijkste kenmerken

noemen van transparantie volgens <HEALTHCARE INSURANCE F>?). De klant er bewust op wijzen bepaalde dingen juist NIET te verzekeren of juist minder verzekeren. VB: een klant met een 8 jaar oude auto die allrisk verzekerd is, die schrijven we actief aan om de klant erop te wijzen op beperkt casco of alleen WA. Dat is goedkoper en past beter bij de situatie van de klant. (Waarom is het belangrijk om transparant te zijn?). Transparantie zit in de genen van <HEALTHCARE INSURANCE F>. Niet voor niks de slogan Glashelder; de verzekeringswereld is behoorlijk complex, we proberen daar toch zo helder en open mogelijk over te zijn/ te communiceren. (Wat zijn de belangrijkste factoren die belemmeren om klantcentraal of transparant te zijn?). Tot welk niveau kun je de complexe wereld van de zorgverzekeringen transparant en helder aan de klant uitleggen, waarbij je de klant niet wilt bedelven onder de informatie, maar je toch ook volledig moet zijn. De basisverzekering wordt bepaald door de overheid, daar zitten nu eenmaal 90 pagina's voorwaarden aan vast..... (Hoe denkt u over het openbaar maken van de premie opbouw zoals dat op deze manier gebeurt?). Het idee op zich is goed, maar ik denk dat de gemiddelde klant niet of nauwelijks snapt of interesse heeft in de manier waarop de premie is opgebouwd. De materie is best lastig, persoonlijk denk ik dat de klant vooral geïnteresseerd is in wat hij of zij onder de streep moet betalen. Wel goed dat andere organisaties zoals een consumentenbond of de media etc. op deze manier inzicht van zaken krijgt en met haar financiële experts op deze manier "mee kan kijken" en eventuele misstanden dan ook kan melden. (Wie stellen de premie-opbouw samen zoals die wordt gecommuniceerd naar klanten?). <HEALTHCARE INSURANCE F> krijgt deze informatie aangeleverd

vanuit de divisie <NAME REMOVED>, de financiële afdeling. Wij publiceren dit op onze website, maar informatie wordt 1 op 1 overgenomen zoals aangeleverd. (Kunnen deze cijfers gepubliceerd worden zonder accountantsverklaring?). Geen idee eerlijk gezegd. De aangeleverde info is volgens de afgesproken processen gecontroleerd, maar ik weet niet in hoeverre daar een accountantsverklaring wel of niet bij betrokken is.

Doelgroep: zelfredzame klant.

Marktaandeel: klein (450.000 verzekerden).

Focus zorgverzekering: enkel zorgverzekeringen.

(Introductie). Heb je onze site bekeken? Daar staat de premieopbouw ook helemaal uitgelegd. En ook met veel gestelde vragen over die premie van “waarom is het nou dan zoals het is?” Dus dat is eigenlijk een korte weergave van hoe wij dat doen. En customer centricity is natuurlijk veel meer dan die premie en uitleggen waarom iemand een bepaald bedrag moet betalen voor z’n verzekering. Het zit denk ik ook heel veel in hoe je omgaat in je relatie met je klant als die zorg gaat consumeren. Als hij jouw product dus ook gaat consumeren. Zolang iemand gezond is en zijn premie betaald, dat geld trouwens voor alle verzekeringen en ook voor zorgverzekeringen, dan ben je er niet mee bezig. Je betaalt je premie want dat moet nou een keer, de wet vindt dat dat moet dus nou dat doe je dan maar. En voor de rest ben je daar eigenlijk niet mee bezig. En wil je er eigenlijk ook niet mee lastig gevallen worden. Het is net al smet je inboedelverzekering en je autoverzekering, je moet het nu eenmaal hebben want iemand heeft betaald dat dat nou een keer verplicht is, maar het zijn geen onderwerpen waar je je dagelijks mee bezig wilt houden. Gewoon niet leuk. Typisch low-interest product. Dat is bij zorgverzekeringen, ook bij andere verzekeringen maar bij zorgverzekeringen denk ik nog wat extremer, dat op het moment dat je hem wel nodig hebt dan gaat het van low-interest wordt het ineens misschien wel een van de belangrijkste die je hebt. En dan slaat ook de perceptie van de klant om, en

dan moet je er zijn. En dan moet je eigenlijk die klant centraal durven stellen. Want dan is het voor de klant heel erg belangrijk. Dat die centraal wordt gesteld. Want dan heeft hij echt grote issues die opgelost moeten worden vaak. Dus premie is er een onderdeel van, dat is bepalend voor of iemand klant wordt, consumenten kijken toch nog wel heel veel naar de premie, misschien wel iets te veel. En te weinig naar waar ben ik dan uiteindelijk voor verzekerd. Maar ja, op het moment dat je klant bent dan komt het eropaan, uiteindelijk. (Uw functie is klantervaring specialist?). Ja, dat is een nieuwe functie bij dit bedrijf. Ik weet ook niet of de functietitel heel erg goed gekozen is. Het impliceert bijna of ik weet wat de klant wil. Dat weet een klant zelf vaak niet eens. Dus dat is best lastig. Maar er is wel gekeken naar, ze hebben deze functie gecreëerd omdat <HEALTHCARE INSURANCE G> heel graag de klant een stem wil geven, maar het is ook wel heel erg lastig om overal bij alles wat je wilt gaan doen maar klanten aan tafel uit te nodigen. En bovendien; iedere klant is er maar één. En wat klanten één wil is niet noodzakelijk representatief voor wat klant twee en drie willen. Dus dat is best ingewikkeld. Hoe doe je dat nu, en hoe zorg je dat die klant een stem heeft in het verhaal. En als je kijkt naar het hele vakgebied *customer experience* dan is dat eigenlijk een beetje ontstaan, zoals ik ertegenaan kijk, geëvolueerd vanuit de tijd dat er heel veel aan CRM werd gedaan, *customer relation management*. En dat was heel erg data-gedreven. Waarbij er al meer werd gekeken naar wat doet een klant nou. In plaats van wat zegt een klant nou. Wat daar heel erg uit kwam, en daar is *customer experience* volgens mij ook een beetje uit ontstaan, is dat het begon op te vallen dat een klant maar heel zelden doet wat hij zegt. En dat je je dus kan gaan afvragen of echt zin heeft om klanten ergens naar te

vragen, omdat het antwoord dat ze geven vaak helemaal niet overeenkomt met het gedrag dat ze vertonen. En daar is heel veel onderzoek naar gedaan, en het blijkt ook inderdaad dat heel veel van ons handelen is onbewust. Wij bedenken niet vooraf wat we gaan doen, wij bedenken niet vooraf wat we gaan zeggen. Hoe ons brein werkt is wij weten eigenlijk intuïtief al wat we gaan doen, en later in ons hoofd gaan we er een verhaaltje bij bedenken, om aan onszelf uit te leggen waarom we het hebben gedaan. Dat verklaart ook wel waarom, als je allemaal vragenlijsten lijsten invult en mensen vraagt naar: "wat wil je nou?" Of "wat vind je belangrijk?". Dat daar dingen uitkomen maar dat dat in het gedrag van de klant niet altijd terugkomt. En als je kijkt naar *customer experience* die gaat heel erg uit van het gedrag van de klant. Dat is veel data-gedreven, daar komt ook dat big-data denken vandaan. Dat je veel moet kijken van wat doet een klant nou precies? Wat doet die, hoe gedraagt die zich. Waar reageert die positief op, waar negatief op? Op die manier probeer die dan om je organisatie zo in te richten dat de klant zo soepel mogelijk zich kant gedragen eigenlijk, als je het zo wilt verklaren. (Dus dat is jouw functie) ja dat is een beetje wat mijn rol daarin is. (Dat is interessant! Dat is dus een nieuwe positie bij <HEALTHCARE INSURANCE G>). Ja, <HEALTHCARE INSURANCE G> is van oudsher altijd al wel heel erg klantgericht geweest, ze komen ook in alle onderzoeken altijd als beste, een enkele keer als tweede, uit de bus als het gaat om klanttevredenheid en NPS-score. We staan te boek als een heel vriendelijk bedrijf voor onze klanten. We leven mee, we begrijpen, we hebben aandacht voor onze klanten. Dus dat doen ze al hartstikke goed. Alleen de vraag is hoe lang kun je dat nog als concurrentievoordeel vasthouden. Want ook alle andere partijen beginnen zicht te realiseren

dat ze misschien een andere houding naar de klant moeten hebben, en wil <HEALTHCARE INSURANCE G> dat gevoel, dat idee, dat beeld vasthouden dat zij echt wel een hele bijzondere relatie met hun klanten hebben dan zullen ze die relatie ook bijzonder moeten houden. En dat betekent dat je stappen voorwaarts moeten maken. En <HEALTHCARE INSURANCE G> heeft besloten om dat op deze manier te doen. Om een functie te creëren waardoor de klant overal aan tafel zit. En ik dus eigenlijk ook alleen maar vanuit het belang van de klant hoeft te denken. (Hoe kan het dat klanten <HEALTHCARE INSURANCE G> zo hoog waarderen? Kennen jullie bijvoorbeeld de klanten goed, wordt er snel gereageerd? Waar zit het hem in?). Het is met name de toon die we hebben richting onze klanten, aan de telefoon. Onze klantenservice staat bekend als extreem vriendelijk, heel erg meeleven en met bereidheid om te luisteren. Ik denk dat dat al heel bepalend is, dat mensen zich gehoord voelen. Daarnaast moet ik wel zeggen; in het afgelopen jaar is het wat slechter gegaan want <HEALTHCARE INSURANCE G> heeft haar systemen veranderd. Ook om beter in te kunnen spelen op die toekomst waar ze klaar voor moeten zijn, maar het veranderen van systemen lijdt ook heel vaak tot problemen, dus er zijn ook best wel wat dingen niet goed gegaan. Daar hebben klanten ook wel last van gehad, en dan zie je dat je toch wel terugvalt ook in klanttevredenheid. Want we hebben niet altijd aan klanten kunnen uitleggen waarom bepaald dingen niet goed gingen, omdat we het zelf niet wisten. Omdat er ergens in het systeem iets gek gebeerde. En we totaal niet wisten waarom dat gebeurde, dat moest allemaal uitgezocht worden. Daar heeft die klant natuurlijk geen boodschap aan. Dus dat heeft wel het een en ander gekost. En wat wilde ik nou zeggen? Wat was je vraag ook al weer? (Je had het

over de toon van de klantenservice). Nou ja goed dan zie je dus; je kan nog zo vriendelijk zijn, maar uiteindelijk moet dat wat je doet wel goed gaan. Als iemand een declaratie stuurt dan wil die wel graag weten waar die aan toe is: "krijg ik hem uitbetaald?" En "wanneer krijg ik hem uitbetaald" en "hoelang gaat dat dan duren?" En "waarom duurt dat dan langer dan de vorige keer?". Ja, op het moment dat je dat niet kan uitleggen omdat je eigenlijk niet weet waar het allemaal gebeven is omdat het ergens in het proces in het systeem is blijven hangen, maar je hebt er geen uitleg voor. Dan kun je het ook de klant heel moeilijk uitleggen. En dan kun je de klant ook niet garanderen dat het volgende week in orde is gemaakt omdat je niet weet hoe je dat moet doen. En ja dan heb je een probleem. Dus het is wel heel belangrijk dat je niet allen vriendelijk bent aan de telefoon, maar dat je ook waarmaakt wat je beloofd en tegemoetkomt aan verwachtingen die mensen van je hebben. En daar zie je dus dat zolang dat allemaal goedging was het prima. Maar nu zijn de systemen vervangen en nu ging dat even wat minder. En dan merk je ineens dat vriendelijk zijn alleen niet meer genoeg is. En dat heeft <HEALTHCARE INSURANCE G> zich ook wel gerealiseerd. En vandaar dat deze functie is gecreëerd. Want we zeiden "ja, we moeten echt wat breder gaan kijken dan alleen maar vriendelijke mensen aan de telefoon, er moet echt wat gebeuren.

(Om event terug te gaan naar de inleiding, anders gaan we al snel over de inhoud praten. Ik heb kort drie vragen. De focus van <HEALTHCARE INSURANCE G> is enkel zorgverzekeringen?). Ja. (<HEALTHCARE INSURANCE G> hoort net bij de groten maar is ook niet echt één van de kleinere verzekeringen?) Nou we horen wel bij de kleintjes. (Ok. Heeft <HEALTHCARE INSURANCE G> nog een

specifieke doelgroep?) Nou, wij zijn vooral voor consument die echt oprecht z'n eigen keuzes wil kunnen maken. Dus die vrije keuze. Wij zijn ook een zuivere restitutie partij. Daar staat wel tegenover dat mensen die dat heel belangrijk vinden die moeten daar dan ook wel voor willen betalen. Met name onze aanvullende verzekeringen zijn heel breed, heel fantastisch, maar daar betaal je dan wel een prijs voor. Het is eigenlijk een soort van luxe die je koopt zeg ik weleens. Dus je hebt wel een beetje een portemonnee nodig. Dus voor de mensen met extreem lage inkomens zullen wij geen interessante partij zijn, in veel gevallen. Misschien wel voor de basisverzekering, maar daarin zijn wij niet de goedkoopste. En de basisverzekering is eigenlijk voor iedereen gelijk dus daar zit het issue niet voor de consument. Het zit meer in de aanvullende verzekeringen. En daarin zijn wij heel erg uitgebreid. (Dus je richt je met name op de zelfstandige zorgkiezer?). Ja, dat denk ik wel. Het is niet zo zwart wit hoor, alleen het is wel los van kijken naar doelgroepen, wij staan wel ergens voor. En wij staan heel erg voor die vrije keus en kwaliteit naar binnen. En kwaliteit voor onze klanten. Mensen die dat extreem belangrijk vinden, voor die mensen zijn wij een interessante partij. (Uitleg en begrippen. Akkoord?). Ja eens. Transparantie vind ik dan wel, maar daar hadden we het net al even over, wel een beetje beperkt. Want dat gaat heel erg over het vergelijken van zorgverzekeraars. En volgens mij is transparantie breder dan dat. Maar goed daar hebben we het net al over gehad. Ik denk dat het niet alleen gaat over vergelijken, want dat zou dan markt breed moeten zijn, en dan zou iedereen op dezelfde wijze transparant moeten zijn. Het is leuk dat iedereen transparant is maar als iedereen zijn eigen termen gebruikt en zijn eigen sleutels om bepaalde dingen te berekenen, dan kun je nog niets

vergelijken als consument. Je moet dan wel appels met appels kunnen vergelijken om er iets zinnigs van te kunnen zeggen. Dus ik denk dat dat iets is dat markt breed opgepakt zou moeten worden. Dat wordt ook al wel gedaan hoor, het is al wel, eens even kijken... heb je ooit gehoord van de verzekeringskaart? Dat is eigenlijk waar ze proberen transparantie, dat gaat nog niet zozeer over zorg per se, maar over verkeringen in het algemeen maar goed dat gaat langzamerhand ook wel die kan op en zou zomaar voor zorg ook opportuun kunnen worden. Dat is eigenlijk wat de branche, de overkoepelende verzekeringsbranche, nu probeert te realiseren en ook wel afdwingt ook wel bij de verzekeraar dat ze met icoontjes gaan werken, met beelden. Dus dat een klant bepaalde dekkingen met elkaar kan vergelijken door plaatjes met elkaar te vergelijken. Dus dat wat bij dat plaatje staat dat komt overeen, dat kun je dan naast elkaar leggen om het allemaal wat transparanter te maken. En ik kan me voorstellen dat dat ook voor zorg die kant op zal gaan. Dat is het overigens nog niet, maar het is wel iets waar... (doet Independer dat niet ook al? Werken met icoontjes). Ja, dat zou kunnen. Dat durf ik niet zo te zeggen, maar dat zou heel goed kunnen. Ik heb zelf altijd ik zit zelf al een tijdje in de verzekeringssector en ik vind het altijd heel grappig wat zo'n Independer is helemaal niet independent. Het is namelijk van <NAME REMOVED>. Independer is er volgens mij wel mee bezig, omdat ze er wel kritiek op hebben gehad, die biedt niet alles aan. Die maakt wel degelijk een selectie vooraf. Daarnaast hebben ze ook de hele tijd ook alleen maar vergelijkingen op prijs gedaan. Puur op prijs. Prijs zegt dan natuurlijk niks over of dat product bij je past. (Zeker niet voor een verzekering als <HEALTHCARE INSURANCE G>). Nee precies. Ze zijn wel dingen aan het veranderen hoor, dus het is wel

zo dat het beter wordt. Maar de vergelijkingsites vind ik altijd heel gevaarlijk omdat ze zijn nooit helemaal objectief. Er zit eigenlijk altijd een assurantie tussenpersoon achter die commissie krijgt voor iedere geslote polis. Ook Independer verdient geld voor iedere polis die via Independer wordt gesloten. Dus hoe objectief ben je dan. Het blijft een beetje wazig, ik geloof dat de intentie goed is, maar hoe het systeem in de praktijk werkt dat vraag ik me af of het wel zo transparant is als het lijkt te zijn. (Kun je kenmerken noemen van klant centraal? De belangrijkste kenmerken?). Wat voor mij heel belangrijk is, is dat bij ieder besluit wat je neemt in je organisatie dat je minimaal de vraag stelt; "wat gaat mijn klant hiervan merken? En dat niet alleen op een marketingafdeling maar overal. Ook in de directiekamer. Als er ergens iets besloten moeten worden over; "wat gaat de klant hiervan merken?" En is dat voor ons ok, wat die ervan merkt? Ik denk als je dat dat doet, gewoon kort door de bocht, je kan er wel een heel zweverig verhaal van maken, maar als je dat doet dan heb je je klant echt in je organisatie op de kaart gezet. En als je die vraag bij alles wat je doet stelt, dan ben je volgens mij customer centric. Omdat je dan bij alles wat je doet meeweegt wat de impact op je klant is. En of dat nou is een nieuw systeem in huis halen, of dat nou is dat jij je communicatie aanpast, of dat het is dat je een proces aanpassing doet, dat kan prima. Weet je, heel veel dingen zijn om een proces aan te passen omdat je daarmee efficiënter wordt en daarmee kosten bespaard. Maar ook dan moet je je afvragen; "en wat voor effect gaat het op de klant hebben?" En dat zou eigenlijk altijd een factor moeten zijn die meeweegt in je besluitvorming. Dat wil niet zeggen dat dat altijd voor moet gaan. (Ok, dus het is niet zo dat het belang van de klant boven het belang van het bedrijf staat?). Ik denk dat dat

heel gevaarlijk is om te doen. Ik denk, in een gezonde situatie moeten die partijen gelijkwaardig aan elkaar zijn. De klant is heel belangrijk maar de organisatie ook als de organisatie alleen maar doet wat de klant wil, dan zou de organisatie heel erg onderdanig worden aan de klant. Dan vrees ik voor de toekomst van het bedrijf. Want je moet ook nog als bedrijf gezond zijn en je medewerkers moeten betaald worden, en je medewerkers moeten opgeleid worden en moeten een gevoel hebben bij het bedrijf en moeten zich prettig voelen en prettig kunnen werken. Dus er zijn meer belangen die heel belangrijk zijn waar je heel erg rekening mee moet houden. Dus; ja, de klant is heel belangrijk, alleen wat ik altijd zeg: ik kan ook het klantbelang dienen door tegen een klant te zeggen: "nee, dat doe ik niet". Het klantbelang dienen is niet synoniem voor altijd de klant gelijk geven. Dat is niet hetzelfde. (Het verschil klant vraag en klant belang?). Ja, maar weet je de klant kan iets vragen maar de vraag is of het in zijn belang is om hem dat te geven. En dan nog waar je ook rekening mee moet houden is; je hebt een klant, maar wij hebben er 450.000. En als wij één klant ergens maar gelijk in geven, omdat die klant dat nou eenmaal wil, dan stellen wij ons wel altijd de vraag: "wat voor impact heeft dat op de andere 449.999 klanten?". Verzekeringen zijn niet voor niets verzekeringen. En kennen niet voor niks voorwaarden en grenzen aan waar geven wij we of niet vergoedingen voor? Klanten willen eigenlijk altijd iets vergoed hebben. En een klant ziet een verzekering als een commercieel product en die zegt: "ik wil waar voor m'n geld, dus als ik €100,- premie per jaar betaal wil ik eigenlijk minimaal voor €150,- in de maand kunnen declareren". Wat een klant zich niet realiseert, is dat als alle klanten dat zouden doen, dan komt er dus voor iedere klant in een bedrijf €100,- binnen en moet er €150,- uit. Zo'n

bedrijf gaat nog geen jaar overeind blijven. Want dat kan gewoon niet. Het is onmogelijk. Dus het kan niet zo zijn dat iedereen die een verzekering heeft even veel uit die verzekering trekt als wat die erin stopt. Dat is niet het principe van verzekeren. (Maar snappen klanten dat?). Nou dat vraag ik me af. Ik denk ik veel gevallen niet. We zijn als maatschappij zo geïndividualiseerd dat we het hele concept, het hele solidariteitsbeginsel van verzekeren een beetje kwijt zijn. En bovendien we worden verplicht om ons te verzekeren. We hebben niet eens een keus. De enige keus die we hebben is voor welke verzekering we gaan. Maar we kunnen er niet voor kiezen om ons niet te verzekeren. Dus als ik zeg van "nou ja, sorry maar ik vind dat allemaal onzin, ik hoef dat niet. Leuk dat ik geld in een pot gooi en als ik dan wat heb dat ik daar gebruik van kan maken. Ik leg liever een eigen spaarpot aan. Ik doe het wel zelf". Ja, dat mag niet in Nederland. Dus het wordt ons een beetje opgedrongen. En dat helpt ook niet in de perceptie. Het is wel heel begrijpelijk vanuit het solidariteitsbeginsel; als we allemaal bijdragen dan hoeven we allemaal maar relatief weinig bij te dragen en kunnen we toch heel Nederland gezond houden. Dat is het idee erachter. Omdat een deel van de bevolking heeft geld nodig om zorg te kunnen krijgen, en een deel van de bevolking is gewoon gezond. En als we allemaal nou een beetje bijdragen dan kunnen we met z'n allen heel Nederland gezond houden in plaats van dat de mensen die niet gezond zijn allemaal failliet gaan omdat ze de kosten niet kunnen dragen. Dat is natuurlijk wel waar verzekeren over gaat. Alleen dat zijn we een beetje vergeten. En we kijken alleen nog maar naar onze eigen portemonnee, en we vinden dat we als we €100,- in de maand moeten betalen, dat is hartstikke veel. En als we dan vervolgens voor €50,- aan kosten maken en de verzekeraar zegt; "ja,

sorry die krijgt u niet vergoed” dan zijn we boos; “ik betaal potverdorie €100,- in de maand en dan mag ik niet eens €50,- declareren! Waardeloze verzekeraar!”. En de kunst is; kun je het dan uitleggen? Kun je dan uitleggen waarom je dat niet vergoedt? En dat is heel moeilijk want dat betekent dat je eigenlijk in de ogen van de klant als verzekeraar zegt; “sorry, u kunt het wel belangrijk vinden, maar ik ga voor u bepalen dat dit helemaal niet zo belangrijk is voor uw gezondheid”. Dat is natuurlijk heel raar. Er zit een heel raar spanningsveld in de perceptie over de zorgverzekeringen. Ik denk ook niet dat je dat van vandaag op morgen op gaat lossen. Ik denk ook wel dat alle verzekeraars er rekening mee moeten houden dat het maakt niet uit hoe goed je het doet, er zullen altijd ontevreden blijven want je zal altijd klanten nee moeten verkopen. Dat hoort erbij. (En over wat je net zei over de klant meenemen in alle beslissingen die je maakt) het klantbelang meenemen (is het dan belangrijk dat je je klanten kent?). Ja, of in ieder geval dat je weet hoe een klant zich gedraagt, en daaruit hebt afgeleid wat een klant dan kennelijk wil. En daarin wordt je naarmate je dat langer doet wordt je daar steeds bedrever in. En kun je steeds beter gaan voorspellen hoe een klant zich zal gedragen als jij aan bepaalde knoppen draait, en als je bepaalde dingen veranderd. En dat is eigenlijk gewoon learning by doing. Doe het maar, kijk wat er gebeurt dan heb je daar weer van geleerd. En dan weet je; als ik dit doe heeft dat deze impact. Hoe vaker je dat soort dingen doet, hoe beter je weet hoe een klant reageert op de dingen die je doet. En dan kun je dus ook veel beter gaan voorspellen van ok, maar wat voor impact gaat dit hebben op de klant en op hoe die dingen ervaart. Als wij ergens iets veranderen in onze processen en we merken ineens dat het aantal telefoontjes met

20% omhoog gaat, en dat gaat allemaal over dat onderwerp waar wij iets hebben veranderd, dan weet je; we hebben iets veranderd waar de klant iets van merkt en kennelijk niet zo blij mee is. Als een klant blij is dan belt die niet. Dan is die blij en vindt hij het fijn en is hij tevreden. Als hij niet blij is, of iets niet snapt, of het is niet duidelijk dan gaat die bellen. Dus dat is voor ons hele belangrijke informatie. En daar leren we van, en op die manier probeer je altijd bij alles wat je doet vooraf een inschatting te maken wat voor impact gaat dit hebben op onze klant? En alleen al door dat te doen blijf je in de organisatie het bewustzijn houden van; alles wat wij doen heeft impact, op de één of andere manier op de buitenwereld. En dan ga je misschien wel hele andere keuzes maken. Of denk je in ieder geval anders na over keuzes die je maakt. (Heb je dat nodig, weten hoe klanten reageren). Ja. Want anders kan je niet weten wat een klant wil. (Wie houdt dat bij de telefoontjes enz. Wie meet dat?). Dat gaat op verschillende manieren. Daar heb je je systemen voor, daar gaan we onze systemen ook voor vervangen om dat soort dingen veel beter te kunnen vastleggen en die data beter te kunnen ontsluiten en daar meer inrichten uit op te doen. Maar ja, wie doet dat? Uiteindelijk iedereen. Maar ergens komt al die data bij elkaar en zijn er analisten, business analisten, marketing analisten, noem het maar. Die data zo aan elkaar knopen dat er zinvolle informatie uit komt. Maar de informatie wordt verzameld uit je heel organisatie. De klantenservice legt vast wie er belt, waarover ze bellen. Het web team stelt vast welke pagina's veel worden bezorgd om vast te stellen waar ligt dan die interesse van die klant, waar zoekt die veel naar? En probeert die informatie zo makkelijk mogelijk vindbaar te maken. Maar al die data proberen we vast te houden en te gebruiken om inzicht op te

doen over wat de klant wil. Want het wordt ook een beetje irritant voor klanten als je ze elke keer maar blijft vragen: “wat wil je”, “wat vind je”, “vond je dit leuk”, “vond je dit niet leuk?”. Mensen raken ook een beetje onderzoeks-moe. Er zijn zoveel, bijna ieder bedrijf doet NPS onderzoeken, bijna ieder bedrijf vraagt na afloop van een aankoop krijg je een mailtje; “kun je even zeggen wat je ervan vond?”. Dus wat gebeurt er? Mensen raken daarmee overvoerd, en we doen ook steeds meer online, dus we krijgen steeds meer van dat soort dingen binnen. Op een gegeven moment ga je het negeren. Net als reclame vroeger op tv, toen er nog maar net tv was, was het hartstikke leuk, maar als je iedere vijf minuten een film onderbreekt voor reclameblokken gaat het irriteren. Mensen nemen het ook niet meer op, gaan andere dingen doen tijdens de reclame. Dat ga je hiermee ook krijgen, dus ik denk dat de tijd waarin je mensen kon vragen naar wat ze willen, die tijd is zo meteen voorbij. Mensen verwachten dat je wel weet wat ze willen. En dat is heel dubbel, en dat is met name in deze sector heel dubbel. Want je kan wel heel veel data vasthouden, maar we hebben met name in de zorgsector heel veel regelgeving rondom privacy. Want wij mogen helemaal niet alles vasthouden. Dus daarin worden we ook een beetje beperkt. En aan de ene kant verwacht de klant van ons dat we alles van hem weten, en dat we dus overal proactief op kunnen acteren. En aan de andere kant is er een overheid die zegt; “ho, ho jij mag zomaar niet al die gegevens gebruiken, dat is privacygevoelige informatie. Dat zijn medische gegevens, daar kun je niet zomaar iets mee doen”. En roept die klant met de overheid mee: “ja, je moet wel mijn privacy beschermen”. Maar aan de andere kant verwacht die van ons dat we, net als alle andere commerciële bedrijven, dat we alles weten en daarop inspelen en voor hem relevant zijn. (Heb

je het dan bijvoorbeeld dover declaratiegedrag?). Het kan van alles zijn, ik kan me voorstellen dat het voor een klant heel prettig zou zijn dat als hij bepaalde medicijnen gebruikt die niet in zijn verzekering zitten, en er wordt besloten dat die medicijnen in het nieuwe jaar wel vergoed worden, hoe gaaf is het als je dan je klant kan laten weten: “ik heb goed nieuws voor je; afgelopen jaar heb je iets gedeclareerd wat wij niet hebben kunnen vergoeden, maar voor aankomend jaar kan dat wel. Hartstikke mooi nieuws toch?”. Maar dat mogen we niet. Want we mogen niet het medisch gegeven dat de klant die medicatie gebruikt mogen wij helemaal niet gebruiken voor andere doeleinden dan de verzekeringstechnische doeleinden. Dus daar zit een beetje een complex spanningsveld waarbij je moet kijken wat nog in het klantbelang is en wat niet. En hoe blijven we wel binnen de grenzen van de wet. Want de wet bepaald wat we wel en niet mogen. (Kun je meer kenmerken nomen van klant centraal?). Als je kijkt naar bedrijven en naar klanten dan is er één gezamenlijk factor die ze hebben: een organisatie bestaat uit mensen en een klant is ook een mens. En daarmee begint voor mij het goed zorgen voor je klant, begint met het goed zorgen voor je medewerkers. Een blijde en tevreden medewerker zal sneller iets goed voor de klant willen doen dan een gefrustreerde medewerker die het gevoel heeft dat de organisatie niet naar hem luistert. Het is heel moeilijk om naar een klant te luisteren als het bedrijf niet naar jou luistert. Om echt de klant centraal te kunnen stellen moet er een soort klantgerichtheid in je DNA zitten, in het DNA van je bedrijf (in de cultuur?) In de cultuur van je bedrijf. Als dat er niet is dan is het heel moeilijk om de klant centraal te zetten. En dat moet in je bedrijfscultuur zitten tot op het aller, allerhoogste niveau. Dus ook in de directiekamer moet de klant

aan tafel zitten. Dus als dat niet zo is, dan blijven er strategische keuzes gemaakt worden die misschien helemaal niet zo handig zijn voor de klant. En daar wordt toch de richting van je bedrijf bepaald. (Is dat een probleem in de zorgverzekeringswereld, die cultuur die er nog heerst). Ik denk deels wel, ik denk dat voor een heel groot gedeelte inderdaad wel een probleem is. Dat de hele sector zich zo heeft ontwikkeld dat de klant met enige regelmaat toch wel van de kaart is gevallen. Omdat er zoveel belangen zijn, en het zo complex is, en er ook nog een overheid is die daar een heel belangrijke stakeholder in is, dat dat wel in heel veel bedrijfsculturen erin is geslopen. En wil je dat weer opbuigen dan is dat wel lastig. Maar het kan wel. Maar mijn ervaring is, ik heb wel bij meer bedrijven gezeten waar ik ook echt de klant op de kaart wilde zetten, dat kan alleen als er op het hoogste niveau in de organisatie iemand zit die dat ook geloofd. Je moet een sponsor hebben hoog in de organisatie, en als dat er is dan kun je een cultuur gaan ombuigen. Als dat er niet is, weet je je krijgt van onderaf een cultuur niet om. Dan zul je echt moeten wachten toep de top wordt vervangen door mensen die wel op een andere manier denken en op een andere manier naar de wereld kijken. (Waarom is het zo belangrijk om klant centraal te zijn? Is dat het klant binnenhalen?). Nee, het is de klant binnenhouden. Niet binnenhalen, want binnenhalen is alleen maar de commerciële kant ervan. Binnenhouden heeft natuurlijk ook wel een commerciële kant, maar daar zou je eigenlijk je relatie moeten bouwen. Daar zou eigenlijk ook een emotionele component moeten zitten. Het is de klant binnenhouden. En waarom is dat belangrijk? Ja, waar sta je als bedrijf als je geen klanten meer hebt? Dan is het over. Je ontleent je bestaansrecht aan je klanten, en de klant bepaald of jij

meerwaarde hebt voor hem. En daarmee bepaald de maatschappij of jij meerwaarde hebt in deze maatschappij. Heb jij die niet, dan heeft je bedrijf geen reden van bestaan. En dan stopt het. Dat is een beetje hoe ons economisch systeem werkt. Dus ja, als je de klant onbelangrijk maakt, dan zet je de duurzaamheid van je bedrijf op het spel. Dat geloof ik echt. En we hebben natuurlijk wel, met name in de financiële sector lijkt dat een beetje anders, maar ook in de telecom en in de energie; we zijn afhankelijk van de energie, we kunnen nu eenmaal niet zonder. Dus daar heeft heel lang de klant niet op de kaart gehoeven, omdat of de klant je nu aardig vond of niet aardig vond, hij nam toch energie af. En dat is met telefonie ook. In de financiële sector is dat ook. Maar wat je nu ziet is dat de klant wel kan beslissen met wie die zaken doet. Er zijn wel heel veel partijen, en er komen ook steeds meer partijen die de wensen van de klant kunnen invullen, op een heel andere manier dan we gewend zijn. En dat dwingt die oude sectoren zeg maar, om toch ook dat klantbelang belangrijk te gaan vinden. (Kun je meer voorbeelden noemen waarin <HEALTHCARE INSURANCE G> klant centraal is?). Bij ons die die klant extreem centraal want zijn een stichting, wij hebben dus geen winstoogmerk, en we dus ook geen aandeelhouders. Dus voor ons is echt alleen de klant belangrijk. De klant bepaald of wij als bedrijf blijven bestaan of niet. Letterlijk want wij hebben geen aandeelhouders die geld in het bedrijf kunnen pompen ofzo. Wij moeten het echt hebben van de klanten waarmee we zaken doen. Dus daarmee zijn klanten voor ons sowieso al heel belangrijk. Ja, hoe laat je zien dat je dat doet? Ik denk dat wij heel zuiver zijn in onze communicatie, we zijn ook niet heel erg commercieel in onze communicatie. We hebben ook niet per se de behoefte om heel snel groot te

worden of te groeien. Dat is geen ambitie op zich. Wij willen de klanten die we hebben het allerbeste kunnen bieden. En die belofte willen we kunnen waarmaken. En we hopen dat klanten dat op die manier ook ervaren, en dat ze zo lang mogelijk bij ons blijven. En daar doen we heel erg veel voor. Dat is gewoon heel erg belangrijk. En het feit dat we natuurlijk een zuivere restitutie partij zijn; wij dwingen de klant niet in een keurslijf. Dus de klant bepaalt het zelf. Heel letterlijk in ons geval. Daar blijkt denk ik ook wel uit hoe belangrijk die klant voor ons is. Wij gaan niet op de stoel van de klant zitten en voor hem bepalen hoe het moet. Want een klant mag zelf bepalen welke zorg die wil. En volgens mij is dat binnen de zorgverzekeringssector het ultieme wat je kan doen voor je klant. Dat je zegt; jij bepaald. Binnen de grenzen van de voorwaarden die je hebt ingekocht en dat wordt bepaald door de verzekering die je hebt gekozen. En ook daarin proberen we zo transparant mogelijk in te zijn. Onze polisvoorwaarden proberen we zo duidelijk mogelijk neer te zetten. En daar waar het onduidelijk is proberen we altijd coulant te zijn naar de klant. En als het echt helemaal niet duidelijk is geven we het voordeel van de twijfel. Dan is het ons probleem en niet het probleem van de klant. (Wordt er veel advies gegeven vanuit <HEALTHCARE INSURANCE G>?). Ja, het is ook iets wat wij aanbieden vanuit de zorgkant. We hebben wachtlijstbemiddeling, mensen kunnen met vragen bij ons terecht over behandelingen over wat handig is om te doen of niet te doen. Dus wij geven ze wel adviezen, alleen de klant kiest. En niet wij. En als een klant zegt "ja, het is voor mij heel belangrijk dat ik volgende week al geopereerd kan worden maar dat kan niet bij mijn eigen ziekenhuis", nou dan gaan wij opzoek naar een alternatief. En dan komen wij met; "dit zijn de ziekenhuizen waar je deze operatie kan

uitvoeren binnen een week, maar jij kiest niet wij". (Wat nu wanneer de beste keuze voor een klant nadelig is voor het bedrijf?). Dan is dat zo. Want op het moment dat je een verzekering sluit hebben wij eigenlijk met jou afspraken gemaakt over welke vormen van zorg jij vergoed krijgt van ons. En wij maken daar geen onderscheid in. Dus zolang jij in Nederland zeg maar gebruik maakt van zorg en die zorg valt binnen de grenzen van het product, van de afspraken die je met ons hebt gemaakt door het product dat je hebt gekozene, dan verbieden wij niks, dus dan keren wij uit. En dan pakken wij de pijn, want dat is de afspraak die we hebben. (En dat is in het klantbelang). Voor de klanten die dat belangrijk inden dienen wij het klantbelang. Je moet ook reëel zijn; wij kunnen niet het belang dienen van iedere Nederlander. Dat gaat niet lukken, daarvoor zijn er teveel verschillende Nederlanders, met teveel verschillende wensen. En daarom zijn er verschillende verzekeraars en daarom is er keus. Omdat afhankelijk van wat je zoekt kun je een verzekeraar kiezen. De mensen die ons kiezen die mogen erop rekenen dat ze die vrije keus hebben. Dat ze zelf mogen kiezen wat ze doen, dat ze zelf mogen kiezen welke zorginstelling ze willen als ze zorg nodig hebben. De enige beperking die we hebben, en die iedere verzekeraar heeft, is je kunt alleen die dingen declareren waarvoor je verzekerd bent. Als je er niet voor verzekerd bent, dan heb je nog steeds vrije keus, maar dan krijg je die vergoeding niet. En voor de rest, zitten er geen addertjes, er zitten geen beperkingen. En er zijn bepaalde situaties waarbij wij zeggen; "nou klant, wij denken dat jij niet bij ons past". Maar dat geldt alleen voor onze top-aanvullende verzekeringen. Want in Nederland mag je voor een basisverzekering niemand weigeren. Wij hebben ook aanvullende verzekeringen waar we geen

selectie op hebben, iedereen mag dat bij ons afnemen, iedereen is welkom. Maar we hebben ook een aantal producten waarbij we zeggen van “ja, dat zijn zulke exclusieve afspraken, daarvan willen we voordat we met jou die afspraak aangaan weten wie jij bent, wij vertellen wie wij zijn, wij willen weten wie jij bent”. En dan gaan we kijken of dat gaat passen. En als we denken dat dat gaat passen dan willen we heel graag een hele langdurige relatie met je opbouwen. Als dat niet gaat passen, ja dan past dat niet. Dat is ook klantbelang. Dat is wat ik bedoel; nee, zeggen is ook klantbelang. Als wij denken “wij gaan jou wensen helemaal niet kunnen dienen” (Heb je het dan over dat een verzekerde verwacht zich voor bepaald kosten te verzekeren wat niet in dat pakket zit; dus een verkeerde verwachting?). Nee, het zijn bepaalde, wij hebben van alle verzekerden, de meest verzekeringen kun je bij ons gewoon sluiten. En dan kun je afhankelijk van de keuze die jij maakt heb je bepaalde dingen wel en bepaalde dingen niet verzekerd. We hebben ook een aantal aanvullende verzekeringen waar een selectie op zit. Waarbij wij een selectie op doen voor wij zeggen: “ok, dit product mag je bij ons afnemen”. (Dus ook om je bedrijf in te dekken tegen hele hoge vergoedingen). Ja, want dan gaan wij failliet. Want als wij failliet gaan moeten wij 450.000 klanten gaan teleurstellen. En dat is natuurlijk niet de bedoeling. Ieder individu waar wij een afspraak mee hebben, met ieder individu moeten wij onze afspraken kunnen maken, niet alleen vandaag maar ook morgen. Dat betekent dat we dus ook kritisch moeten zijn hoe we het geld dat binnenkomt weer teruggeven aan onze klanten. En het voorbeeld wat ik net gaf, en dan is eigenlijk het cirkeltje weer rond, als iedereen ons €100,- betaald volgend de afspraak, dan kunnen wij niet iedereen €150,- aan declaraties uitkeren. Dat kan gewoon niet. Dat is

een heel simpele rekensom. Want dan gaan we failliet. (Dus dan heb je het weer over het grote plaatje) Ja. Het is heel vervelend om tegen een klant te zeggen “nee, wij kunnen dit niet voor je doen”. Maar op het moment dat die klant geen zorg nodig had gehad, en zijn buurman had die zorg wel nodig en we gaan die buurman dat wel geven en vervolgens zeggen we tegen jou je premie gaat met 20% omhoog volgend jaar, want jouw buurman was te duur in de zorg, wat zeg je dan? Dat zeg je tegen mij; “hoe kun je die buurman dat nou uitkeren, want nu heb ik er pijn van dat mijn buurman zulke hoge zorgkosten heeft”. Die afweging moet je steeds maken, en dat gaat om het individuele klantbelang, maar er is ook nog een collectief klantbelang waar je als verzekeraar verantwoordelijk bent. Iedereen heeft geld ingelegd in de pot, en iedereen heeft daarin eigenlijk evenveel rechten. En daarin moet je wel een balans proberen te houden. (En dat is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar?) Ja. (Kun je kenmerken noemen van transparantie?). Ook daarin vind ik dat je uit moet gaan van het klantbelang. Ik ken ook varianten ook in de bancaire sector, waar transparantie tot zoveel verwarring heeft geleid bij de consument. Dat die er eigenlijk helemaal niet beter van is geworden, dat die er eigenlijk alleen maar heel erg onzeker van is geworden en helemaal niet meer wist waar die voor moest kiezen en waar die zijn keuze op moest baseren. Dus ik ben heel erg voor transparantie daar waar het relevant is. En ik vind het heel goed dat er allerlei toezichthouders zijn, daar zijn we heel erg transparant zijn, dat zijn we wettelijk ook verplicht. En die zorgt dat alle verzekeraars zuiver zaken blijven doen en dat alles netjes en verantwoord is wat we doen. Ik vind ook dat je naar de klant transparant moet zijn op die punten waar het voor de klant relevant is. Dat betekent je moet heel erg

transparant zijn in het beantwoorden van de vraag: “wat krijg ik wel vergoed, en wat krijg ik niet vergoed als ik deze verzekering afsluit”. Daar moet je zo transparant mogelijk in zijn. “Welke premie betaal ik ergens voor”, en dingen die verder transparant moeten zijn is dat de klant moet weten wat wij doen met zijn gegevens, dat moet voor hem duidelijk zijn, hij moet blind op ons kunnen vertrouwen, dat wij heel zuiver en netjes omgaan met wat wij samen met hem doen, in de afspraken die we samen hebben gemaakt. Alleen het is wel een verplichting van twee kanten. Een verzekering is eigenlijk niks meer dan het maken van een afspraak met elkaar. En wij moeten onze kant van die afspraak nakomen, en de klant moet zijn kant van die afspraak nakomen. Alleen onze kant van de afspraak is veel complexer. De kant van de klant is makkelijk, er is een bepaald prijskaartje, en wij verwachten van jou dat jij dat iedere maand aan ons betaald. Daar staat tegenover dat wij dat heel complexe gebeuren voor jou regelen. En wij proberen dat zo inzichtelijk mogelijk te maken. En wij zijn daar ook wel heel erg open over. Wij kunnen zelfs een klant nee verkopen en aan het eigen ophangen en een tevreden klant hebben. Omdat hij snapt waarom. En dat is ook wel een regel waarvan ik vind dat iedereen hem zou kunnen hebben: als je het niet aan een klant kan uitleggen moet je het niet doen. Want dan is het niet goed. Als je het niet kan uitleggen dan is er iets niet in orde met de keuze die je wilt maken. (Je noemde net ook vertrouwen, is transparantie een middel om vertrouwen te krijgen van klanten?). Ja, het is een onderdeel van. Ik denk dat heel belangrijk is in vertrouwen is dat je nooit iets beloofd wat je niet waar kan maken. Alleen maar dat beloofd wat je ook echt waar kan maken. En mocht er dan een onvoorziene situatie zijn waarin je dat niet kan, dat je dan volledig

transparant bent over waarom je dat niet kan. En al die verantwoordelijkheid bij jou ligt, omdat er bij jou iets fout is gegaan. Wees daar dan transparant over, en zeg dan ook er is bij ons iets fout gegaan. Want als er bij jou iets fout is gegaan moet je ook de schuld op je durven nemen en tegen de klant zeggen: “daar kunt u niks aan doen, dus wij gaan dat voor u oplossen”, zo wek je vertrouwen. (Is er een gebrek aan vertrouwen bij de klanten?). Volgens mij is dat een retorische vraag. Ja, absoluut. Er is een gebrek aan vertrouwen in de hele financiële sector. En verzekeraars zijn daar een onderdeel van. Ja, daar is wel veel gebrek aan vertrouwen. (Is transparantie een onderdeel van klant centraal). Ja. (Kun je meer voorbeelden noemen van transparantie naar klanten toe bij <HEALTHCARE INSURANCE G>? Het gaat dus niet om de hoeveelheid aan informatie, maar om het kunnen uitleggen aan klanten). Ja, want weet je, ik denk als wij alles volledig van a tot z zouden uitkauwen en op de website zouden zetten, komt er geen hond meer op onze website want niemand snapt er meer iets van. Dus transparantie is voor mij; je moet relevant zijn in de informatie die je geeft. De informatie die je geeft moet relevant zijn, als het niet relevant is heeft het geen zin om iemand ermee te vermoeien. Maar zodra het wel relevant is voor de klant, dan moet je zo transparant mogelijk zijn. Binnen de wet voor zover je dat mag. Want we mogen het ook niet altijd. (Heeft het dan ook te maken met de groep verzekeren van <HEALTHCARE INSURANCE G>, dat is een groep die er al voor kiezen heeft of zelf te kunnen kiezen voor hun zorgaanbieder. Het zijn dus al waarschijnlijk klanten die daarin zelf keuzes willen maken en actief opzoek willen gaan). Ja. Ik kan me voorstellen dat mensen die zeggen “ik wil liever dat alles helemaal voor me geregeld wordt en die vrije keuze dat weet ik allemaal niet, dat vind ik allemaal

moeilijk en ingewikkeld". Dat kan, dan kan je theoretisch nog steeds wel bij ons terecht. Maar de vraag is, ik kan me voorstellen dat je er dan ook onzeker van wordt. Alles kan en alles mag, maar je moet wel weten welke afspraak je met ons hebt gemaakt, om je eigen keuzes te kunnen maken. En al je het niet weet dan kun je altijd contact met ons opnemen en dan kunnen we samen kijken in hoeverre dat wat jij zou willen past. Maar je moet dus wel bereid zijn om die informatie te halen. Je moet het zelf heel belangrijk vinden ok. En ja dat is niet voor iedereen weggelegd. (En wat je noemt in het gewaardeerd worden door klanten, en dat het in de visie zit. Kun je dan zeggen: "wij zijn klantgericht!". Of is dat iets waar je altijd naar streeft?). Het kan altijd beter, en je hebt altijd wat te winnen. Ik denk dat wij voor de zorgverzekeringssector bovengemiddeld klantgericht zijn. Maar ik denk dat we daar nog beter in kunnen worden. Dat we nog veel beter onze klanten kunnen leren begrijpen, dat we nog veel beter kunnen inspelen op wat die klant nou echt van ons vraagt, en van ons wil. En dat we proactiever kan. Wat ik weleens gekscherend zeg is: onze reactieve klantgerichtheid is nagenoeg perfect, maar hoe gaaf zou het zijn als ik proactief klantgericht zou kunnen zijn. Dus al de klant iets biedt voordat die weet dat die het nodig heeft. Dan ga ik verrassen, als ik ga verrassen dan ben ik echt een band met mijn klant aan het opbouwen. (Is dat dat lastig doordat je dus niet die privacygegevens kan/mag gebruiken?). Ja dat is lastig. (Want dan zou je kunnen zegge: "ik zie dat je dit gedeclareerd hebt; kun je nu niet beter.?"). Daar bemoeien we ons niet mee, dat is de vrije keus van de consument. Dan zouden we toch weer op de stoel van de consument gaan zitten en gaan sturen. Dus nee, dat doen we niet. Dat zijn niet de dingen die je wil doen. Maar

het gaat wel om het proactief informeren van klanten. En daar relevant in zijn. Tuurlijk kan ik al mijn klanten informeren over het feit dat een bepaald medicijn volgend jaar vergoed wordt. Maar voor 90% van mijn klanten is het helemaal niet relevant. Dus dat is onnodige transparantie, want ze krijgen allemaal informatie van mij waar ze niet op zitten te wachten. Ik maak een klant daar eigenlijk helemaal niet blij mee. Dus als ik het echt goed wil doen dan stuur ik die informatie alleen naar die mensen voor wie het relevant is. Dan ben ik echt klant gericht bezig. (Dat kan nog niet?) Niet ik alle gevallen, nee. En daar worden we ook door de privacy wetgeving beperkt, omdat we sommige gegeven gewoon niet mogen gebruiken. Dus dat kunnen we dan ook niet. We zijn als <HEALTHCARE INSURANCE G> wel een hele nette club. Die alle wet- en regelgeving heel erg serieus neemt. Voor mij als marketeer weleens een beetje té. Dat ik denk; "jongens kom op, denk nou even aan die klant, want die klant wil dit helemaal niet". Maar goed, als de wet het zegt... wat je eigenlijk wil is dat je op ieder moment voor iedere klant relevant bent, dat is wat je wil. Op het goede moment, altijd op het goede moment. (En dat is het ultieme klant centraal?). Ik denk dat je niet meer voor een klant kan doen dan dat. En als je dan ook nog relevant kan zijn voor die klanten die geen zorg nodig hebben, voor de gezonde klanten die we hebben. Als je ook nog meerwaarde voor ie groep kunt hebben. Dan ben je optimaal klantgericht. (Wat staat er nu, behalve die privacy wetgeving, nu in de weg om nog meer klant centraal en transparant te zijn). Het is voor mij, transparantie is niet synoniem aan klant centraal stellen. Ik denk dat wij heel erg transparant zijn als partij. Ik geloof niet dat we transparanter hoeven zijn dan we zijn. Wij leven al heel erg vanuit het idee dat wat we doen moeten we aan de klant

kunnen uitleggen. En dat doen we, ik zit hier nu twee maanden, volgens mij hartstikke goed. Anders stonden we niet bovenaan in klanttevredenheid. Alleen waar we nog iets te winnen hebben is in dat proactieve en in het beter gebruiken van de gegevens die we hebben en die we dan mogen gebruiken. En daar zijn we nu heel hard mee aan het werk. En dat heeft afgelopen jaren wel wat pijn opgeleverd. Maar dat hebben we wel gedaan om op de lange termijn steeds relevanter voor iedere individuele klant te kunnen worden. Dat is de bedoeling. (En als je het hebt over transparantie, het goed kunnen uitleggen van keuzes. Wat nu als je het heel goed uitlegt maar de klant snapt het niet). Dan kun je het niet goed uitleggen. Kijk er zullen altijd situaties zijn waarbij een klant niet snapt waarom je dat doet. Als een keuze betekent dat de klant geen gelijk krijgt, in die situaties. Dan zal een klant altijd zeggen ik begrijp het niet of ik ben het er niet mee eens. En dat mag. Maar ik vind wel, klant en bedrijf moeten gelijkwaardig zijn aan elkaar. Wij doen ontzettend veel inspanningen om te snappen wat belangrijk is voor een klant, en tijd en energie te steken in het zo goed mogelijk faciliteren van het belang van de klant. Maar daar moet ook tegenover staan dat de klant begrip heeft voor het bedrijf. Dan hebben we een gelijkwaardige relatie. Dan kunnen we heel goed voor elkaar zorgen. Maar er zullen altijd mensen zijn die het organisatie belang niet willen erkennen en alleen maar zichzelf belangrijk vinden en verder niemand anders. Die mensen zullen je nooit snappen. Dat is heel erg vervelend en jammer, maar die zullen je nooit snappen. Als honderd klanten in een vergelijkbare situatie ons niet snappen doen we iets fout. Dan doen we echt iets fout. Als ik het aan honderd klanten niet kan uitleggen, omdat honderd klanten niet snappen. Dan doe ik iets fout. Maar er

zal altijd een individuele klant zijn die iets niet snapt. (Staat dat je dan in de weg?). Het is niet leuk, het is niet prettig, maar als wij iedere individuele klant het goed willen doen, dan zouden we eigenlijk niet veel meer dan 4000 klanten kunnen hebben. Dat is niet meer te overzien. Ik kan niet 450.000 klanten individueel vragen of ze snappen waarom ik een gebaalde keuze wil maken. Dat gaat niet. Dus weet je, het is utopist om te denken dat je van alle klanten die je hebt, dat iedereen met vlaggetjes gaat zwaaien, dat iedereen altijd blij is. Dat kan gewoon niet. Maar je kan wel proberen daar zo dicht mogelijk bij te komen. (Maar mensen die echt ontevreden zijn die lopen weg). Ja, mensen die ontevreden zijn en ons dat laten weten dat zijn voor ons hele belangrijke klanten want dat zijn betrokken klanten. Want als je namelijk geen enkele band met me had dan laat je niet weten dat je ontevreden bent, dan ga je gewoon weg. Dan hoor ik niks van je, dan zie ik niks van je. Maar laat je het weten, dan ben je voor mij een belangrijke klant. Dan zal ik altijd proberen om het op te lossen als bedrijf. We hebben daar een hele speciale afdeling voor die mensen te woord staat en echt probeert een oplossing te zoeken. Dat lukt in heel veel gevallen, maar soms lukt dat niet. En hoe jammer het ook is maar ook dan heeft een klant de vrije keus om te verrekken. Als die zegt; "ik denk dat een andere verzekeraar mijn belangen beter kan behartigen", dan is die vrij om die keuze te maken. Wat wij wel jammer vinden, we hopen dat er zo weinig mogelijk mensen zijn die we met dat gevoel achterlaten. Maar je kunt het niet altijd voorkomen. Soms willen mensen dingen waarvan wij heel eerlijk moeten zeggen; dat kunnen wij niet. Of soms moeten wij zeggen dat we er bewust voor hebben gekozen dat dat niet past bij wat <HEALTHCARE INSURANCE G> is, daar zijn andere partijen voor. (Maar dat is toch

de reden dan ook dat er verschillende partijen zijn?). Ja, dus dat hoort een beetje bij het spel wat je met elkaar speelt denk ik. (Als je het dan hebt over de premieopbouw, die is bedoeld om meer inzicht te geven en meer transparantie te creëren vooral als vergelijkingsmateriaal voor klanten. Is die informatie relevant, en is dat inderdaad vergelijkbaar?). Ik denk wel dat het vergelijkbaar is, maar in alle eerlijkheid; ik denk dat als jij 100 consumenten, die een andere verzekering hebben afgesloten, gaat vragen heeft u gekeken naar de premieopbouw? En is dat voor u een factor geweest? Een bepalende factor geweest in uw keus? Dat durf ik wel dat 98 van de 100 zegt: “nee, niet naar gekeken”. Want mensen zijn bezig met wat ze moeten betalen. Wat kost mijn verzekering? Bij de een kost die 97 euro en bij de ander 86 euro en bij de ander 105 euro. Dat is wat klanten zien. En vervolgens gaan ze kijken naar: “en wat krijg ik dan voor dat geld?”. In de basisverzekering, die is voor iedereen gelijk. Met het enige verschil dat het natura of restitutie kan zijn. Maar dat die zorg altijd vergoed moet kunnen worden zit in de basisverzekering en is voor iedere Nederlander gelijk. Daar hoeft je eigenlijk niet eens heel kritisch naar te kijken. Bij je aanvullende de verzekeringen geldt dat wel. Maar dan kijk je naar de dekkingen; wat krijg je ervoor? Wat krijg ik vergoed en wat krijg ik niet vergoed. Ik denk dat dat veel relevantere informatie is voor een consument dan of de premie bestaat voor 70% of voor 60% of voor 50% uit x, y of z. En of ver 5% of 7% naar de medewerkers salsarissen gaat. Weet je, ik denk dat de gemiddeld consumenten daar helemaal niet op zit te wachten. (Is het dan wanneer het overbodige informatie is, is het dan negatief voor transparantie. Dat het voor verwarring kan zorgen?). Ja in sommige gevallen wel. Ik denk dat in sommige gevallen dat je juist de

consument onzeker maakt door dingen heel erg transparant te maken. Ik denk dat ook in transparantie moet je relevant zijn. Dat wil niet zeggen dat niet alles te vinden moet zijn. Maar je hoeft niet alle informatie in iemands gezicht te duwen. Ik vind wel dat als er een individu naar vraagt en zegt: “ik wil graag dit allemaal weten” dan moet je dat kunnen bieden. Dus in die zin dat je wel bereid moet zijn om 100% transparant te zijn. Maar de informatie die je proactief aan de consumenten geeft moet het relevant zijn. (Dus op het moment dat een klant ernaar vraagt moet het beschikbaar zijn.) Ja. (Is het dat nu niet?). Ik denk in heel veel gevallen wel, maar in en aantal gevallen niet. Op dit moment is de NZa weer mystery calls aan het doen met allemaal vragen om te kijken of we de juiste antwoorden krijgen. Daar gaat het toch nog wel met enige regelmaat mis. Transparantie is ook: kan ik mijn klant ondubbelzinnig vertellen wat die van mij mag verwachten. Nou kennelijk maken alle verzekeraars daar nog fouten in omdat het zo complex is. Dat ook verzekeraars, of medewerkers bij verzekeraars, niet altijd meer tot achter de komma weten wat er nou wel en niet in de basisverzekering zit. Want dat bepaalt de overheid. En dat sommige dingen voor interpretatie vatbaar zijn, en dat de een ja zegt en de ander zegt ja, tenzij... en een derde zegt nee. En hetzelfde geldt voor wat kost een bepaalde behandeling? Als je het dan hebt over transparantie dan zijn kosten die in rekening worden gebracht voor behandelingen zijn misschien wel veel bepalende voor de klant dan hoe zijn premie is opgebouwd. (Is het te complex? Het verzekeren?). Vanuit de perceptie van klanten: ja. Of het anders kan weet ik niet, want er zit natuurlijk wel een systeem achter en het klinkt altijd heel makkelijk door te zeggen: “maak het nou simpeler”. De reden waarom het zo complex is geworden, is

omdat altijd onduidelijk was. Omdat het multi-interpretabel was. En dat hebben ze eruit willen halen door alles dicht te timmeren. Maar daarmee is het ook heel complex geworden. Zijn we een beetje doorgeslagen met z'n allen in het hele privacy-verhaal en in onze juridische terminologie om ons achteraf maar te kunnen indekken wie nou gelijk had? Ja, dat denk ik wel. Ik denk wel dat we een beetje door zijn geslagen. Alleen dat heeft ook te maken met het feit dat de klant geen vertrouwens meer heeft in de sector, dus continu eist dat alles voor de volle 100% helder is en dat die precies wat zijn rechten zijn en wat zijn rechten niet zijn. En daar wordt op gereageerd; als je dat wil kan jij dat krijgen. Dat is een heel ongezonde relatie geworden. Waarbij ik denk; als we van uit vertrouwen met elkaar zaken zouden we doen zou de wereld er veel eenvoudiger en comfortabeler uitzien. (Heeft dat dan niet ook nog wel te maken met de hele cultuur bij verzekeren? Heel erg risico-calculeren). Ja. Dat is waar. Ik denk ook dat het helemaal niet erg is om daar transparant over te zijn. Maar nogmaals; transparant op die momenten dat het relevant is. Ik denk dat het ook geen geheim zou moeten zijn, dat er gerekend wordt. En dat wordt er om de doodsimpele reden van weer die €100,- en de €150,- euro. (Dus uiteindelijk ook in het klantbelang). Ja uiteindelijk wel. Want op het moment dat jij €100,- in een pot gooit en halverwege het jaar is de pot al leeg dan moet ik je volgend jaar vragen om €200,- in de pot te gooien. En dat gaat jouw portemonnee raken, want dat betekent dat jij twee keer zoveel zou moeten betalen om al die zorgkosten nog te kunnen dekken. Dat is wel het principe van verzekeren. Het principe van verzekeren is dat er jaren zijn waarbij jij meer betaald dan wat jij nodig hebt om op het moment dat jij het nodig hebt zelf gebruik te kunnen maken

van wat er in die pot zit. Dus er moet ook een pot zijn. De consument denkt dan: "die verzekeraar zijn hartstikke rijk, die hebben wel miljoenen op de bank", ja dat klopt; dat is namelijk jouw geld wat in ie pot zit en staat te wachten tot iemand het nodig heeft. Als die pot leeg zou zijn hebben we morgen een probleem. Dus het hele concept van verzekeren ja dat is nou eenmaal zoals het is. We kunnen er ook mee stoppen maar dan moet iedereen zijn eigen zorg weer gaan betalen. Dan voorzie ik chaos. (Ik hier de premiebouw cijfers van 2015; bestond dit al hiervoor al? Voordat het gepubliceerd werd?). Dat bestond al wel. Ja, want de premie is altijd opgebouwd geweest op basis van variabelen. Het kan wel zijn dat de opbouw anders was omdat de kosten anders waren verdeeld. Er is nu ergens collectief besloten dat dit de verdeling van de kosten moet zijn. Op deze wijze moeten ze transparant gemaakt worden. Dus ik weet niet of <HEALTHCARE INSURANCE G> altijd dit format intern heeft gehanteerd daar kan ik ook niet over oordelen, ik ben hier net twee maanden binnen, maar ja een premie heeft altijd uit componenten bestaan. (Kan deze premiebouw ook gebruikt worden als marketing? Als je weet dat klanten dit lezen). Dan zou ik eerst willen weten of klanten dit lezen, want dat vraag ik me af. Ik vraag me af of dit voor de consument relevant is. Ik kan me voorstellen dat dit relevant is voor aandeelhouders, hoeveel omzet van wat er binnenkomt, gaat er ook weer uit, en wat blijft er over. Maar goed dat hebben wij niet, want wij hebben geen aandeelhouders bij <HEALTHCARE INSURANCE G>. Ik heb serieus mijn vraagtekens bij of transparantie in de premieopbouw nou echt van heel veel commercieel belang is voor de consument. Ik denk het niet. Tenzij er misschien hele grote verschillen gaan ontstaan, want het is wel transparant. Als er

hele grote verschillen gaan ontstaan, kan ik me voorstellen dat iemand daar ooit een keer aandacht aan wil geven. Maar dat zal niet de consument zijn. Dan zal dat de media zijn of een toezichthouder die zegt van; "dit groeit wel heel erg scheef". Ik denk dat dit niet echt voor de consument wordt gebruikt. (Dus indirect voor de consument). Maar goed, het zou misschien een mini-onderzoekje waard zijn. Weet je, vraag het gewoon eens aan twintig mensen in je omgeving die bezig zijn geweest met de verzekering, of ze zich überhaupt ooit hebben afgevraagd hoe het premiebedrag is opgebouwd... Ik denk dat de meeste daar helemaal niet bij stilstaan. Iets heeft een prijs. Als jij een kledingstuk koopt in de winkel, vraag jij je dan af hoe die prijs is opgebouwd? (Ik denk dat heel veel mensen niet eens weten dat dit bekend is). De vraag is ook; is het relevant? Op het moment dat jij een broek wil kopen, en die broek kost €75,- of jij nou weet hoe die kosten zijn opgebouwd. Hoeveel productiekosten zitten erin, hoeveel transportkosten, hoeveel opslagkosten zitten erin en zo voort. En hoeveel marge zit erin. Als je dat zou weten, je blijft de keuze houden koop ik de broek of koop ik hem niet? Hij blijft €75,-. Dat gaat niet veranderen. Het enige wat je op een gegeven moment zou kunnen zeggen is kijken of je de broek in een andere winkel kan vinden. Maar dan ben je niet bezig met een component van die prijs. Dan vind je de prijs aan de dure kan en ga je kijken of je hem voor €70,- of voor €60,- ergens kan kopen. Maar je bent bezig met de prijs maar niet met hoe die prijs is opgebouwd. Ik geloof niet dat consumenten zo denken. Als ik heel eerlijk ben. (Weet je of deze cijfers met een accountverklaring zijn gepubliceerd?). Volgens mij wel, dat moet allemaal onderbouwd zijn en moet allemaal kloppen. Want het moet ook matchen met het

jaarverslag. En dat wordt natuurlijk volledig onder accountancy gedaan. Dus ja dit moet absoluut kloppen. Je moet kunnen aantonen dat dit zo is. Ander zou het helemaal nietszeggend zijn. Dan kun je het ook uit je duim zuigen. Dit zijn wel echte cijfers. (Wat ik mezelf nog afvroeg; wanneer je als verzekeraar zegt wij bieden alleen zuivere restitutie aan, waar is dan heb punt zorginkoop?). Zorginkoop wordt wel gedaan, ook door ons. Dat is de wijze waarop wij de kosten in de hand proberen te houden. Niet door de consument te sturen, maar door de zorgverlener te sturen. En op het moment dat wij met een zorgverlener afspreken dat hij de behandeling doet voor €20,- terwijl die als we geen afspraken met hem hadden gemaakt misschien wel €30,- in rekening zou brengen. Dan is dat ons voordeel, maar ook het voordeel van onze klant. Want als er minder in rekening wordt gebracht hoeft die ook minder eigen risico te betalen want daar zit je natuurlijk ook. Als er minder kosten worden gemaakt heb je ook minder kosten als consument. Voor dingen waar een eigen bijdrage aan zit, of waar je vanuit je eigen risico betaald, dus het is altijd zinvol om in te kopen. Alleen wat wij zeggen is dat als wij geen contract hebben met iemand, dan kan je er nog steeds zorg gaan halen. Alle verzekeraars doen aan inkoop. Natura verzekeraars zeggen dan "als we geen contract hebben dan vergoeden we het niet of maar een klein gedeelte". Dat is het verschil. Die eis hebben wij niet. Maar dat neem niet weg dat wij wel degelijk afspraken met iemand maken. (Dat maakt dus ook dat je in zo'n tabel vergeleken wordt als restitutie met een natura polis. Wat dus in die zin eigenlijk al niet per se een zuivere vergelijking is). Dat weet ik niet, dat kun je je afvragen. Kennelijk is het zo dat ook onze klanten betalen een premie en er worden declaraties uitgekeerd. Dat is bij ons niet

anders dan ergens anders. Op het moment dat het bij ons vele malen duurder zijn, zou onze premie ook vele malen hoger zijn. Dat is niet zo. Dus kennelijk valt het wel mee dat restitutie altijd heel veel duurder is. (Op de site staat zuivere restitutie, dus alle zorgverleners worden vergoed) in Nederland, dan hebben we zelfs nog de afspraak tot zestig km over de grens dacht ik. Maar aan restitutie zitten ook grenzen. Dit gaat over zuivere restitutie binnen Nederland. (En het is dus zuivere restitutie om dat elke zorgverlener vergoed wordt, wat niet bij alle restitutie polissen het geval is). Ja, zuivere restitutie betekent dat wij op geen enkele wijze sturen. (Dan heb je dus zuivere restitutie, restitutie, natura, budget; is dat logisch voor klanten?) Nee, lijkt me niet. Maar het is wat het is. En de budget polis staat natuurlijk heel er ter discussie op dit moment. Dus je kunt je afvragen of dat uiteindelijk nog in het klantbelang is. Omdat heel veel klanten kiezen voor een hele lage premie. Maar zich niet bewust zijn van de consequenties daarvan. En dan komt transparantie weer om de hoek kijken. Het is prima om tegen een klant te zeggen; "als jij echt het geld niet hebt en je wilt het risico lopen, maar ik wil dat je je bewust bent van het feit dat je dat risico loopt". Dus ik vind eigenlijk dat dat reclame maken voor budgetpolissen onder het mom van; kijk eens het kan veel goedkoper. Is niet transparant. Dan moet je ook op een zuivere manier je product aanprijzen en zeggen van "wij zijn goedkoper, ja dat betekent dat je ook minder mogelijkheden hebt en dat er een aantal dingen gewoon niet vergoed zullen worden of dat wij volledig gaan bepalen naar welke zorgverlener je moet, je hebt daar geen zeggenschap in. Als je dat geen probleem vindt, kom dan gezellig bij ons". Dan ben je in ieder geval transparant. (In die zin is het dus voor de klanten van <HEALTHCARE INSURANCE G> heel duidelijk

doordat je er geen keuze hebt). Precies, het is transparant, want wij maken geen keuze voor jou. Wij leggen geen keuzes op of beperkingen aan keuzes op. Dus heel veel dingen waar andere partijen transparanter moeten zijn namelijk met wie heb je wel of geen contract gesloten, met wie heb je wel of geen afspraken gemaakt. Is voor ons niet relevant. Want of we nu wel of geen afspreken hebben gemaakt, dat maakt voor jou als consument niet uit. (Ik denk dat ik wel mijn punten uit de quide gehad. Zijn er nog dingen die je belangrijk vindt om toe te voegen?). Nee ik denk dat alles wel gezegd is. Ik denk wat misschien een uitdaging is in jouw opdracht; jij hebt als uitgangspunt heel erg premieopbouw en transparantie gebruikt. Als componenten van customer centricity. Maar realiseer je wel dat het veel meer is. Je kunt je niet beperken tot alleen maar dat stukje en dan een uitspraak doen over hoe customer centric een organisatie is. Customer centricity, en dat had je in je definitie ook al wel goed verwoord, is veel meer dan dat. En transparantie is maar een onderdeel daarvan. Dus het is prima om die eruit te lichten. Maar ik zou wel heel voorzichtig zijn met conclusie doen over customer centricity puur op basis van transparantie. Omdat het wel meer is dan dat. Maar het is wel een essentiële component ervan, dat ben ik wel met je eens. (Maar als je er dan over praat, kun je dan zeggen, stel je eens voor er gaat iets goed waarvan je weet dit is goed voor customer centricity, zeg je dan wij zijn meer klant gericht, of minder. Kan dat? Kun je daar gradaties in hebben? Of één je klantgericht, of je bent niet klantgericht. Snapt u wat ik bedoel?). Ja nou goed. Weet je, dat is ook een hele lastige. Ik denk dat je er niet zozeer gradaties maar fases in hebt. Als je naar de nieuwe startups kijkt. Die beginnen al heel klantgericht. Alle oudere bedrijven die zijn al met de economie zo

meebewogen, die zijn wel ooit zo begonnen want ieder bedrijf start omdat die een bepaalde behoefte in de markt ziet en denkt daar invulling aan te kunnen geven. Dus ieder bedrijf start klantgericht, hoe suf dat ook klinkt, maar ieder bedrijf start klantgericht omdat die vanuit een behoefte gaat acteren. En dan zie je dat er steeds andere belangen komen en dat dat op en af gaat. En wat je nu ziet bij de wat oudere bedrijven is dat die klant in sommige sectoren zelfs bijna van de kaart is verdwenen. Ik geloof dat Egbert Jan van Bel ooit een boek heeft geschreven 'klote klanten', de klant ging het bedrijf alleen maar in de weg zitten. Die maakte het leven alleen maar complex. Als die klant er niet was hadden we geen gezeik, maar ja dan hadden we ook geen bedrijf. End at waren we even vergeten met z'n allen. Wat je nu ziet als je kijkt naar customer centric, een bedrijf is volledig klantgericht als op iedere afdeling de klant spreekwoordelijk aan tafel zit. Echt op iedere afdeling, ongeacht of je nou met de klant te maken hebt of niet. Als iedere afdeling zich druk maakt over de klant, dan ben je als bedrijf klantgericht. (Dus als het verweven is in de cultuur, in de visie...) ja dan ben je in principe klantgericht. Dan kun je nog steeds fouten maken he? Klantgericht zijn betekent niet dat je foutloos bent. Of dat je perfect bent. Het is alleen zo dat je luistert en dat je wel iemand bent die leert van zijn fouten en dus weer andere keuzes gaat maken als blijkt dat bepaalde keuzes voor je klant niet goed zijn. Dus de bereidheid om te veranderen denk ik een hele belangrijke. Ook voor klantgericht zijn. Maar concreter dan dat kan ik hem niet voor je maken. Het is inderdaad ook wel heel erg lastig. Ben je klantgericht? Ja, weet je, er zijn heel veel bedrijven die praten heel veel over klantgerichtheid maar ondertussen gaan ze gewoon door met hoe ze de dingen deden en veranderd er helemaal niks. Dan

ben je niet klantgericht, dan wil je klantgericht zijn. Dat is een mooie eerste stap, maar dan ben je het nog niet. Maar of er gradaties in zijn. Dat durf ik niet te zeggen. Wel een goede vraag eigenlijk. Ik weet niet of daar maatstaven in zijn. Ik denk dat het heel gevaarlijk is om van een hele sector te zeggen; zijn ze wel of niet klantgericht. Alleen al bij de zorgverzekeraars daar zitten hele grote verschillen. In klanttevredenheid; de klant beleefd verzekeraars al heel erg verschillend. Dus kennelijk zit er een verschil in klantgerichtheid. In hoeverre het klantbelang meeweegt zeg maar. Maar je hebt ook nog zoets als een bedrijfsidentiteit. Een bedrijf kan nooit voor iedereen zijn. Als dat zo zou kunnen zijn hadden we aan één zorgverzekeraar genoeg. Dan had het niet een commerciële sector hoeven worden. Dan had het woon bij de overheid kunnen blijven. Met het verzekeringssysteem zoals we dat vroeger hadden. Alleen kennelijk werkte dat niet zo goed. En wilden we juist mensen keuze geven en mensen er meer vrijheid in geven. En dan zijn er meerdere verzekeraars nodig. Om iedereen blij te maken dus één bedrijf kan niet iedereen blij maken. Daarom zeg ik ook; er zullen altijd ontevreden klanten blijven die zich ergens anders beter thuis voelen. Als bedrijf moet je een identiteit aannemen. Zonder identiteit kun je geen markt dienen. Het is niet eens zo dat wij ons heel proactief richten op een bepaalde klant, maar wij staan ergens voor. Wij zeggen; "als je dit belangrijk vindt, dan zou het zomaar kunnen zijn dat je bij ons heel gelukkig bent. Want dat is wat wij beloven". En als je dat belangrijk ben kun je bij ons terecht, en dan is het aan ons om die belofte vervolgens waar te maken. Maar wij bepalen niet welke klant wel of niet geschikt is voor <HEALTHCARE INSURANCE G>. Dat bepaald de klant ook dat bepaald de klant maar wij zeggen wel binnen onze identiteit zijn er bepaalde producten

die we bieden waarvan wij zeggen; “daarvan bepalen wij of je past of niet. Voor de meest producten mag jij dat bepalen, en dan ben je altijd welkom, en als jij denkt dat jij blij wordt bij ons; hartstikke fijn!” Maar er zijn een paar producten waarvan we zeggen: “ok, maar hier gaan wij keuzes maken, want hier doen wij zoveel beloftes die kunne we niet voor iedereen waar maken, dus daar gaan wij een selectie op los laten. Omdat wij wel willen kunnen garanderen dat wij beloftes kunnen nakomen. (Dus je hebt het niet zozeer over doelgroep, maar over de groep die zich aangesproken voelt). Daarom zeg ik ook; je moet een identiteit hebben. En dan is het denk ik in deze tijd heel erg relevant om je heel commercieel productief te richten op een bepaalde doelgroep, maar op het moment dat wie jij bent de consument aanspreekt dat vindt die jou. En het is nu veel meer een uitdaging hoe word ik gevonden? Dan hoe bereik ik mijn doelgroep? Ik denk dat daar in de wereld ook wel met de opkomst van internet en social media, de hele wereld is aan het veranderen dat ook het hele marketing vak aan het veranderen is. En het gaat niet meer om doelgroep bepalen en vervolgens die doelgroep plat bombarderen met allemaal aanbiedingen. Die tijd is voorbij. Je moet authentiek zijn, je moet ergens voor staan, en zorgen dat je gevonden wordt door de mensen voor

wie dat interessant is. (Dat heeft niet iets te maken met het vraag-gericht of het aanbod-gericht zijn?) Nee, zover gaat dat nog niet eens. Het is wel als je het hebt binnen marketingtermen. Vroeger was het een soort van push-marketing; ik druk mijn boodschap in jouw gezicht, net zolang dat jij daar iets mee doet. Dat is de traditionele marketing. Allemaal billboarding en allemaal heel hard schreeuwen: “hier ben ik, kijk wat ik kan!”. En nu is dat veel meer aan het veranderen naar eens soort van pool-strategie. Ik doe de dingen die ik doe en probeer zo open en transparant mogelijk te laten zien wat ik doe, en dat wil ik beschikbaar maken die informatie, in de hoop dat jij mij vindt. En dat jij denkt; “he, dit klinkt wel goed! Hier wil ik wel meer van weten!”. Maar dat is anders dan dat wij al een voorselectie maken in wie wel of wie niet geïnteresseerd zou kunnen zijn. Het is niet dat dat helemaal weg is hoor, alleen het werkt ook niet meer. Want de traditionele segmentering van leeftijd, inkomen, dat werkt niet meer. Want mensen worden steeds individueler. Mensen gedragen zich ook steeds individueler. Dus je dan niet meer zeggen: “iedereen met een rode voorkeur gedraagt zich zo, en iedereen die in een flat woont gedraagt zich”. Dat is allang niet meer zo! Die wereld is ook veranderd. Dus je moet ook wel op een heel andere manier een relatie met elkaar opbouwen.