

Voor goede zorg gezorgd

De rol van de zorgverzekeraar op de zorginkoopmarkt in relatie tot benchmarking
tussen ziekenhuizen en de geleverde kwaliteit van zorg

door

Karin Ruiters

Erasmus Universiteit Rotterdam
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Bsc Gezondheidswetenschappen

Juni 2008

Begeleider: Dr. J. Geelhoed
Meelezer: Dr. I.N. Fabbricotti

Horstweg 6a
8107AB Broekland
karin_ruiters@hotmail.com
studentnummer 297107

Voorwoord

Een scriptie schrijven. Dat is toch heel moeilijk? Mijn eerste gedachte, maar gelukkig ligt hij hier voor u. Mijn bachelorscriptie, waar ik met plezier aan heb gewerkt, al was het niet altijd even leuk en gemakkelijk. Met deze scriptie wil ik u, en ieder ander die deze scriptie leest, inzicht geven in de rol van de zorgverzekeraar op de zorginkoopmarkt.

De Nederlandse gezondheidszorg wordt, al sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, ingrijpend veranderd. In het kader van mijn studie, Beleid en Management Gezondheidszorg, sprak dit onderwerp mij dan ook erg aan. Omdat vraagsturing in de zorg en de zorginkoop door de verzekeraar, namens de patient, zo belangrijk wordt, heb ik ervoor gekozen om de scriptie vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar te schrijven. Ik heb met veel plezier aan het onderzoek gewerkt en ben een heleboel te weten gekomen over het huidige zorgstelsel en de knelpunten die bij de zorginkoop een rol spelen. Maar zonder een aantal mensen had ik deze scriptie niet kunnen schrijven.

Allereerst wil ik daarom mijn scriptiebegeleider, Dr. Jeroen Geelhoed, heel hartelijk bedanken voor zijn adviezen, inspanningen en tijd om deze scriptie tot een goed einde te brengen. Daarnaast wil ik alle geïnterviewde afgevaardigden van zorgverzekeraars en zorgaanbieders bedanken voor hun tijd en informatie, waardoor het onderzoek de moeite waard werd. Ook wil ik Isabelle Fabbricotti bedanken voor het meelesen van deze scriptie.

Tot slot wil ik graag mijn ouders en zus bedanken voor hun steun. In het bijzonder bedank ik mijn moeder voor de tijd en moeite die ze heeft genomen om mijn scriptie door te lezen en adviezen te geven.

Karin Ruiter

Juni 2008

Samenvatting

In 2006 is het Nederlandse gezondheidszorgstelsel ingrijpend veranderd. Er wordt toegewerkt naar meer marktwerking, waarbij de zorgverzekeraar een belangrijke rol krijgt. Dit onderzoek legt zich toe op de veranderende rol van de zorgverzekeraar op de zorginkoopmarkt met de volgende probleemstelling als rode draad: Wat is de rol van de zorgverzekeraar op de zorginkoopmarkt in relatie tot benchmarking tussen ziekenhuizen en de geleverde kwaliteit van zorg? Deze probleemstelling is beantwoord aan de hand van kwalitatief onderzoek. Allereerst is er een literatuuronderzoek uitgevoerd om deze theorie vervolgens in de praktijk te toetsen door vijf diepte-interviews af te nemen. Drie van deze interviews zijn gehouden met zorgverzekeraars, de andere twee met ziekenhuizen.

Uit het onderzoek blijkt dat de nieuwe rol van de zorgverzekeraar nog niet volledig benut wordt. Vanuit de theorie is de agentschapstheorie toegepast op de zorginkoopmarkt waarbij de zorgverzekeraar de principaal is die handelingen laat uitvoeren door de agent, het ziekenhuis. Hierbij spelen echter belangentegenstellingen en informatie-assymetrie een rol die de principaal op verschillende manieren probeert op te lossen. De zorgverzekeraar heeft verschillende instrumenten in handen om ziekenhuizen te kunnen sturen op kwaliteit van zorg. Één van deze instrumenten is benchmarking, waarbij de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen met elkaar wordt vergeleken en eventueel in een ranglijst wordt geplaatst. Echter, om goed te kunnen benchmarken is het van belang dat er eenduidige kwaliteitsindicatoren zijn om de kwaliteit van zorg precies te kunnen meten. In het huidige stelsel is dit nog onvoldoende het geval. De kwaliteitsindicatoren moeten aan verschillende instanties geleverd worden en meten ook verschillende dingen. Hier zou een verbeteringslag gemaakt kunnen worden, waardoor benchmarks ook verbeterd en optimaal benut kunnen worden. Vervolgens moet deze kwaliteitsinformatie, om tot vraaggestuurde zorg te komen, ook bij de consument terecht komen. Om dit te bereiken moet er gebruik gemaakt worden van eenduidige, systematische kwaliteitsinformatie die begrijpelijk en makkelijk toegankelijk is voor de consument. Daarnaast moet er ook genoeg ruimte zijn voor de zorgverzekeraar om te onderhandelen over zorg. Slechts 20% van de financiering vindt nu plaats op basis van vrij onderhandelbare DBC's. Alleen hierop kan een zorgverzekeraar het ziekenhuis sturen. Om daadwerkelijk meer marktwerking in de zorg te krijgen zal de financiering volgens DBC's uitgebreid moeten worden. Tenslotte zal het volgens alle respondenten in de toekomst toegaan naar selectieve contractering waarbij de zorgverzekeraar slechts specialismen bij specifieke zorgaanbieders contracteert, terwijl men nu alle zorgaanbieders contracteert. Bij selectieve contractering zal er weliswaar meer marktwerking en concurrentie tussen zorgaanbieders komen, maar de vraagsturing van de patiënt komt wel in het gedrang.

Summary

In 2006, the Dutch healthcare system has changed completely. Nowadays there is a strong urge to form a more competitive market, on which the insurers will have an important role. This study will aim at the changing role of the insurer on the health financing market by using the following as main question: Which role has the insurer on the health financing market in relationship with benchmarking of hospitals and the provided quality of care? This main question is answered using a qualitative approach. First of all a literature research has been done, followed by a research in the field using five in-depth interviews. For these interviews three insurers and two hospitals are approached.

Results of the study show that there's not yet an optimum utilization of the new role of insurers. This study applies the agency theory on the health financing market. In this case, the hospitals are the agents who accomplish proceedings by order of the principal, the healthcare insurer. In this relationship some interests of the principal are contrary to the interests of the agent, which the principal tries to solve in different ways. The insurer has different instruments to control the quality of care in hospitals. One of these instruments is benchmarking, which means that the quality of care in hospitals is compared and possibly put into a priority list. But in order to use benchmarking correctly, it is necessary that there are uniform quality-indicators to have an adequate measurement. On the current healthcare market, these indicators are insufficient. Hospitals have to provide quality-indicators to different organizations and different measurements are requested. This should be improved, in order to improve and use benchmarks correctly. Furthermore, to reach care that is based on demand, it is necessary that the information ends up at the clients. Therefore it is necessary to use uniform, systematic information about quality of care that is understandable and easily accessible for clients.

Next to this, there must be more subjects for the insurer to negotiate about. Only 20% of the financing of care takes place by using negotiable 'DBC's'. To achieve a competitive healthcare market, it is necessary to increase the DBC-financing. Finally the respondents point out that the financing market will grow to a selective contracting market. The insurers only contract specialists in a few hospitals, while nowadays all hospitals are fully contracted. By using selective contracting, there will be a more competitive healthcare market, but patients are not able (without consequences) to choose their own health provider.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Summary	4
1. Inleiding	7
2. Onderzoeksopzet	9
2.1 Doelstelling	9
2.2 Probleemstelling en deelvragen	9
2.3 Onderzoeksmodel	9
2.4 Leeswijzer	10
3. Methoden	11
3.1 Onderzoek	11
3.2 Verwerking en analyse	12
3.3 Validiteit en betrouwbaarheid	13
3.4 Hoofdbegrippen	15
4. De positie van de zorgverzekeraar op de gezondheidszorgmarkt	16
4.1 Institutioneel kader	16
4.2 Financieringsstructuur ziekenhuis	17
4.3 Stakeholders	21
4.4 Aandachtspunten	23
5. Benchmarking	24
5.1 De agentschapstheorie	24
5.2 Toepassing van de agentschapstheorie op de zorginkoopmarkt	25
5.3 Zorg inkopen op basis van kwaliteit	27
5.4 Aandachtspunten	30
6. Knelpunten in het inkoopproces en bij benchmarking	31
6.1 Zorgverzekeraar	31
6.2 Zorgaanbieder	32
6.3 Verzekerde	33

6.4 Aandachtspunten	34
7. Benchmarking in de praktijk	36
7.1 Het zorginkoopproces	36
7.2 Onderwerp van onderhandeling	37
7.3 Benchmarks	37
7.4 Aandachtspunten	42
8. Betere sturing op kwaliteit	43
8.1 Huidige situatie	43
8.2 Machtsverhoudingen	44
8.3 De verzekerde	45
8.4 Selectief contracteren	46
8.5 Aandachtspunten	46
9. Aanbevelingen	48
9.1 Transparantie op kwaliteit	48
9.2 Garantie zorgaanbieders afbouwen	49
9.3 Uitbreiding DBC's	50
9.4 Belangentegenstellingen	50
Discussie	52
Conclusie	54
Literatuurlijst	56
Bijlagen	
Bijlage 1: Hoofdbegrippen	60
Bijlage 2: Insitutioneel kader	62
Bijlage 3: Vragenlijst diepte-interview zorgverzekeraars	64
Bijlage 4: Vragenlijst diepte-interview zorgaanbieders	66

1. Inleiding

Op 1 januari 2006 is het nieuwe zorgstelsel in Nederland ingevoerd. In dit zorgstelsel is geen sprake meer van ziekenfonds en particuliere verzekeringen, maar van één zorgverzekering voor alle Nederlandse burgers. Marktwerking in de zorg moet er voor zorgen dat de zorg efficiënter, beter en klantgericht wordt. Met andere woorden: de (toekomstige) patiënt staat centraal. Om de toegankelijkheid, betaalbaarheid, maar vooral de kwaliteit van zorg te blijven garanderen, is het belangrijk dat de verhoudingen tussen de spelers in de zorg mee veranderen. Deze nieuwe rolverdeling van patiënten- en cliënten(organisaties), zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de overheid zorgt voor nieuwe kansen, maar brengt ook problemen met zich mee. (VWS 2007)

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en consumenten krijgen in het nieuwe stelsel meer beslisruimte en financiële ruimte, zodat vrijheid en verantwoordelijkheid om de benodigde zorg te leveren gegarandeerd is. Deze vrijheid moet echter wel afgekaderd worden met enkele prikkels die ervoor zorgen dat de partijen verantwoord met de vrijheid omgaan. De overheid zorgt voor deze prikkels en kaders. Om inzicht te krijgen in de zorg moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars zorgen voor goede en transparante informatie. Op grond hiervan beoordeelt de overheid of de toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg voor de consument gewaarborgd blijven (GGZ 2002).

In het huidige zorgstelsel is het voor de consument mogelijk om uit meerdere verzekeraars en polissen te kiezen. Het gaat hierbij niet alleen om de hoogte van de premie, maar ook om de wijze waarop de verzekering uitgevoerd wordt. Zorgverzekeraars worden zo 'gedwongen' om kwalitatief goede zorg in te kopen. Dit levert een prikkel aan zorgaanbieders om zorg van goede kwaliteit te leveren (Ploem 2006). Zorgverzekeraars kunnen kiezen voor het opnemen van wettelijke zorgaanpakken in de verzekeringsvoorwaarden, waardoor patiënten vrij zijn om een hulpverlener te kiezen, maar de zorgverzekeraar kan ook specificeren bij welk type hulpverleners of welke hulpverleners de zorg gevraagd moet worden (De Groot 2005).

Om de marktwerking in de zorg te optimaliseren is het noodzakelijk dat er transparantie in de zorg komt. Ziekenhuizen moeten gegevens over kwaliteit en prijs beschikbaar stellen, die ook voor consumenten inzichtelijk zijn. Wanneer deze informatie beschikbaar komt is het voor ziekenhuizen de taak te gaan sturen op kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Om het verhogen van kwaliteit te stimuleren wordt er in steeds grotere mate in de zorg gebruik gemaakt van benchmarking. Informatie over prijs en kwaliteit wordt vergeleken met soortgelijke zorgorganisaties. Om dit te kunnen doen, is het nodig om te definiëren wat kwaliteit precies is en hoe deze kwaliteit gemeten wordt. Deze zogenoemde indicatoren zullen voor alle ziekenhuizen gelijk moeten zijn, voordat ze vergeleken kunnen worden.

Dit is zowel voor de zorgaanbieder van belang, als voor de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar moet immers bepaalde zorgaanbieders contracteren en zo cliënten aantrekken. Dit wil wel zeggen dat de rol van de verzekeraar min of meer verandert van een administratiekantoor naar een organisatie die ook een zorginhoudelijke regiefunctie vervult. In deze scriptie staat deze veranderende rol van de zorgverzekeraar centraal.

2. Onderzoeksopzet

2.1 Doelstelling

Met dit onderzoek wil ik graag inzicht krijgen in de rol die de verzekeraar speelt op de zorginkoopmarkt in het veranderende zorgstelsel. Deze rol verandert omdat zorgverzekeraars er steeds meer belang bij hebben om inzicht te krijgen in niet alleen de prijs, maar juist de kwaliteit van uitkomsten van zorg. Een belangrijke ontwikkeling in de zorginkoopmarkt is de benchmarking tussen ziekenhuizen. Mijn doel is om meer inzicht te krijgen in de veranderende rol van de zorgverzekeraar door de marktwerking in de zorg. Deze scriptie zal zich toespitsen op kwaliteitsindicatoren en benchmarking.

2.2 Probleemstelling en deelvragen

Mijn uit de doelstelling afgeleide probleemstelling is als volgt:

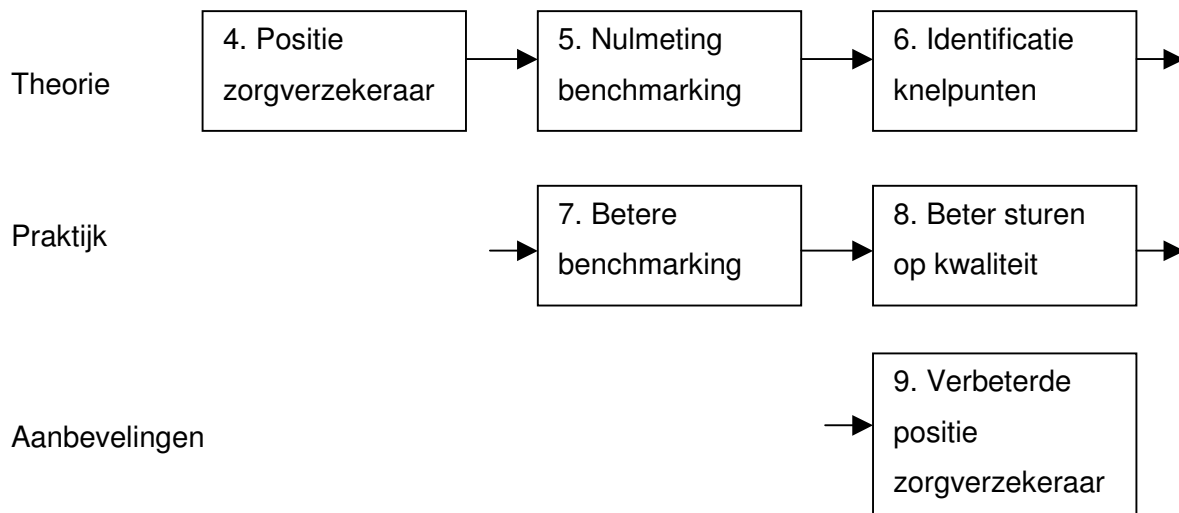
Wat is de rol van de zorgverzekeraar op de zorginkoopmarkt in relatie tot benchmarking tussen ziekenhuizen en de geleverde kwaliteit van zorg?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Wat is de positie van de zorgverzekeraar op de gezondheidszorgmarkt?
2. Hoe benchmarkt de zorgverzekeraar ziekenhuizen op kwaliteit?
3. Welke knelpunten komen er bij het benchmarken naar voren en hoe zou het proces verbeterd kunnen worden?
4. Hoe zou de zorgverzekeraar ziekenhuizen beter kunnen sturen op kwaliteit van zorg?

2.3 Onderzoeksmodel

Uit de probleemstelling en de deelvragen volgt het volgende onderzoeksmodel:



In het onderzoeksmodel wordt de opbouw van het onderzoek afgebeeld, waarbij theorie en praktijk worden gescheiden. In het theoretisch kader wordt allereerst, in hoofdstuk 4, beschreven wat de positie van de zorgverzekeraar op de zorgmarkt is. Hierbij wordt ingegaan op diverse stakeholders en de verschillende deelmarkten waarop de verzekeraar actief is. In hoofdstuk 5 wordt deze positie vervolgens toegespits op de zorginkoopmarkt. De agentschapstheorie wordt uitgelegd en toegepast op de relatie tussen de zorgverzekeraar en -aanbieder. Vervolgens wordt benchmarking nader omschreven en uitgewerkt. De hoofdstukken 4 en 5 zullen leiden tot diverse knelpunten waarmee de zorgverzekeraar op de zorginkoopmarkt, onder andere met benchmarking, te maken krijgt. Deze knelpunten worden uitgelicht en besproken in hoofdstuk 6. Hoofdstuk 7 en 8 betreffen het praktijkonderzoek wat uitgevoerd is aan de hand van diepte-interviews. De knelpunten uit hoofdstuk 6 worden meegenomen in de diepte-interviews. Deze zullen in hoofdstuk 7 inzicht geven in de stand van zaken bij benchmarking. In hoofdstuk 8 wordt vervolgens aangegeven hoe de sturing op de zorginkoopmarkt er nu uitziet en wat er verbeterd kan worden. Tot slot zullen in hoofdstuk 9 het praktijk en theoretisch deel samenvallen in aanbevelingen voor een verbetering van de positie van de zorgverzekeraar op de zorginkoopmarkt.

2.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 1 is kort uitgezet wat de context is waarin deze scriptie geschreven is. In dit hoofdstuk, hoofdstuk 2, zijn de probleemstelling en deelvragen beschreven en toegelicht aan de hand van een conceptueel model. De manier waarop het onderzoek is uitgevoerd zal beschreven worden in hoofdstuk 3, methoden. Hoofdstuk 4 tot en met 9 worden behandeld volgens het onderzoeksmodel, zoals hierboven besproken. Na de aanbevelingen die in hoofdstuk 9 zijn gedaan volgen als afsluiting van het onderzoek de discussie en conclusie.

3. Methoden

3.1 Onderzoek

3.1.1 Onderzoeksonderwerp

Het betreft een onderzoek naar benchmarking tussen ziekenhuizen en de vernieuwde rol die de zorgverzekeraar op dit gebied speelt in de zorginkoopmarkt, waarbij de nadruk ligt op het (beter) kunnen sturen op kwaliteit van zorg.

3.1.2 Opzet

Om de probleemstelling van het onderzoek te beantwoorden zal gebruik gemaakt worden van kwalitatief onderzoek. Hier is voor gekozen omdat het doel van het onderzoek is om de nieuwe rol van de zorgverzekeraar in relatie tot benchmarking te beschrijven en te interpreteren. Het onderzoek zal bestaan uit twee delen.

Allereerst zal een literatuuronderzoek uitgevoerd worden. Dit onderzoek zal verschillende bronnen en theorieën met elkaar vergelijken. De onderwerpen van deze vergelijkingen zijn de antwoorden op de eerste drie deelvragen. Het gaat hierbij allereerst om de relaties die de zorgverzekeraar onderhoudt met andere belanghebbenden. Hierbij worden de verschillende stakeholders en deelmarkten waarop de zorgverzekeraar actief is geanalyseerd. De tweede vergelijking van literatuur zal gaan over de agentschapstheorie en het op kwaliteit benchmarken van ziekenhuizen door verzekeraars. Tot slot zullen in het laatste onderdeel de knelpunten die uit de theorie naar voren komen toegelicht worden.

De antwoorden die uit de literatuurstudie voortkomen worden vervolgens gebruikt om diepte-interviews met zorgverzekeraars en zorgaanbieders op te stellen. Het onderwerp van deze interviews zal dan ook bestaan uit de laatste deelvraag, namelijk: 'Hoe zou de zorgverzekeraar ziekenhuizen beter kunnen sturen op kwaliteit van zorg?' In dit onderzoek is ervoor gekozen om interviews met zowel zorgverzekeraars als met zorgaanbieders te houden. Dit is gedaan omdat de probleemstelling zich richt op de rol van de verzekeraar, maar de kwaliteitsindicatoren en benchmarking kunnen ook vanuit het oogpunt van de zorgaanbieder worden bekeken, wat kan leiden tot nieuwe inzichten.

Om te bekijken welke indicatoren een zorgverzekeraar nodig heeft om ziekenhuizen te benchmarken op kwaliteit en hoe dit proces in zijn werk gaat, zullen face-to-face interviews gehouden worden met 3 zorgverzekeraars. Er wordt gekozen voor interviews met een grote en twee middelgrote zorgverzekeraars. Dit is gedaan om het onderzoek representatief te maken, aangezien er in Nederland zowel grote als middelgrote zorgverzekeraars werkzaam zijn. In totaal zijn er 14 zorgverzekeraars werkzaam in Nederland, waarbij alleen de hoofdkantoren zijn geteld (bijvoorbeeld Achmea dat onder andere bestaat uit Groeneland en

Zilveren Kruis). Van deze 14 zorgverzekeraars zijn er 5 grote verzekeraars (meer dan 750.000 verzekerden), 7 middelgrote zorgverzekeraars (tussen de 250.000 en 750.000 verzekerden) en 2 kleine verzekeraars (minder dan 250.000 verzekerden). Personen op management niveau in de organisatie die rechtstreeks te maken hebben met zorginkoop en het benchmarken tussen ziekenhuizen zullen worden geïnterviewd.

Daarnaast zullen er interviews gehouden worden met 2 zorgaanbieders. Deze interviews worden gehouden om de casus van een andere zijde te belichten. De zorgaanbieders zijn 2 ziekenhuizen zijn die zich al bezighouden met of interesseren voor benchmarking. De persoon die hiervoor benaderd zal worden zal op middel- of hoog management niveau werkzaam zijn binnen het ziekenhuis en heeft te maken met het zorginkoopproces

3.1.3 Meetprocedure

Het onderzoek bestaat, zoals in de vorige paragraaf benoemd, uit twee delen. Allereerst zal het literatuuronderzoek plaatsvinden waarin onder andere literatuur uit theoretisch kader met elkaar wordt vergeleken.

Het tweede deel van het onderzoek zal bestaan uit een praktijkstudie. Hierbij worden drie zorgverzekeraars en twee zorgaanbieders in Nederland benaderd voor een diepte-interview. De vragen die voor dit interview worden gebruikt zullen voortvloeien uit het literatuuronderzoek dat eerder is uitgevoerd. Het interview zal de opbouw hebben van een semi-gestructureerd interview. Dit houdt in dat er wel een interviewschema gebruikt wordt, maar dat hier vanaf geweken kan worden wanneer er tijdens het interview interessante onderwerpen opduiken (Creswell 2003). Wanneer de interviews gehouden zijn zullen deze worden uitgetypt en vervolgens terug worden gestuurd naar de respondenten. Dit wordt gedaan om een extra controle uit te laten voeren door de respondenten en om eventueel wijzigingen of aanvullingen aan de data toe te voegen.

3.2 Verwerking en analyse

3.2.1 Data-analyse

Wanneer de interviews gehouden worden, zal toestemming gevraagd worden om deze op te nemen op bandrecorder of mp3-speler. Deze hulpmiddelen zullen ervoor zorgen dat er geen belangrijke aspecten of gegevens gemist worden en dat niet alles genoteerd hoeft te worden tijdens het interview. Deze informatie kan vervolgens letterlijk uitgetypt worden waardoor er geen verkeerde interpretaties ontstaan. De geïnterviewde kan zo zelf het interview nogmaals teruglezen en eventueel gegevens verbeteren, wijzigen of aanvullen.

3.2.2 Ethische dilemma's

Bij onderzoek in het veld moet rekening gehouden worden met verschillende ethische gegevens, die wel van belang zijn voor de scriptie, niet gebruikt mogen worden. Om deze dilemma's in te schatten moet er rekening worden gehouden met de volgende aandachtspunten:

- Wanneer interviews worden afgenomen, moet rekening worden gehouden met de privacy van de respondenten. Indien gewenst wordt hun anonimiteit in het onderzoek gewaarborgd.
- Bij het verwerken van het interview in het onderzoek moet daarnaast rekening worden gehouden met gegevens die in het interview wel zijn verstrekt, maar die niet in het onderzoek mogen worden opgenomen vanwege privacy redenen.
- Tijdens het interview zal toestemming moeten worden gevraagd aan de respondent om het interview op bandrecorder of mp3-speler op te nemen. Dit vergemakkelijkt het uitwerken van het interview en zorgt tevens voor nauwkeuriger onderzoek.

3.3 Validiteit en betrouwbaarheid

Om te kijken of de betrouwbaarheid en validiteit in dit onderzoek gewaarborgd worden, wordt uitleg gegeven van interne en externe validiteit en interne en externe betrouwbaarheid.

3.3.1 Interne validiteit

Wanneer men naar de interne validiteit van een kwalitatief onderzoek kijkt, is de vraag of de argumenten overeenkomen met de gegevens in het onderzoek (Segers & Hutjes 1999). Het gaat er bij interne validiteit dus om dat de onderzoekers een juiste redenering gebruiken om de metingen te koppelen aan theoretische ideeën. De interne validiteit kan op verschillende manieren worden gewaarborgd:

- Datatriangulatie: Dit houdt in dat er sprake is van een triangulatie van databronnen. Hierbij worden verschillende bronnen gebruikt.
In dit onderzoek worden twee verschillende bronnen gebruikt, zowel literatuur als interviews.
- Het gebruik van duidelijke notulen. In dit onderzoek wordt aan deze eis van interne validiteit voldaan. Er wordt gebruik gemaakt van het opnameapparaten zodat de interviews uiteindelijk nauwkeurig uitgewerkt kunnen worden.

3.3.2 Externe validiteit

Externe validiteit van een kwalitatief onderzoek houdt in dat er wordt gekeken of de uitspraken die in het onderzoek gedaan worden gegeneraliseerd kunnen worden naar

andere situaties (Segers & Hutjes 1999). De externe validiteit kan op verschillende manieren worden gewaarborgd:

- Een kritische reflectie op de conclusies.
- Een kritische reflectie op het onderzoek zelf. Hierbij gaat het erom dat er wordt gekeken naar de sterke en zwakke punten in de onderzoeksmethoden en in de uitvoering van het onderzoek. Tot slot worden er aanbevelingen gedaan waarmee men bij vervolgonderzoek rekening kan houden.

3.3.3 Interne betrouwbaarheid

De interne betrouwbaarheid werpt de vraag op of er in het onderzoek consistent gewerkt wordt. Het gaat hierbij om de mate waarin de gegevensverzameling, de data-analyse en de conclusies binnen het onderzoek (Creswell 2003). De interne betrouwbaarheid kan op verschillende manieren gewaarborgd worden:

- Methodetriangulatie. Dit houdt in dat er één of meerder methoden van onderzoek worden gecombineerd. In dit onderzoek is een combinatie van methoden toegepast door gebruik te maken van zowel literatuuronderzoek als diepte-interviews.
- Definiëren van begrippen. De interne betrouwbaarheid van het onderzoek wordt vergroot wanneer er consistent gebruik wordt gemaakt van begrippen. Dit is mogelijk door begrippen te definiëren en consequent te gebruiken. In dit onderzoek is dit gewaarborgd (zie paragraaf 3.4).

3.3.4 Externe betrouwbaarheid

Bij externe betrouwbaarheid ligt de nadruk op de herhaalbaarheid van het onderzoek. De vraag is dan of het onderzoek reproduceerbaar is wanneer het gelezen wordt. Er zijn verschillende manieren om de externe betrouwbaarheid te waarborgen:

- De externe betrouwbaarheid kan verhoogd worden door alle omstandigheden, settings en condities zo duidelijk en nauwkeurig mogelijk te beschrijven (Segers & Hutjes 1999). In dit onderzoek wordt de externe betrouwbaarheid verhoogd door in het hoofdstuk methoden precies te omschrijven hoe het onderzoek uitgevoerd wordt. Daarnaast worden de vragenlijsten van de diepte-interviews in de bijlage toegevoegd.
- De methoden van onderzoek zo nauwkeurig mogelijk omschrijven. In dit onderzoek wordt dit gedaan door de onderzoeksopzet, de uitvoering, de analyse, etcetera zo nauwkeurig mogelijk te beschrijven. Er wordt ook aangegeven waarom en hoe bepaalde keuzes tot stand zijn gekomen.

3.4 Hoofdbegrippen

Om de interne betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten moet er consistent gebruik worden gemaakt van de belangrijkste begrippen. Deze worden hieronder kort gedefinieerd. De uitgebreide uitleg is opgenomen in bijlage 1.

3.4.1 Het begrip zorgverzekeraar

'De zorgverzekeraar is de financiële dienstverlener die verzekeringen aanbiedt tegen ziektekosten (de zorgverzekering). Tegen betaling van een premie neemt de zorgverzekeraar financiële risico's over van de verzekerde als gevolg van kosten van ziekte' (ZN 2007).

3.4.2 Het begrip zorginkoopmarkt

Verzekeraars kopen zorg in bij zorgverleners om aan hun zorgplicht te voldoen. In deze contracten staan afspraken over de vorm, hoeveelheid, prijs en de kwaliteit van de te leveren zorg (ZN 2007).

3.4.3 Het begrip kwaliteit

'Quality health care means doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person - and having the best possible results' (IOM 2001). De aspecten die aan bod komen in deze definitie zijn effectiviteit, veiligheid, tijdigheid en vraaggerichtheid (RIVM 2006).

3.4.4 Het begrip benchmarking

Holloway beschrijft benchmarking als volgt: 'Het opvolgen door organisaties van verbeterde prestaties door van de succesvolle praktijken van anderen te leren. Benchmarking is een continue activiteit, waarbij interne processen worden aangepast, prestaties gecontroleerd, nieuwe vergelijkingen worden gemaakt met de huidige beste uitvoerders en verdere veranderingen worden onderzocht. De verwachting is dat er na een tijdsperiode een wederzijds voordeel zal zijn' (Hinton e.a. 2000).

4. De positie van de zorgverzekeraar op de gezondheidszorgmarkt

Om meer inzicht te krijgen in de veranderende rol van de zorgverzekeraar op de gezondheidszorgmarkt, is het van belang zijn positie te bepalen. De zorgverzekeraar moet opereren binnen een wettelijk ingesteld kader. Dit institutionele kader wordt hieronder, in paragraaf 4.1, beschreven. Daarnaast is het om de positie van de zorgverzekeraar te bepalen van belang te weten hoe de financiering van zorg geregeld is. Deze (veranderde) financiering wordt in paragraaf 4.2 besproken. Tot slot heeft de zorgverzekeraar te maken met verschillende stakeholders, die in paragraaf 4.3 aan de orde zullen komen.

4.1 Institutioneel kader

Om verschillende marktpartijen (zorgverzekeraar, zorgaanbieder en de burger) meer vrijheid te geven is ook een deel van de wetgeving op het gebied van gezondheidszorg aangepast. Niet alles wordt meer door de overheid geregeld, maar zij is nog wel verantwoordelijk voor de 3 pijlers van de zorg, namelijk kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid (Ministerie van VWS 2008).

De overheid stelt dus, ook in het nieuwe zorgstelsel, kaders op waarbinnen de marktpartijen zich kunnen bewegen. Deze kaders zijn veelal vormgegeven in wetten en regels. Als algemene wetgeving zijn de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) er. Deze wetten richten zich op de financiering en besturing van zorg, net als de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). Verder zijn nog enkele kwaliteitswetten van belang voor dit onderzoek: de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZ) en de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG).

Om de positie van de zorgverzekeraar op de zorginkoopmarkt te bepalen en in het kader van dit onderzoek, worden hieronder de twee belangrijkste wetten uitgelegd: de ZVW en de WMG. Uitleg van de andere wetten worden opgenomen in bijlage 2.

4.1.1 Zorgverzekeringswet

Per 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet ingesteld. Deze wet moet ervoor zorgen dat de concurrentie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder wordt gestimuleerd. Marktwerking in het stelsel moet leiden tot betere en doelmatige zorg, waarbij de burger de rol van kritische cliënt heeft. Met de invoering van de ZVW is het onderscheid tussen particuliere en ziekenfondsverzekeringen vervallen. In plaats daarvan is er nu één basispakket voor elke Nederlandse burger. Burgers kunnen zich voor behandelingen die buiten dit pakket vallen verzekeren via een aanvullende verzekering.

Iedereen in Nederland is verplicht om zich te verzekeren. Verzekeraars hebben daarnaast een acceptatieplicht, wat inhoudt dat ze iedereen moeten accepteren ongeacht leeftijd, geslacht of gezondheid. Om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars gecompenseerd worden voor 'voorspelbaar verliesgevende' verzekerden is er een risicovereveningssysteem. Zorgverzekeraars hebben ook een zorgplicht ten opzichte van hun verzekerden. Zij moeten ervoor zorgen dat hun cliënten op tijd goede zorg krijgen, wanneer verzekerd wordt volgens de naturapolis. Is er gekozen voor een restitutiepolis, dan kiest de cliënt zelf en zal de zorgverzekeraar de kosten achteraf betalen. Wanneer verzekerden niet tevreden zijn, of elders goedkopere zorg kunnen krijgen, worden zij in de mogelijkheid gesteld om elk jaar van zorgverzekeraar te veranderen. Verzekerden kunnen behalve kiezen voor een andere verzekeraar, ook kiezen voor een andere polis. Voor deze polis betalen zij een vast maandelijks bedrag aan de zorgverzekeraar en via het inkomen betaalt men een inkomensafhankelijke premie. Om de zorg betaalbaar te houden voor iedereen, is er de zorgtoeslag. De hoogte van deze toeslag is afhankelijk van het inkomen. Daarnaast is vanaf 1 januari 2008 het verplicht eigen risico ingevoerd als vervanging van de no-claimregeling. De hoogte van dit eigen risico is vastgesteld op 150 euro, waarbij chronisch zieken worden gecompenseerd (Ministerie van VWS 2008).

4.1.2 Wet Marktordening Gezondheidszorg

Het Ministerie van VWS (2008) stelt dat het doel van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) is om meer concurrentie in de zorg te krijgen, waarbij het belang van de consument voorop staat. In deze wet hebben zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders een informatieplicht. Zorgaanbieders moeten patiënten informeren over allerlei aspecten van de aangeboden zorg, zoals prijs en kwaliteit. Hierdoor wordt de zorg meer vraaggericht, omdat de patiënt kan kiezen uit verschillende aanbieders, behandelingen en/of verzekeringen. Ook zorgt de WMG ervoor dat er toezicht wordt gehouden op alle zorgmarkten en de ontwikkelingen hierop, door middel van de NZa. Deze Nederlandse Zorgautoriteit ziet erop toe dat de marktwerking goed blijft functioneren en dat alle betrokken partijen zich aan de regels houden die door de overheid worden gesteld. De taken en bevoegdheden van de NZa zijn beschreven in de WMG (Ministerie van VWS 2008).

4.2 Financieringsstructuur ziekenhuis

Alvorens er in kan worden gegaan op de belanghebbenden in verhouding tot de zorgverzekeraar, zal een duidelijk beeld moeten worden geschept van de huidige gezondheidszorgmarkt en veranderingen die hierin hebben plaatsgevonden.

In de afgelopen jaren hebben diverse ingrepen in de gezondheidszorg ervoor gezorgd dat de bestaande structuur grotendeels veranderd is. Vanaf juli 2004 is begonnen met een

andere financieringsstructuur van de gezondheidszorg. De zogenaamde Functiegerichte Budgettering (FB) wordt langzaam veranderd naar een DBC-systematiek: Diagnosebehandelingcombinaties. Momenteel bestaat de financiering van zorg voor 80% uit Functiegerichte Budgettering en voor 20% uit financiering volgens DBC's. De overheid maakt zo een begin met het decentraliseren van verantwoordelijkheden in de zorg (DBC Onderhoud 2008).

4.2.1 Functiegerichte Budgettering

In 1983 werd de budgettering van ziekenhuizen ingevoerd als opvolger van de openeindfinanciering. Het budget moest ervoor zorgen dat er greep kwam op de kostenontwikkelingen van de ziekenhuiszorg. In 1988 werd de structuur verscherpt door de hoogte van het budget te koppelen aan de inhoud en de omvang van de functies van een ziekenhuis, de functiegerichte budgettering (ofwel extern budget). Deze budgettering is in stappen opgebouwd. Allereerst werd het macrobudget vastgesteld. Het kabinet bepaalde aan het begin van elke regeerperiode de hoogte van dit macro zorgbudget en de jaarlijkse korting (of extra ruimte), dit behelsde 60% van het budget. Op basis van politieke prioriteitstelling werden vervolgens in het Regeerakkoord afspraken gemaakt over de verdeling van de groeiruimte over de zorgsectoren. Het toen nog bestaande College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) rekende elk jaar uit hoeveel geld het ziekenhuis nodig had om zijn afspraken met de verzekeraar na te komen. Dit hield in dat er een lijst gehanteerd werd met eenheden en daaraan gekoppelde normbedragen (tarieven) die gebruikt werden voor de berekening van het budget. De resterende 40% bestond uit de productieafspraken over variabele parameters die jaarlijks werden onderhandeld met zorgverzekeraars, waarbij te denken valt aan opnames, aantal bedden of aantal specialisten (Algemene Rekenkamer 2000).

Tabel 1. Functiegericht budget: componenten en parameters
(Bron: Algemene Rekenkamer 2000)

Component	Parameter	Vaststelling omvang parameter
Beschikbaarheid	Adherentie (aantal inwoners in verzorgingsgebied)	De parameter omvang wordt voor langere tijd vastgesteld in beleidsregels of toelatingsbeschikkingen.
Capaciteit	Specialisten Bedden	
Locatiegebonden	Afschrijving en rente Gebouwkosten	
Productie	Opnames Verpleegdagen Dagverpleging Eerste polikliniekbezoek (EPB) Bijzondere functies	Jaarlijkse afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar (productieafspraken)

Het Functiegericht Budget bestond uit de vastgestelde parameters maal de tarieven per parameter eenheid (Schaepkens 2004). Ziekenhuizen declareerden productie, in de vorm van verpleegdagen en nevenverrichtingen, bij zorgverzekeraars. Zij ontvingen hun budget, met als plafond het vastgestelde budget. Bij ziekenhuizen die over het budget heengingen, werd het verpleegtariaf verlaagd. Wanneer zij echter onvoldoende produceerde om het budget te vullen, werd het verpleegtariaf verhoogd. Wanneer een ziekenhuis de afgesproken zorg kon leveren tegen lagere kosten, door doelmatiger te werken, dan werd het voordeel toegevoegd aan zijn reserves. Ziekenhuizen die meer kosten maakten moesten dit opvangen met behulp van de eigen reserves (Algemene Rekenkamer 2000).

4.2.2 Diagnose Behandel Combinaties

Naarmate de Functiegerichte Budgettering zich steeds verder verwijderde van de echte stand van zaken in ziekenhuizen, begonnen verschillende partijen met het opstellen van een nieuwe financieringsystematiek. Al in 1994 begonnen verschillende partijen aan de ontwikkeling van een geïntegreerde bekostigingssystematiek met één prijs per product. In dit stelsel worden producten gedefinieerd, waarna deze typering leidt tot een systeem van geïntegreerde en transparante ziekenhuis- en medisch specialistische zorg. Aan deze producten worden vervolgens kostprijzen gekoppeld aan de hand van de kosten van het ziekenhuis en de werklust van de medisch specialist. De producttypering wordt vastgelegd in Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), waarbij zorg op patiënteniveau wordt gedefinieerd. Aan elke DBC wordt vervolgens een prijs gekoppeld op grond van de (gemiddelde) werkelijke kosten (Algemene Rekenkamer 2000). Schaepkens (2004) omschrijft een DBC als 'het geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee een patiënt de specialist in het ziekenhuis consulteert.' Een DBC omvat dus het gehele zorgpad van een patient (tabel 2).

Tabel 2. Voorbeeld van een DBC met bijbehorende activiteiten (zorgprofiel).

(Bron: DBC Onderhoud 2008)

-
1. primair consult
 2. secundair consult/indicatie OK-bespreking
 3. correspondentie/administratie
 4. opnamevisite/onderzoek
 5. specifieke preoperatieve besprekingen
 6. opname/OK-bespreking
 7. operatie
 8. eerst postoperatieve visite
 9. besprekingen intensive care
 10. postoperatieve visites en ontslagvisite

11. specifieke postoperatieve besprekingen, zoals PA/oncologie/traumatologie
 12. nabehandelingsgesprekken
 13. consulten familie
 14. ontslagcorrespondentie
 15. postoperatieve controlevisite algemeen
 16. ontslag uit nabehandeling/brief
 17. na-ijlende correspondentie/klachten
-

In het eindmodel wil het ministerie van VWS een door de overheid of een zelfstandig bestuursorgaan vastgestelde lijst met DBC's (Schaepkens 2004). Vrijwel alle diagnoses en behandelingen hebben hun eigen DBC, dit zijn er in totaal ongeveer 30.000 (DBC Onderhoud 2008). Het is het de bedoeling dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars gaan onderhandelen over de prijzen van individuele, of groepen DBC's. Deze groepen DBC's zijn qua prijs vergelijkbaar en medisch overeenkomstig. Het systeem is gebaseerd op vrije marktwerking. Ziekenhuizen en verzekeraars onderhandelen; de overheid bemoeit zich er niet mee. Echter, de overheid reguleert wel op de verzekeringsmarkt zodat de zorg toegankelijk blijft en de kwaliteit (voldoende) hoog is (Schaepkens 2004).

4.2.3 Inkomen medisch specialist

Sinds 1995 is het inkomen van de medisch specialisten gebaseerd op lumpsums, wat inhoudt dat de specialist een vaste vergoeding krijgt, gebaseerd op een ijkjaar, ongeacht zijn productie. Deze maatregel werd ingevoerd om de zorgkosten te beheersen. Specialist zullen minder zorg produceren wanneer zij een vast bedrag verdienen. Financiering van de medisch specialist zal in het nieuwe systeem plaatsvinden door honorering van DBC's op basis van uurtarief. Hierdoor hebben verrichtingen een directe relatie met de (tijds)inspanning van de specialist, in tegenstelling tot het oude systeem. De Nederlandse Zorgautoriteit stelt het uurtarief vast.

Door het invoeren van een geautomatiseerd systeem, zal de DBC-registratie zorgen voor een minimale belasting voor de specialist. Daarnaast is de tijd die de specialist aan de administratie kwijt is inbegrepen in de tijdsnormering van DBC's.

Tot slot zal de DBC-registratie een ander voordeel bieden voor medisch specialisten. Dit doordat de informatie die vrijkomt kan worden gebruikt voor gericht medisch management, kwaliteitsverbetering en –bewaking en het opstellen van procesgerichte verbeterprojecten. Ook kunnen nauwkeurige calculaties gemaakt worden van de gemiddelde kosten per DBC, wat kan leiden tot een efficiëntere praktijkvoering doordat specialisten zich bewust zijn van de kosten (DBC Onderhoud 2008).

4.3 Stakeholders

Het is voor een organisatie onmogelijk om zijn doelen te bereiken zonder rekening te houden met zijn belanghebbenden ofwel stakeholders. Deze stakeholders bestaan uit personen of organisaties die beïnvloed worden door beslissingen van de organisatie.

Er zijn verschillende soorten stakeholders: de zogenaamde 'primaire' en 'secundaire'. De primaire stakeholders, ook wel de marktomgeving van de organisatie genoemd, hebben een directe relatie met de organisatie. Hun betrokkenheid is voor de organisatie noodzakelijk om haar doelen te bereiken. Secundaire stakeholders, ook wel de niet-marktomgeving genoemd, beïnvloeden de belangen indirect. Voorbeelden van deze stakeholders zijn de overheid, de media, sociale activisten en lobbyisten. Veel van de secundaire stakeholders verwachten alleen van de organisatie dat zij zich sociaal verantwoord gedraagt.

De relatie tussen de organisatie en haar stakeholders is er één van wederzijdse afhankelijkheid. Aan de ene kant zijn de stakeholders aangewezen op de organisatie, zij hebben belang bij een bepaalde uitkomst. Aan de andere kant is de organisatie ook aangewezen op de stakeholders: zij hebben namelijk een zekere mate van macht om de beslissingen en uitkomsten van de organisatie te beïnvloeden (Frederick e.a. 1989).

In de volgende subparagrafen zullen zowel de primaire als de secundaire stakeholders worden benoemd en omschreven. De primaire stakeholders worden omschreven in de context van de drie verschillende deelmarkten in de gezondheidszorg.

4.3.1 Deelmarkten

4.3.1.1 Zorginkoopmarkt

De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht jegens zijn verzekerden. Dit houdt in dat de verzekeraar ervoor moet zorgen dat de verzekerden toegang hebben tot de zorg die zij nodig hebben. Om aan deze zorgplicht te voldoen moet de verzekeraar zorg inkopen bij onder andere ziekenhuizen. Dit gebeurt op de zorginkoopmarkt. Zoals eerder gezegd vindt de zorginkoop plaats op basis van twee systemen. Voor 80% wordt zorg collectief ingekocht volgens de Functiegerichte Budgettering. De overige 20% wordt door zorgverzekeraars individueel ingekocht op basis van DBC's.

Bij de Functiegerichte Budgettering maken zorgverzekeraars afspraken met ziekenhuizen over de hoeveelheid en de soort zorg die in het jaar geleverd wordt. Deze overeenkomsten moeten ook afspraken bevatten over de kwaliteit en doelmatigheid van de te leveren zorg. Het volume wordt in dit stelsel dus bepaald door onderhandelingen tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar, de prijs wordt door de NZa vastgesteld (Schaepkens 2002).

Met de financiering volgens DBC's worden zowel indirecte als directe kosten meegenomen wat zal leiden tot een kostendekkende vergoeding. Dit zal per ziekenhuis verschillen en hier zal met de verzekeraar over onderhandeld worden (DBC Onderhoud 2008). Zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars hebben inzicht in zorg en de kostprijzen hiervan, waardoor de basis voor onderhandelingen goed is. Op de zorginkoopmarkt is in grote mate sprake van informatieasymmetrie, zorgverzekeraars moeten daarom voldoende macht hebben ten opzichte van de zorgaanbieders (Schaepkens 2002).

4.3.1.2 Zorgverzekeringsmarkt

Op de zorgverzekeringsmarkt strijden verzekeraars met elkaar om de gunsten van potentiële klanten, ofwel verzekerden. Deze verzekerden kiezen jaarlijks een verzekeraar en polis. Door goede service te verlenen en scherpe prijzen te bieden probeert de verzekeraar zich te onderscheiden. Verzekerden moeten op hun beurt zorgverzekeraars vergelijken en hierop de keuze baseren. Om de concurrentie tussen zorgverzekeraars te stimuleren is het echter belangrijk dat verzekerden eenvoudig kunnen overstappen, dat de informatie toegankelijk is en dat verzekerden deze informatie ook daadwerkelijk gebruiken om een keuze te maken (RIVM 2008).

De DBC-financiering maakt de zorg transparant, waardoor de zorgverzekeraar ziekenhuizen en specialismen onderling niet alleen kan vergelijken op kosten, maar ook op kwaliteit. Verzekerden krijgen zo een gebalanceerd zorgpakket tegen een schappelijke premie aangeboden. De zorg die verzekeraars aanbieden wordt verbeterd omdat zij meer inzicht hebben in de capaciteit van behandelingen van ziekenhuizen (Schaepkens 2002).

4.3.1.3 Zorgverleningsmarkt

Op de zorgverleningsmarkt staat de relatie tussen patiënten en zorgaanbieders centraal. Patiënten gaan naar zorgaanbieders wanneer zij een bepaalde vorm van medische zorg nodig hebben. Om een optimale marktwerking in de zorg te creëren is het van belang dat zorggebruikers ziekenhuizen kiezen op basis van de aard en kwaliteit van zorgproducten. De systematische kwaliteitsinformatie die hiervoor nodig is, is echter nog maar in beperkte mate beschikbaar (RIVM 2008).

4.3.2 *Secundaire stakeholders*

4.3.2.1 De Nederlandsche Bank

De Nederlandsche Bank, ofwel DNB, houdt prudentieel toezicht op alle zorgverzekeraars in Nederland. Dit betekent dat zij de betrouwbaarheid van zorgverzekeraars controleert door toe te zien of zij hun verplichtingen nu en in de toekomst na kunnen komen. Om dit te doen

heeft DNB gegevens nodig over de kwaliteit van de beleggingsportefeuille, het bedrijfsresultaat, de solvabiliteit en uitstaande verplichtingen (ZN 2006).

4.3.2.2 Nederlandse Zorgautoriteit

De Nederlandse Zorgautoriteit is in oktober 2006 ontstaan uit het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ). De NZa is toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland met als één van zijn taken de zorgverzekeringsmarkt te bevorderen. De NZa ziet toe op een actieve rol van de zorgverzekeraar in de zorginkoopmarkt en op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet. De autoriteit vormt een monitor van de zorgverzekeringsmarkt (ZN 2006).

4.3.2.3 College voor Zorgverzekeringen

Het College voor Zorgverzekeringen, ofwel CVZ, is verantwoordelijk voor het pakketbeheer van de Zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraars moeten zorgen voor een gedetailleerde opgave van het budgetresultaat, kosten en DBC-informatie. Daarnaast voert het CVZ de risicoverevening uit en beheert het Zorgverzekeringsfonds (ZN 2006).

4.3.2.4 Autoriteit Financiële Markten

De AFM voert het gedragstoezicht op zorgverzekeraars uit, wat inhoudt dat zij erop toeziet dat financiële instellingen zich in de verkoop van hun producten, behoorlijk opstellen. Zij hebben van de verzekeraar gegevens nodig over de klachtenregeling en deskundigheid van personeel (ZN 2006).

4.4 Aandachtspunten

De positie van de zorgverzekeraar ten opzichte van andere relevante partijen levert een aantal punten op die van belang zijn voor het verbeteren van deze positie:

- Combinatie van Functiegerichte Budgettering en DBC-financiering
- Verzekerden moeten zorgverzekeraars vergelijken en kiezen, hiervoor moet:
 - Er voldoende concurrentie tussen zorgverzekeraars zijn
 - Eenvoudig overstappen mogelijk zijn
 - Toegankelijke informatie beschikbaar zijn
 - De keuze voor verzekeraar gebaseerd worden op informatie
- Verzekerden moeten zorgaanbieders vergelijken en kiezen. Hiervoor moet systematische kwaliteitsinformatie beschikbaar zijn.
- Zorgverzekeraars moeten voldoende inkoopmacht hebben.

5. Benchmarking

Benchmarking is, kort gezegd en in de context van dit onderzoek, het onderling vergelijken van ziekenhuizen om op basis daarvan verbeteringen in de kwaliteit van zorg aan te brengen. Benchmarking is interessant voor zorgverzekeraars omdat zij met dit hulpmiddel ziekenhuizen beter kunnen sturen op kwaliteit. De relatie tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis is daarom van belang. Deze relatie wordt in de paragrafen 5.1 en 5.2 uitgelegd aan de hand van de agentschapstheorie. Om te kunnen benchmarken is het daarnaast van belang dat de informatie die gebenchmarkt wordt eenduidig is. Daarom wordt er gebruik gemaakt van kwaliteitsindicatoren. Deze indicatoren worden in paragraaf 5.3 beschreven.

5.1 De agentschapstheorie

De *agency theory*, ofwel agentschapstheorie, is sinds de jaren '70 veelal gebruikt in de economie, accounting, marketing, politiek, organisatiewetenschappen en in de sociologie. De agentschapstheorie geeft inzicht in de relatie tussen de principaal, die het werk delegeert, en de agent, die het werk vervolgens uitvoert (Eisenhardt 1989). Ross (1973) beschrijft het meer specifiek: een agentschapsrelatie ontstaat tussen twee (of meer) partijen wanneer één, toegewezen als agent, handelt voor, in naam van, of als representatief voor de ander, toegewezen als de principaal, in een specifiek domein van besluitsproblemen. In deze relatie verricht de agent, op basis van een contract, werkzaamheden voor de principaal. De agent ontvangt hiermee een bepaald inkomen van de principaal. De agent beschikt over meer informatie over de werkzaamheden die hij verricht en heeft andere belangen, waardoor hij deze informatie niet altijd aan de principaal zal willen verstrekken. De focus van de theorie ligt op het contract tussen de agent en de principaal die zo efficiënt mogelijk moet zijn. Dit in de context van aannames over mensen (risicoaversie, rationaliteit), organisaties (conflicterende doelen) en informatie (Eisenhardt 1989).

De agentschapstheorie levert verschillende bijdrages aan organisatorisch denken. Allereerst de behandeling van informatie. In de agentschapstheorie is informatie een algemeen goed: het heeft een prijs en kan worden ingekocht. Het idee is dat organisaties in informatiesystemen kunnen investeren om zo meer controle te krijgen op de agenten. Een andere bijdrage van de theorie is de risico-implicatie. Organisaties hebben veelal een onzekere toekomst, waarbij werknemers maar deels controle hebben over de uitkomsten. De implicatie hierbij is dat de onzekerheid over uitkomsten gekoppeld aan de verschillen in risicoacceptatie het contract tussen principaal en agent beïnvloedt (Eisenhardt 1989).

De agentschapstheorie kan opgesplitst worden in twee stromingen, de positivistische agentschapstheorie en de principaal-agent theorie. Deze laatste theorie richt zich op de algemene theorie van de principaal-agent relatie en is veel abstracter en mathematischer

dan de positivistische theorie, waardoor deze moeilijk toepasbaar is. Er wordt daarom gebruik gemaakt van de positivistische agentschapstheorie die hieronder wordt uitgelegd.

5.1.1 Positivistische agentschapstheorie

Wetenschappers die de positivistische agentschapstheorie toepassen, richten zich op specifieke situaties waarbij de principaal en de agent zeer waarschijnlijk conflicterende doelen hebben. Vervolgens worden sturingsmiddelen van de overheid beschreven om grenzen te leggen aan het gedrag van de agent, wat erop gericht is de situatie voor zichzelf te verbeteren. De positivisten focussen zich vooral op de relatie tussen de eigenaren en managers van grote, publieke bedrijven. Zij leggen zich toe op het beschrijven van sturingsmiddelen van de overheid die het agentschapsprobleem oplossen. Er zijn hierbij twee hypothesen:

1. Wanneer het contract tussen de principaal en de agent gebaseerd is op uitkomsten, zal de agent zich meer gaan gedragen zoals de principaal dit wil.
2. Wanneer de principaal informatie heeft om het gedrag van de agent te verifiëren, zal de agent zich meer gaan gedragen zoals de principaal dit wil (Eisenhardt 1989).

5.2 Toepassing van de agentschapstheorie op de zorginkoopmarkt

Op de zorginkoopmarkt spelen twee partijen een rol: de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder (in dit geval het ziekenhuis). Binnen het B-segment moeten zij individueel onderhandelen over de prijs, kwaliteit en hoeveelheid van zorg die geleverd gaat worden. Zij voldoen aan de agentschapstheorie gezien het feit ze verschillende belangen hebben en over andere informatie beschikken (Vosselman 1996). Op de zorginkoopmarkt is de zorgverzekeraar de principaal die een contract aangaat met het ziekenhuis, de agent. De agent verricht werkzaamheden voor de principaal. In deze relatie gaat het om medisch handelen. De agent, ofwel het ziekenhuis, levert medische zorg aan patiënten. Deze patiënten hebben op hun beurt een contract ingekocht bij de verzekeraar, door wie de behandeling wordt vergoed. Uiteindelijk betaalt de zorgverzekeraar dus voor de dienst die het ziekenhuis aan de patiënt levert via een contract waarin de prijs per DBC wordt afgesproken. Het contract betreft het zorginkoopcontract van (in dit geval) het B-segment. Daarnaast is in het A-segment ook het functioneel budget afgesproken.

5.2.1 Belangentegenstellingen

Zoals in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk is beschreven, heeft de principaal niet altijd goed zicht op de werkzaamheden die de agent uitvoert. Deze werkzaamheden zijn er soms op gericht om het belang van de agent te vergroten, terwijl dit juist niet in het belang van de principaal werkt. Er is dus sprake van belangentegenstellingen. Te denken valt aan het

upcoden van DBC's waarbij specialisten patiënten een net iets duurdere DBC toewijzen dan werkelijk het geval is (DBC Onderhoud 2008). De zorgverzekeraar kan in dit geval onvoldoende toezicht houden op het handelen van de zorgaanbieder.

Er zijn volgens Vosselman (1996) drie manieren om belangentegenstellingen op te lossen. Namelijk door:

1. Bonding; dit houdt in dat er sprake is van beperkingen die de agent accepteert in het belang van de principaal. Dit speelt onder andere een rol bij de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Er wordt dan onderhandeld over prijs, volume en kwaliteit, wat kan leiden tot beperkingen voor de agent.
2. Monitoring; hierbij ontvangt de principaal informatie door de werkzaamheden van de agent in kaart te brengen. Met de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet is de zorg steeds transparanter geworden. De zorgverzekeraar heeft steeds meer zicht op het handelen van het ziekenhuis.
3. Incentives tot inspanning; te denken valt aan het belonen van de agent, waardoor hij zich beter inspant zijn taken te verrichten zoals de principaal dit wil. Het belonen van ziekenhuizen gebeurt nog niet regelmatig.

Deze instrumenten kosten echter geld, de zogenaamde beheerskosten. Om de instrumenten zo efficiënt mogelijk te laten werken is het belangrijk dat de beheerskosten worden gedekt door de kostenreductie die het verbeterde contract tussen de agent en de principaal moet opleveren (Vosselman 1996).

5.2.2 Informatie-assymetrie

In de agentschaprelatie op de zorginkoopmarkt is naast belangentegenstellingen, ook sprake van een grote informatieasymmetrie, gezien de professionaliteit van het ziekenhuis en de medisch specialisten. In de agentschapstheorie staat deze informatieasymmetrie centraal. In dit geval heeft de agent meer informatie over de werkzaamheden die hij uitvoert dan de principaal (Eisenhardt 1989). De invoering van DBC's heeft er echter voor gezorgd dat de informatiekloof tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar verkleind is. DBC's hebben geleid tot een vergrote transparantie in de kosten en wijze van behandeling. Dit vormt voor de principaal dus een betere basis om de agent te sturen. Een ander instrument van de zorgverzekeraar om meer informatie te krijgen is benchmarking. Bij benchmarking worden ziekenhuizen onderling vergeleken, waardoor de verzekeraar meer inzicht heeft in de handelingen van de agent, afgezet tegen de best handelende of gemiddelde agent. Om te kunnen benchmarken is het echter belangrijk dat dit gedaan wordt op basis van goede en eenduidige informatie (Sluijs e.a. 2002).

5.3 Zorg inkopen op basis van kwaliteit

Het uiteindelijke doel van de verzekeraar is, volgens de agentschapstheorie, om het ziekenhuis werkzaamheden te laten verrichten die in het belang van de verzekeraar zijn. De verzekeraar handelt op zijn beurt weer in het belang van de verzekerde. De belangen van de verzekeraar (en dus van de verzekerde) komen terug in het inkoopproces. Kwaliteit van zorg is een steeds belangrijker onderwerp van onderhandeling.

De vraag is echter of het inkopen van zorg gebaseerd op kwaliteit vruchten afwerpt. Roscam Abbing (2007) meent dat de situatie van onderlinge concurrentie tussen de zorgverzekeraars niet bij voorbaat een garantie is dat de zorg van voldoende kwalitatief niveau is. Volgens onderzoekers kan dit wel het geval zijn, maar zorgverzekeraars worden in hun concurrentie belemmerd door onduidelijkheden over de kwaliteitsindicatoren (Dudley & Juni 2005). Een indicator is een aanduiding en geen precieze meting. Prestatie-indicatoren zouden een tekortschietsing in de kwaliteit van zorg aan kunnen geven aan de hand van bijvoorbeeld het percentage ziekenhuisinfecties of de frequentie van decubitus. Andere indicatoren om de kwaliteit van de zorg te meten zijn procesindicatoren waarbij wordt beschreven of men wel of niet bepaalde interventies toepast en op welke wijze (Giard 2005).

Giard (2005) meent dat er twee verschillende zaken nodig zijn om te oordelen over de kwaliteit van zorg: metingen en maatstaf. Als er geen zorguitkomsten gemeten worden, kan men zich er niet zeker van stellen dat een proces daadwerkelijk de kwaliteit van zorg verbetert en leidt tot gestelde doelen (Evans e.a. 2001). Cornell e.a. (2007) sluiten zich hierbij aan door te stellen dat als er geen metingen worden gedaan, er geen basisniveau is van kwaliteit waartegen gemeten kan worden. Dit basisniveau van kwaliteit wordt door Giard (2005) omschreven als de maatstaf waartegen gemeten moet worden. Voor medische zorgprocessen is het lastig om de maatstaf van tevoren vast te stellen, omdat niet alle factoren, die de uiteindelijke kwaliteit of uitkomst van zorg bepalen, te beïnvloeden zijn.

Waarde-metingen zijn ook essentieel voor de verantwoordingsplicht. Zorgverleners kunnen niet verantwoordelijk worden gehouden voor verbetering van zorg wanneer de kwaliteit van zorg zelf niet nauwkeurig wordt gemeten (Cornell e.a. 2007). De indicatoren voor het meten van zorg kunnen alleen een nuttig instrument zijn wanneer zij op de juiste wijze worden toegepast. Een ondoordacht gebruik van deze indicatoren is niet alleen inefficiënt, maar kan zelfs schadelijk zijn (Giard 2005). Een probleem bij prestatie-indicatoren is volgens Groenewegen & Van der Wal (2001) dat ze zich niet alleen richten op het uiteindelijke doel van de zorginstelling, maar ook op instrumentele tussenstappen. Dit brengt als risico met zich mee dat er een prestatieparadox optreedt. Deze paradox houdt in dat sturing van prestaties tot het omgekeerde resultaat leidt. Instellingen verleggen hun focus van het grote geheel naar de tussendoelen.

Metingen van zorguitkomsten moeten uitvoerbaar zijn. Ze moeten gespecificeerd zijn, een redelijke prijs hebben, verzekerd zijn van vertrouwelijkheid en toegankelijk zijn voor derde partijen zoals verzekeraars en consumenten (Cornell e.a. 2007). Hier sluit Giard (2005) zich bij aan. Volgens hem is het niet voldoende om alleen prestatie-indicatoren te meten, de indicatoren moeten ook openbaar gemaakt worden. Het openbaar maken van deze kwaliteitsuitkomsten van ziekenhuizen moet wel daadwerkelijk aanzetten tot een kwaliteitsverbetering in de instelling.

5.3.1 Kwaliteitsindicatoren

Ziekenhuizen moeten in steeds grotere mate verschillende indicatoren aanleveren aan verschillende partijen. Een indicator wordt veelal omschreven als: 'een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg' (Colsen en Casparie 1995). Indicatoren hebben een signaalfunctie en zijn dus niet een directe maat voor de kwaliteit van zorg (Sluijs e.a. 2002). Een goede indicator zou volgens Colsen en Casparie (1995) aan drie eisen moeten voldoen. Als eerste is de validiteit van belang: meet de indicator werkelijk wat er gemeten zou moeten worden? Het is dus belangrijk dat kwaliteit van zorg eerst zorgvuldig gedefinieerd wordt alvorens het te gaan meten aan de hand van indicatoren. Ten tweede moeten door het gebruik van indicatoren veranderingen in de kwaliteit van zorg te zien zijn (responsiveness). En tot slot moeten alle indicatoren op dezelfde wijze en volledig geregistreerd worden. In Nederland zijn er echter verschillende sets van indicatoren die ziekenhuizen invullen. Hieronder worden de belangrijkste groepen met hun indicatoren beschreven.

5.3.1.1 Basisset prestatie-indicatoren IGZ

Vanaf 2003 stelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg een 'Basisset Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen' op. Deze basisset zorgt voor transparantie en verantwoording van door ziekenhuizen behaalde resultaten en is voor de inspectie het belangrijkste instrument voor toezicht. Ziekenhuizen hebben een wettelijke informatieplicht, de basisset maakt hiervan deel uit. De indicatoren zijn tot stand gekomen door samenwerking van verschillende belangengroepen in de gezondheidszorg, te weten: de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch Specialisten (Orde).

Ziekenhuizen moeten de gegevens van het voorgaande jaar uiterlijk op 1 juni aanleveren. Dit kan digitaal via een website (www.jaarverslagenzorg.nl). Vervolgens gaat de inspectie met alle ziekenhuizen individueel een gesprek aan en maakt een geïntegreerd verslag van de uitkomsten. De IGZ heeft een 'basisfilosofie' van de prestatie-indicatoren opgesteld aan de hand van vijf uitgangspunten (IGZ 2007):

1. Een prestatie-indicator geeft een signaal over de (kwaliteit van de) zorg op grond waarvan de inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten.
2. Ziekenhuizen maken zelf resultaten openbaar. Hierbij kunnen ziekenhuizen de resultaten van individueel commentaar voorzien.
3. Interne kwaliteitsverbetering is belangrijk.
4. Registratielast blijft beperkt
5. De basisset is een ontwikkelingsmodel.

Inmiddels bestaat de basisset prestatie-indicatoren uit 20 zorginhoudelijke indicatoren, opgesteld door de IGZ. Deze 20 indicatoren bestaan uit 35 subindicatoren. Daarnaast is er ook een set bedrijfsmatige indicatoren, ontwikkeld door de NVZ. Ziekenhuizen zijn niet verplicht om deze set in te vullen. Er zijn 4 NVZ-indicatoren, onderverdeeld in 7 subindicatoren. Resultaten van de indicatoren zijn te vinden op www.ziekenhuizen transparant.nl en www.kiesbeter.nl (IGZ 2007).

5.3.1.2 Consumer Quality Index

De CQ-index richt zich op ervaringen en inzichten van de patiënt. Het gaat hierbij om wat zij belangrijk vinden in de zorg en hoe zij (de kwaliteit van) zorg ervaren. Vanuit patiëntenperspectief worden klantenervaringen op gestandaardiseerde wijze gemeten, geanalyseerd en gerapporteerd. Het systeem is ontwikkeld door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en de afdeling Sociale Geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum. De index is gebaseerd op de Amerikaanse CAHPS-systematiek, de Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems en de QUOTE vragenlijsten door NIVEL ontwikkeld (Nivel 2008).

5.3.1.3 DBC-inkoopgids

De DBC-inkoopgids is door de koepelorganisatie van zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) opgesteld. Het doel van de gids is om voor de betaalde premies zo goed mogelijke zorg te contracteren, waarbij het inkopen op prijs niet voldoende is. Daarom heeft ZN geprobeerd overeenstemming te brengen tussen de werkelijk geleverde zorg, de medisch gewenste zorg en de door de patiënt ervaren zorg. Belangrijke begrippen hierbij zijn: veiligheid, toegankelijkheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid en doelmatigheid. De gids is onder andere gebaseerd op professionele richtlijnen (van beroepsgroepen) en per aandoening is er commentaar gegeven door relevante patiëntengroepen (SnellerBeter 2007).

5.3.1.4 Transparantie Medisch-specialistische zorg

Om prestaties van zorgaanbieders met elkaar te kunnen vergelijken, is betrouwbare en vergelijkbare informatie nodig. In de afgelopen jaren hebben veel verschillende partijen de kwaliteit van zorgaanbieders gemeten en geregistreerd, wat leidde tot verschillende analyses en onvergelijkbare resultaten. Vandaar dat er de stuurgroep Transparantie Medisch-specialistische zorg is opgericht, bestaande uit: de Consumentenbond, de IGZ, de NFU, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de NVZ, de Orde, de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De stuurgroep gebruikt drie soorten meetinstrumenten, allereerst zorginhoudelijke indicatoren. Deze zijn aandoeningsspecifiek en leveren medisch-inhoudelijke informatie over veiligheid, effectiviteit en doelmatigheid van zorg. De tweede soort zijn de etalage+ vragenlijsten. Deze vragenlijsten gaan over de organisatie van zorg bij een specifieke aandoening, zodat de patient een onderbouwde keuze voor een instelling kan maken. Tot slot zijn er de CQI-meetinstrumenten, die vanuit patientenperspectief de kwaliteit van zorg meten. De komende jaren wil de stuurgroep voor 80 aandoeningen prestatie-informatie realiseren. De eerste zeven Etalage+ vragenlijsten zijn in 2007 al ingevuld. In januari 2008 is gestart met registratie van de eerste 10 sets zorginhoudelijke indicatoren (Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit 2007).

5.4 Aandachtspunten

Door de agentschapstheorie toe te passen op de relatie tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder kan er meer inzicht worden gekregen in de zorginkoopmarkt. Wanneer deze theorie wordt toegepast, blijkt dat er sprake is van belangentegenstellingen en informatie-assymetrie tussen de principaal en de agent. Dit moet zo goed mogelijk worden rechtgetrokken door de principaal. De zorgverzekeraar heeft hier een aantal instrumenten voor, waaronder benchmarking. Voor benchmarking zijn kwaliteitsindicatoren nodig. Wanneer we de agentschapstheorie toepassen op de zorginkoopmarkt en hierbij ook de kwaliteitsindicatoren betrekken, zijn de volgende aandachtspunten van belang:

- Een contract gebaseerd op uitkomsten zorgt ervoor dat het ziekenhuis zich meer gedraagt zoals de verzekeraar wil.
- Wanneer de verzekeraar informatie heeft om het 'gedrag' van het ziekenhuis te verifiëren, zal het ziekenhuis zich meer gedragen zoals de verzekeraar dat wil. Dit kan op basis van indicatoren:
 - Uitkomsten moeten dan een maatstaf hebben
 - Er moet rekening worden gehouden met de prestatieparadox
 - Metingen moeten openbaar gemaakt worden

6. Knelpunten in het inkoopproces en bij benchmarking

Vanuit de theorie komen er verschillende knelpunten naar voren in het inkoopproces en bij benchmarking. De belangrijkste knelpunten worden in dit hoofdstuk toegelicht vanuit verschillende perspectieven.

6.1 Zorgverzekeraar

6.1.1 Onderscheiden op kwaliteit

De Nederlandse Zorgautoriteit benoemt in haar 'Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2007', een belangrijk knelpunt op de zorginkoopmarkt. Zorgverzekeraars onderscheiden zich nog steeds niet voldoende op kwaliteit van zorg, ook al komt er meer informatie over de gecontracteerde zorg (NZa 2007).

Wanneer verzekerden een voorkeur hebben voor gecontracteerde zorg, dwingt dit de zorgverzekeraar om actief zorg in te kopen. Uit onderzoek blijkt dat verzekerden bereid zijn om verzekeraars te betalen voor inspanningen omtrent het regelen van goede zorg. Gecontracteerde zorg, toegespitst op kwaliteit van deze zorg, is daarom een onderscheidend vermogen op de zorgverzekeringsmarkt en zorgt voor een positieve prikkel voor een adequate zorginkoop door verzekeraars (NZa 2007).

Pas wanneer verzekerden inzicht en belang hebben bij de inkoop van zorgproducten zal de zorgverzekeraar gestimuleerd worden om kwalitatief goede zorg in te kopen. Daarmee wordt tegelijkertijd de zorgaanbieder gestimuleerd om zorg van hoge kwaliteit te leveren (NZa 2007).

6.1.2 Concurrentie tussen verzekeraars

Vervolgens is het van belang dat verzekerden voldoende keuze hebben uit concurrerende zorgverzekeraars (Schaepkens 2002). Ruim 91% van alle verzekerden geeft aan een grote keuzevrijheid ten aanzien van zorgverzekeraars te ervaren. Ook de concurrentiestrijd tussen zorgverzekeraars gaat door. Verzekeraars hanteren vaak nog steeds geen kostendekkende premie. De weerslag van deze concurrentie is echter beperkt aangezien weinig verzekerden jaarlijks veranderen van ziektekostenverzekeraar. In 2006, toen de stelselwijziging werd ingevoerd, veranderde 18% van de verzekerden van ziektekostenverzekeraar. In dat jaar waren de premie, de dekking van het aanvullend pakket en een collectief contract bij een andere verzekeraar de belangrijkste redenen om over te stappen. In 2007 daalde het percentage van overstappende verzekerden tot 4,4%. De belangrijkste reden voor de overstap was een collectief contract bij een andere verzekeraar (RIVM 2008).

6.1.3 Inkoopmacht

Tot slot is het onduidelijk of zorgverzekeraars sterk genoeg staan tegenover de zorgaanbieders die een voordeel ondervinden door de schaarste van het zorgaanbod en hun kennisvoorsprong (De Groot 2005). Op de zorginkoopmarkt is namelijk in grote mate sprake van informatieasymmetrie. De vraag is of zorgverzekeraars voldoende macht hebben ten opzichte van de zorgaanbieders. Vervolgens moeten zij ook in kunnen schatten hoeveel DBC's zij in moeten kopen bij ziekenhuizen om in de behoeften van hun cliënten te voorzien (Schaepkens 2002).

6.2 Zorgaanbieder

6.2.1 Financiering

Bij de Functiegerichte Budgettering maken zorgverzekeraars afspraken met ziekenhuizen over de hoeveelheid en de soort zorg die in het jaar geleverd wordt. Deze overeenkomsten moeten ook afspraken bevatten over de kwaliteit en doelmatigheid van de te leveren zorg. Echter, de parameters die binnen het FB gebruikt worden, zijn zo beperkt dat het de vraag is of de zorgbehoefte van de consument hier daadwerkelijk in weerspiegeld wordt (Schaepkens 2002).

Door deze mankementen in de FB-financiering kan marktwerking niet volledig worden ingevoerd. Het financieringssysteem van Functiegerichte Budgettering beslaat namelijk 80% van de totale financiering. Slechts 20% bestaat uit vrij ondelhandelbare DBC's. De zorgverzekeraar ondervindt naast deze beperkte sturing ook problemen bij het werken met twee verschillende financieringssystemen. (DBC-onderhoud 2008).

6.2.2 Indicatoren

Zoals in hoofdstuk 5 naar voren komt zijn er in Nederland verschillende organisaties die indicatoren van zorgaanbieders opvragen. Voor de zorgaanbieder leidt dit tot veel werk en onoverzichtelijke kwaliteitsinformatie (IGZ 2008).

Daarnaast heeft het rapporteren van indicatoren verschillende uitwerkingen. Het extern gebruik van de kwaliteitsindicatoren, wat tot een kwaliteitsverbetering moet leiden, kan ook juist een negatief effect hebben op professionals. Omdat prestatie-indicatoren ook publiekelijk uitkomen kan het de intrinsieke motivatie van professionals ondermijnen waardoor beroepsuitoefening juist slechter wordt. Vooral bij mensen met een hoog risico lijkt de kwaliteit van zorg te dalen door het gebruik van indicatoren. Uit een aantal studies komt naar voren dat verschillende ongewenste effecten hierbij een rol spelen. Te denken valt aan risicoselectie, fraude met gegevens, het onnodig uitvoeren van handelingen zodat doelen

gehaald worden en focus op kwaliteitsverbetering op de korte termijn (Wollersheim e.a. 2006).

Het gebruik van prestatie-indicatoren levert het ziekenhuis zelf ook belangrijke informatie op. Deze informatie heeft veel waarde, omdat betrokkenen ook inzicht hebben in de complexe context van de indicatoren en het medisch handelen. Echter voor extern gebruik is dit niet vanzelfsprekend het geval. De context van indicatoren is in dit geval erg belangrijk, juist omdat daardoor indicatoren beïnvloed worden. Deze contextinformatie wordt door externe partijen echter weinig gebruikt, waardoor indicatoren een direct afleesfunctie krijgen (Wollersheim e.a. 2006).

6.3 Verzekerde

De uitkomsten van verschillende benchmarks en het vergelijken van prestatie-indicatoren zou moeten leiden tot een beter inzicht voor de consument en daarmee een grote keuzevrijheid. Om een optimale marktwerking in de zorg te creëren is het van belang dat zorggebruikers ziekenhuizen kiezen op basis van de aard en kwaliteit van zorgproducten (RIVM 2008). Verzekerden moeten inzicht hebben in, en belang hebben bij de kwaliteit van deze gecontracteerde zorg (NZa 2007). De systematische kwaliteitsinformatie die hiervoor nodig is, is echter nog maar in beperkte mate beschikbaar. Daarnaast wordt de informatie die wel beschikbaar is nog niet door alle Nederlanders gebruikt. In 2007 heeft 18% van de burgers in de afgelopen twee jaar geprobeerd om voor hun keuze aan informatie te komen over de kwaliteit van ziekenhuizen. Het percentage dat naar informatie over de kwaliteit van individuele artsen zocht is nog lager (13%). Van deze informatiezoekers vond 78% nuttige informatie over ziekenhuizen en 66% vond nuttige informatie over artsen (RIVM 2008).

Veelal is de complexiteit van de informatie een belemmering voor de consument. Dit komt vooral naar voren wanneer er geen duidelijke rangorde is en geen van alle zorgaanbieders hoog scoort op de onderdelen. Het is voor de consument dan lastig om de weging van de verschillende indicatoren tegen elkaar af te wegen. Verder kan de terminologie die wordt gebruikt verwarrend zijn. De verwarring komt voort uit de vraag of een hoge score nou juist een betere of een slechtere kwaliteit vertegenwoordigt (Wollersheim e.a. 2006).

Tot slot hechten consumenten veel waarde aan ervaringen van vrienden en familie. Ook hechten zij veel waarde aan het advies van de huisarts: 35% van de Nederlanders zegt door de huisarts te zijn geholpen bij het kiezen van een specialist. Bijna de helft van de Nederlandse patiënten (42%) die de afgelopen drie jaar zijn opgenomen, raadpleegde de huisarts voor informatie over ziekenhuiszorg (RIVM 2008). Een wetenschappelijke of publieke bron met uitkomsten van verschillende prestatie-indicatoren heeft daarom niet altijd de gewenste invloed (Wollersheim e.a. 2006).

6.4 Aandachtspunten

In onderstaande tabel worden hoofdstuk 4, 5 en 6 samengevoegd door de knelpunten nog eens kort te noemen en hier oplossingen aan te verbinden.

Tabel 3: Knelpunten op de zorginkoopmarkt en mogelijke oplossingen.

Knelpunt	Mogelijke oplossing
Zorgverzekeraar <ul style="list-style-type: none">○ Verzekerden: verzekeraars vergelijken en kiezen ○ Inkoopmacht	<ul style="list-style-type: none">○ Voldoende concurrentie○ Eenvoudig overstappen○ Leveren van systematische kwaliteitsinformatie○ Kwaliteitsinformatie inzichtelijk, overzichtelijk en begrijpelijk maken○ Aandacht besteden aan doorverwijzen door huisarts.○ Informatie-assymetrie rechter trekken (medisch-adviseurs)○ Selectief contracteren →○ Meer concurrentie tussen zorgaanbieders: strijden om gunsten verzekeraar.
Zorgaanbieder <ul style="list-style-type: none">○ Financiering ○ Indicatoren	<ul style="list-style-type: none">○ DBC-financiering uitbreiden○ Opheffen systeem 2 financieringsmethoden○ Invoeren van maatstaf waartegen gemeten wordt○ Brede steun binnen de instelling alvorens prestatie maatstaven in te voeren.○ Ruimte geven voor het plaatsen van uitleg bij indicatoren (context)

Op basis van de knelpunten zoals besproken in dit hoofdstuk, is een topiclijst gemaakt met aandachtspunten waar in de praktijk rekening mee moet worden gehouden (tabel 4). De lijst is gebaseerd op voorgaande hoofdstukken. In de interviews werd allereerst ingegaan op de zorginkoopmarkt en de onderwerpen die op de onderhandeltafel komen. Vervolgens werd

gevraagd hoe er wordt gedacht over de hoeveelheid macht van verschillende partijen. Daarna werden de kwaliteitsindicatoren, benchmarking en ranglijsten besproken. Ook knelpunten van deze topics kwamen aan de orde. Tot slot werden de huidige situatie en de toekomst besproken. Aan de hand van deze topiclijst zijn de interviews met zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars opgesteld. De gehele vragenlijsten zijn te vinden in bijlage 3 (zorgverzekeraar) en 4 (zorgaanbieder)

Tabel 4. Topiclijst op basis van knelpunten op de zorginkoopmarkt als basis voor diepte-interviews met zorgverzekeraars en –aanbieders.

-
- Onderwerp van onderhandeling
 - Machtsverhouding
 - Benchmarken
 - Indicatoren
 - Ranglijsten
 - Toekomst
-

7. Benchmarking in de praktijk

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het praktijkonderzoek, de uitkomsten van de interviews, behandeld. Het gaat hierbij specifiek om een nulmeting van benchmarking en kwaliteitsindicatoren. Het volgende hoofdstuk, hoofdstuk 8, zal zich verder verdiepen en verbeterpunten aanreiken om tot een betere sturing van kwaliteit te komen.

In deze twee hoofdstukken is gebruik gemaakt van codes. Dit is gedaan om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen. De grote zorgverzekeraar wordt aangeduid als V1. De twee middelgrote verzekeraars worden aangeduid met V2 en V3. De ziekenhuizen worden Z1 en Z2 genoemd.

7.1 Het zorginkoopproces

Om de verzekerden zorg te garanderen, is het van belang dat de zorgverzekeraar zorgaanbieders contracteert. Dit gebeurt op basis van een proces waarbij onderhandelingen worden gedaan over prijs, volume en kwaliteit: het zorginkoopproces.

7.1.1 Het A-segment

Voor 2005 waren er bij ieder overleg twee partijen vertegenwoordigd: de grootste verzekeraar in de regio en de ZN regiovertegenwoordiger, een vertegenwoordiger namens alle verzekeraars. In enkele regio's was er nog een tweede grote verzekeraar aanwezig. In 2008 is dit model veranderd in een model waarbij de grootste verzekeraar (de marktleider) in de regio en de marktleider van de instelling aan tafel zitten om afspraken te maken over het A-segment. Wanneer dit dezelfde verzekeraar is, zal de op één na grootste verzekeraar in het ziekenhuis aanwezig zijn. Zodoende zitten er voor het A-segment 2 partijen aan tafel: de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Er zijn ook externe partijen die invloed hebben op het inkoopproces zoals de overheid en Zorgverzekeraars Nederland.

De zorgaanbieder wordt vertegenwoordigd door de ziekenhuisdirectie, de Raad van Bestuur en de medische staf. De twee (of eventueel drie) zorgverzekeraars sturen een zorginkoper. De afspraken die binnen het A-segment vallen gelden voor alle verzekerden, er wordt hierbij geen onderscheid gemaakt tussen verzekeraars. De grootste zorgverzekeraars maken deze collectieve afspraken, maar omdat zij ook het grootste belang hebben, is gegarandeerd dat de zorg voor alle verzekerden goed geregeld is (V1, V2, V3)

7.1.2 Het B-segment

Het B-segment hoeft niet collectief ingekocht te worden, hierbij vinden individuele onderhandelingen tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder plaats. Ook hierbij zitten zowel de ziekenhuisdirectie, als de Raad van Bestuur en de medische staf aan tafel. Alle

verzekeraars zijn het erover eens dat de medische staf en de Raad van Bestuur een ongeveer gelijke invloed in de onderhandelingen hebben.

In naam van de zorgverzekeraar zitten een zorginkoper en af en toe een medisch adviseur aan tafel. De zorginkoper onderhoudt alle contacten met het ziekenhuis en maakt de afspraken. De medisch adviseur zit erbij als het gaat om het inhoudelijk deel, de indicatoren.

De zorgverzekeraar en het ziekenhuis kennen twee vormen van overleg. Allereerst is er twee tot vier keer per jaar overleg met de raden van bestuur. Er is dan ook een delegatie van de medische staf vertegenwoordigd. Ten tweede is er een andere vorm van overleg, die zich toespitst op de financiën. Afspraken worden dan gedetailleerder gemaakt, bijvoorbeeld met het hoofd economische administratieve dienst (HEAD). Een verzekeraar (V1) geeft aan dat met de HEAD het echte onderhandelcontract wordt opgesteld.

De afspraken worden in het algemeen gemaakt op hoofdlijnen. Details worden intern in het ziekenhuis verder behandeld. Alleen als het om bijzondere medische verrichtingen gaat wordt er bijvoorbeeld ook gepraat met een maatschap.

7.2 Onderwerp van onderhandeling

De zorgverzekeraars zijn het erover eens dat in het inkoopproces vooral over prijsstelling wordt onderhandeld. Prijs en volume zijn de harde afspraken die gemaakt moeten worden omdat declaraties anders niet verstuurd kunnen worden. In ziekenhuizen waar de verzekeraar marktleider is, wordt meer geïnvesteerd in kwaliteit. Er wordt in ieder geval over gepraat en er moeten gegevens op tafel komen. Deze kwaliteitsafspraken komen daarna ook duidelijk in het contract naar voren (V1, V2, V3).

“Maar het is wel zo dat nog steeds, als puntje bij paaltje komt, dat je die prijs met elkaar wilt aftikken, want dat is gewoon een heel hard onderwerp.”

De zorgaanbieders zijn het hiermee eens. Zij stellen bijvoorbeeld dat door de verzekeraar vaak naar die indicatoren wordt gekeken die het meeste omzet veroorzaken. Een soort top-10 DBC's als basis van de omzet, waarbij het niet direct om belangrijke indicatoren gaat. De prijs is dus nog steeds doorslaggevend, maar beide ziekenhuizen zien wel in dat zorgverzekeraars steeds meer gaan doen (Z1, Z2).

7.3 Benchmarks

Benchmarks zijn een goed instrument voor de zorgverzekeraar om de prestaties van ziekenhuizen te kunnen beoordelen en de zorg transparant(er) te maken. Een zorgverzekeraar (V2) geeft aan dat benchmarks onder andere gebruikt worden als informatie bij het bepalen van het inkoopbeleid. De zorgverzekeraar gebruikt dus bestaande benchmarks, maar benchmarkt zelf ook. Dit is één van de belangrijkste delen van het werk.

7.3.1 Indicatoren

Om te kunnen benchmarken is informatie, veelal in de vorm van indicatoren, nodig. Aangegeven wordt dat de belangrijkste indicatoren de outputindicatoren zijn, maar deze zijn vaak nog lastig te registreren. Daarom wordt er vooral gebruik gemaakt van procesindicatoren. Op basis van deze gegevens worden ziekenhuizen vervolgens gelabeld. Vanuit het gemiddelde bezien wordt dan gevraagd waarom een ziekenhuis afwijkt van dat gemiddelde.

De indicatoren worden door twee zorgverzekeraars zelf opgesteld. Bij één van deze verzekeraars (V2) worden ze zo ontwikkeld dat ze direct ingevoerd kunnen worden in een elektronisch bestand. Vragen worden daarom zo gesteld dat het antwoord ja/nee of een (procentueel) getal is. De andere zorgverzekeraar (V3) heeft wel eigen indicatoren, maar baseert deze wel op de al gevraagde indicatoren van bijvoorbeeld de inspectie. De informatie die hiervoor nodig is loopt niet alleen via het ziekenhuis, maar ook via andere instellingen zoals Kind & Ziekenhuis. Op basis van deze indicatoren worden benchmarks gemaakt en conclusies getrokken. De derde zorgverzekeraar (V1) gebruikt geen eigen indicatoren, maar sluit zich aan bij wat er al bestaat. De zorgaanbieders geven aan dat het niet op prijs gesteld wordt dat zorgverzekeraars bij de bestaande lijstjes ook nog eens zijn eigen indicatoren gaat toevoegen. Binnen het ziekenhuis gaan mensen hier ook over morren, omdat ze steeds verschillende lijstjes over hetzelfde onderwerp in moeten vullen. Ook door de zorgverzekeraars wordt gewezen op het extra werk voor ziekenhuizen met de vele verschillende lijstjes.

Tot slot voert een zorgaanbieder (Z1) aan dat kwaliteitsindicatoren in principe alleen voor het B-segment gelden. Het is wel 'typisch' dat voor het A-segment niet direct kwaliteit geleverd hoeft te worden.

7.3.2 Ontbrekende informatie

Sommige indicatoren komen niet goed van de grond in ziekenhuizen en worden niet, of foutief geregistreerd. Een onderdeel van het inkoopbeleid is dan ook de vraag om de indicatoren beter te gaan rapporteren. De zorgaanbieders geven aan dat gegevens wel worden aangeleverd en dat ze vooral gebruik maken van de ZN-inkoopgids, waar IGZ-indicatoren ook soms in worden genoemd. Inmiddels moeten deze indicatoren volgens de aanbieder ook wel echt worden aangeleverd, anders wordt je er als ziekenhuis op afgerekend.

Het ontbreken van informatie is voor de verzekeraar een last, aangezien deze informatie nodig is om te vergelijken met andere ziekenhuizen. Men wil niet weten of de behandeling er wel of niet is, maar waarom de behandeling bijvoorbeeld duurder is.

Ziekenhuizen worden echter steeds terughoudender in het aanleveren van informatie. Zij zien dat deze informatie ook daadwerkelijk wordt gebruikt en wanneer bepaalde informatie niet welgevalen is, worden er argumenten bedacht om het niet aan te hoeven leveren. De verzekeraar moet daarom soms erg veel druk uitoefenen om de informatie toch te krijgen.

Het uitwisselen van informatie tussen zorgverzekeraars onderling gebeurt overigens alleen over zaken uit het A-segment. Over dingen uit het B-segment, wordt geen informatie uitgeleverd, omdat dit zou leiden tot kartelachtige afspraken.

7.3.3 Ranglijsten

Ranglijsten kunnen worden gezien als een verlengstuk van benchmarks. In ranglijsten worden, in dit geval ziekenhuizen, niet alleen met elkaar vergeleken maar ook in rangorde onder elkaar gezet. Zorgverzekeraars en verzekerden kunnen zo in één oogopslag zien welk ziekenhuis 'goed' scoort en welke 'slecht'.

Ranglijsten worden door twee zorgverzekeraars (V2, V3) gebruikt, maar alleen om een indicatie van de kwaliteit in een ziekenhuis te krijgen. De beste tien ziekenhuizen in een ranglijst hoeven namelijk in absolute zin niet daadwerkelijk de tien beste ziekenhuizen te zijn. Zorgverzekeraars proberen daarom een verdiepingsslag aan te brengen om zo grip te krijgen op de kwaliteitsindicatie. Een slecht scorende indicator wordt dan bij het ziekenhuis gelegd en ter discussie gesteld.

“We gebruiken het wel hoor. We geven het wel aan ziekenhuizen terug en we klappen ook wel eventjes als ze op één staan op zo'n lijst, dat vinden ze allemaal wel leuk, maar het is niet zo dat je ze erop afrekent.” (V3)

De derde zorgverzekeraar (V1) gebruikt geen ranglijsten. Er wordt wel zelf een ranglijst opgesteld op basis van verschillende indicatoren. Daarbij wordt echter alleen bekend gemaakt welke ziekenhuizen het beste scoren. De best scorende ziekenhuizen krijgen een extra geldbedrag (rond de 50.000 euro). En ziekenhuizen boven een bepaalde score worden voorkeursaanbieders. Slecht scorende ziekenhuizen worden wel op hun score gewezen. Het maken van een eigen ranglijst wordt gedaan omdat bestaande lijstjes een soort van schijnzekerheid opwekken. Alleen het noemen van percentages en het afzetten tegen de norm is volgens de verzekeraar niet genoeg:

“Je moet daarnaar laten kijken door iemand die daar verstand van heeft en laten meewegen wat daar in zo'n instelling aan de hand is. En onze inschatting is dat de ranglijsten die er nu zijn, dat die dat te weinig doen.”

Een zorgaanbieder (Z1) sluit zich daarbij aan door op te merken dat het niet gaat om het cijfer dat je hebt, maar waarom je dat cijfer hebt. Als je daar dan inhoudelijk op gaat inzoomen kan het blijken dat er andere dingen meespelen waardoor het lijkt alsof er een slechte kwaliteit is. Dat hoeft niet per se zo te zijn. De andere zorgaanbieder (Z2) stelt dat ziekenhuizen door de komst van lijstjes niet meteen daadwerkelijk vergelijkbaar zijn. Ook hier wordt gewezen op de specifieke situatie van ieder ziekenhuis.

Ziekenhuizen hebben volgens zorgverzekeraars ook vaak wat aan te merken op de ranglijsten en benchmarks. Zij kiezen de voor hen gunstige lijstjes uit; zorgverzekeraars doen precies hetzelfde. Volgens een zorgaanbieder (Z1) klopt dit beeld: jarenlang stonden ze als ziekenhuis op nummer één in de Elsevier. In die tijd werden de lijstjes erg belangrijk gevonden. Nu heerst het gevoel dat zorgverzekeraars er meer waarde aan hechten dan het ziekenhuis zelf. Bij verzekeraars heerst daarentegen het gevoel dat ziekenhuizen altijd in de verdediging schieten. Zelfs wanneer de beroepsvereniging aan een benchmark heeft meegewerkt geven ze bijvoorbeeld aan dat ze zich niet vertegenwoordigd voelen. Een verzekeraar (Z3) wijst er echter op dat dit altijd wel zo zal blijven en dat het niet geheel ongunstig is. Hierdoor komt er in ieder geval een discussie op gang.

Zorgaanbieders vinden de ranglijsten vooral van belang omdat consumenten hier inzicht in hebben. Lijsten in bijvoorbeeld de Elsevier en het Algemeen Dagblad worden volgens de zorgaanbieder door een groot publiek gelezen, waardoor het toch van belang is dat het ziekenhuis (redelijk) goed scoort op zo'n lijst. De consument is toch degene die uiteindelijk de zorg nodig heeft.

7.3.4 Voordelen benchmarking

Zowel de zorgverzekeraars als de zorgaanbieders zijn het erover eens: bij alles wat boven de minimumeis komt, heeft benchmarken nut. De minimum kwaliteitseis is door de inspectie al gegeven. Het gaat erom dat er betere zorg wordt gevraagd, waardoor de kwaliteit van zorg op een hoger niveau wordt getild. Vergelijkingen met vliegtuigmaatschappijen worden gemaakt:

"(...) de luchtvaartsector. Daar is ongelooflijk veel concurrentie, maar ondanks die concurrentie weet je toch altijd dat de kans dat je in de lucht blijft hangen overal ongeveer even groot is. (...) of ik zeg maar 20 of 80 centimeter beenruimte heb laat ik aan de markt over." (V1)

"Als ik een keuze maak tussen Transavia en KLM, twijfel ik er niet over dat beide een piloot hebben, dat geloof ik wel. Alleen bij de ene krijg je lekkere broodjes, dus daar blijf je naar kijken." (V3)

De ranglijsten zorgen voor een kwaliteitsdrive in ziekenhuizen. Wanneer gegevens niet worden aangeleverd, belandt het ziekenhuis op een lage plaats in de ranglijst. Het jaar daarop wil het ziekenhuis (vaak) graag beter scoren en zal er dus voor zorgen dat de indicatoren aangeleverd worden. Hierdoor verbetert het inzicht in de zorg. Daarnaast geeft een zorgaanbieder (Z1) aan dat benchmarking leidt tot een soort bewustwording. Of het daadwerkelijk invloed heeft op de kwaliteit moet nog blijken, maar het is zeker een positieve ontwikkeling.

7.3.5 Nadelen benchmarking

Wanneer verschillende ranglijsten naast elkaar worden gezet, kunnen ziekenhuizen heel anders scoren. De verschillende instellingen meten vaak verschillende dingen. Het is daarnaast lastig om inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg, omdat het ziekenhuis bestaat uit verschillende vakgebieden. Wanneer in een ranglijst staat aangegeven dat een ziekenhuis goed scoort, hoeft dit in zijn algemeenheid niet zo te zijn. Vaak is het een bepaald vakgebied dat goed is, waardoor het ziekenhuis goed aangeschreven staat (V2).

Een verzekeraar (V3) geeft aan dat benchmarks een belangrijk instrument zijn om ziekenhuizen en kwaliteit van zorg te kunnen vergelijken, maar dat er wel een objectieve maat gevonden moet worden. Het gebruik van andere normen en verschillende lijstjes zorgt er namelijk voor dat er een hoop ‘zachte’ informatie is, met veel verschillende resultaten. Er zou eigenlijk één maat moeten zijn, met harde en uniforme informatie over kwaliteit. Een andere verzekeraar (V1) heeft hier zijn twijfels over. Een landelijke organisatie zou niet per se een verbetering hoeven zijn. Men kan wel aanvoeren dat alle gegevens nodig zijn, maar het is niet mogelijk om dit allemaal te realiseren. *“Wij geloven er zelf veel meer in dat je kunt zeggen: van de honderd dingen die je beschikbaar hebt, vinden wij die vijf het belangrijkste. Daar willen we wat mee.”*

Beide zorgaanbieders geven aan dat de lijstjes erg versnipperd zijn. Er zijn veel verschillende lijstjes, het zou handiger zijn als er een groot geheel zou komen. Het wordt op prijs gesteld wanneer de verschillende lijsten met indicatoren op elkaar afgestemd worden: *“Anders ben je alleen maar aan het verzamelen en schiet het middel z’n doel natuurlijk helemaal voorbij. Je bent nu alleen maar aan het uitvoeren en beleidsmatig kun je daarom weinig ontwikkelen als huis.”* (Z2) Daarnaast gaan mensen in het ziekenhuis zelf ook over alle verschillende lijstjes en indicatoren morren. Het proces en de systemen moeten daarom op zo’n manier rondom de indicatoren ingericht zijn, dat de specialisten er zo min mogelijk werk aan hebben. Er hoeft niet één lijst te komen, maar er moet wel meer afstemming zijn tussen de verschillende vragers (Z1 & Z2).

Tot slot wordt door een zorgaanbieder (Z2) aangegeven dat er spanningsveld is richting de overheid; naar buiten, rondom de ontwikkeling van de indicatoren. Niet alle

indicatoren zijn namelijk op een dusdanige manier geformuleerd dat je er als ziekenhuis helemaal achterstaat. De definiëring van indicatoren zou dus ook verbeterd moeten worden. Een verscherping van de definiëring zou daarnaast kunnen helpen om het benchmarken te verbeteren, bijvoorbeeld bij het begrip 'heroperaties'. Bij de huidige indicator worden voor een ziekenhuis primaire operaties (voor een patiënt heroperaties) ook gedefinieerd als heroperaties, wat negatief is voor het ziekenhuis.

7.4 Aandachtspunten

In het huidige inkoopproces wordt nog vooral op prijs onderhandeld. Alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven wel aan dat kwaliteit een steeds grotere rol gaat spelen en dat dit ook merkbaar is. Er wordt nu wel veelvuldig gebruik gemaakt van (eigen) benchmarking door de zorgverzekeraar en dit wordt teruggegeven aan de ziekenhuizen. Er zijn echter een paar punten besproken waarop de benchmarking verbeterd kan worden. Deze zullen hieronder nog eens kort benoemd worden:

- Er zou meer afstemming moeten komen tussen verschillende indicatoren(groepen)
- Indicatoren zouden beter geformuleerd moeten worden
- Er zou toegewerkt moeten worden naar het gebruik van outputindicatoren in plaats van of ter aanvulling van procesindicatoren
- Bij een indicator, benchmark of ranglijst zou het ziekenhuis meer toelichting moeten kunnen geven.

8. Betere sturing op kwaliteit

Benchmarking is één van de instrumenten van de zorgverzekeraar om zorgaanbieders te sturen op kwaliteit. Momenteel worden benchmarks teruggegeven aan ziekenhuizen en worden vergelijkingen gemaakt en besproken. Dit heeft volgens alle verzekeraars en zorgaanbieders invloed op de kwaliteit binnen de zorginstelling. Aanbieders gaan beter registreren, de zorg wordt transparanter en de zorgverzekeraar kan meer macht uitoefenen op de aanbieder voor betere verhoudingen tussen prijs, hoeveelheid en kwaliteit.

Benchmarking van ziekenhuizen staat nog in zijn kinderschoenen, maar wordt toch door alle zorgverzekeraars gebruikt, vaak met succes. Door betere benchmarking zal de zorgverzekeraar ook beter op kwaliteit kunnen sturen. Hierbij zijn echter ook andere dingen van belang.

8.1 Huidige situatie

Na de invoering van het nieuwe stelsel en de komst van DBC's is er heel wat veranderd voor de zorgverzekeraars. Het B-segment beslaat 20% van de totale zorg. Hier vindt concurrentie op een vrije markt plaats. Zorgverzekeraars geven aan dat zij moeten wennen aan hun nieuwe rol en dat zij deze nog niet optimaal benutten. Dit komt onder andere doordat het stelsel nog heel erg nieuw is en niet alleen zorgverzekeraars, ook zorgaanbieders en patiënten moeten wennen aan nieuwe mogelijkheden en vrijheden. Verzekeraars gaan echter al wel proberen bij ziekenhuizen een bepaald kwaliteitsniveau te garanderen. Dit wordt gedaan door bijvoorbeeld het belonen van kleine veranderingen in de productie en materialen. Wanneer er betere implantaten worden gebruikt, is de zorgverzekeraar bereid om hier ook meer voor te betalen. Een zorgaanbieder (Z1) geeft aan dat door de invoering van DBC's en de onderhandelingen, het ziekenhuis efficiënter is gaan werken, er is in dat geval zeker sprake van sturing op kwaliteit.

Er wordt door een verzekeraar (V2) aangegeven dat het wel lastig is om de kwaliteit te ontwikkelen en te beoordelen in ziekenhuizen, omdat je niet één product aanbiedt, maar een heel scala aan producten. Daarnaast heb je ook te maken met verschillende vakgebieden. Andere verzekeraars (V1 & V3) geven aan dat het lastig is om over kwaliteit in discussie te gaan met het ziekenhuis omdat zij namelijk veel meer verstand van kwaliteit hebben en ook meer zicht erop. Door de zorg transparanter te maken met behulp van indicatoren, kan er echter veel meer inzichtelijk gemaakt worden. En hoe meer gegevens de verzekeraar heeft, hoe beter hij kan sturen op kwaliteit.

De betere of extra kwaliteit van zorg die op deze manier geleverd wordt, is echter niet terug te vinden in de polis. Alle zorgverzekeraars vinden echter dat dit wel zou moeten. Er zijn nu alleen maar basispolissen, waarbij eigenlijk geen verschil in kwaliteit is. In principe is het alleen maar mogelijk om te concurreren op prijs. De basiszorg voor elke Nederlander

staat immers vast en je kan alleen maar aannemelijk maken dat je meer kwaliteit levert. Dit is voor de verzekerde echter veel minder tastbaar. Daarnaast zal de kwaliteit wel tegen een concurrerende prijs aangeboden moeten worden, omdat een verzekeraar zichzelf anders uit de markt prijst. Er zal daarom rekening gehouden worden met zowel prijs als kwaliteit.

8.2 Machtsverhoudingen

Een verzekeraar (V2) geeft aan dat de rol die zij spelen vooral een tegenkracht is naar ziekenhuizen toe. Zorgaanbieders hebben de indruk dat ze alles kwalitatief goed doen. De taak van de verzekeraar is dan om deze kwaliteit ter discussie te stellen.

Op de vraag of het ziekenhuis of de zorgverzekeraar meer macht heeft, antwoordt een verzekeraar (V3) dat het ziekenhuis meer macht heeft. Dit komt onder andere door de publieke opinie. Verzekeraars staan niet heel positief bekend bij de bevolking, dokters daarentegen wel. Een andere zorgverzekeraar (V1) vult hierbij aan dat er een steeds gezonder evenwicht tussen instelling en verzekeraar is. De ongelijkheid begint steeds meer recht te trekken. Opgemerkt wordt wel dat een contract tot nu toe altijd nog gesloten wordt, omdat beide partijen met elkaar verder moeten. Bovendien is kwaliteit een lopende discussie waarbij niet altijd direct concrete afspraken kunnen worden gemaakt.

De verzekeraar wil zijn macht niet in zoverre aanwenden dat hij op de stoel van de dokter gaat zitten: "In principe moet het ziekenhuis bepalen wat goed is, maar wij vinden wel dat hier verantwoording voor afgelegd moet worden" (V3)

Het is bovendien heel moeilijk om je als verzekeraar te onderscheiden in kwaliteit. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars merken op dat een specialist aan alle verzekerden dezelfde kwaliteit levert, ongeacht de verzekeraar. Op die manier wordt er volgens de verzekeraars dan ook niet gecontracteerd op kwaliteit. Het gaat dan meer om extra luxe of comfort, zoals een comfortpakket.

Een verzekeraar (V3) geeft aan dat verzekerden vaak een aanvullende verzekering nemen bij dezelfde verzekeraar als waar de basispolis is aangeschaft. Hierdoor wordt het voor verzekeraars moeilijker om te kunnen concurreren op extra kwaliteit.

Om de inkoopmacht te vergroten gaan steeds meer zorgverzekeraars fuseren. Dit komt onder andere doordat de verzekeraars samen aan meer gegevens kunnen komen dan afzonderlijk. En hoe meer gegevens, hoe beter er gestuurd kan worden. Aangegeven wordt dat er ondanks de fusies nog voldoende concurrentie zal zijn. Alleen als er sprake is van onredelijke marktmacht, of als de verzekeraars een te groot machtsblok vormen ten opzichte van de zorgaanbieders, zijn de fusies niet gewenst. Maar dit wordt ook vanuit de overheid gestuurd (V2, V3).

8.3 De verzekerde

Om tot een goede verhouding tussen prijs, hoeveelheid en kwaliteit te komen, is de mening van de patiënt voor de verzekeraar ook van belang. De patiënt is immers de ontvanger van zorg en elke patiënt geeft het begrip 'kwaliteit van zorg' een andere invulling. De verzekeraar geeft daarom aan dat het belangrijk is om te overleggen met verzekerden om zo tot een goede, representatieve mix van prijs, hoeveelheid en kwaliteit te komen. Om aan deze informatie te komen wordt gebruik gemaakt van bestaande enquêtes (bijvoorbeeld van patiëntenverenigingen) maar ook van eigen vragenlijsten (V3).

Alle verzekeraars merken dat de patiënt verzekeraars momenteel vooral selecteert op wachttijden en de prijs van de premie. Dat komt onder andere doordat de premie op het moment vrij hoog is, en er staat veel druk op de zorgkosten en –uitgaven van de verzekeraar. De verzekerde is daarom ook (nog) niet bereid om te betalen voor extra kwaliteit.

Daarnaast weet de verzekerde in het algemeen niet wat wel of geen goede specialist is. De huisarts stuurt patiënten vaak door en zij volgen dit advies. In principe kunnen patiënten zich goed laten informeren bij de verzekeraars, maar dit wordt slechts in beperkte mate gedaan. Aangegeven wordt dat dit meestal komt doordat patiënten niet op de hoogte zijn van deze mogelijkheid. Dit is dan ook een verbeterpunt voor een aantal zorgverzekeraars zelf. Een zorgaanbieder (Z1) geeft hierbij ook aan dat zorgverzekeraars hun verzekerden moeten stimuleren om informatie op te vragen. Verzekerden interesseert het immers niet of zorgverzekeraars veel of weinig moeten betalen aan de aanbieder. Zij kiezen de voor hun gunstigste aanbieder uit. Op basis van de restitutiepolis is iedereen immers vrij om zelf een zorgaanbieder te kiezen. De zorgverzekeraars willen uiteindelijk toch tussen de huisarts en het ziekenhuis in komen te staan. De zorgaanbieders geven aan dat er inderdaad ook wat aan de huisartsen moet worden gedaan, wil er een verandering komen in de verwijzingen naar specifieke zorgaanbieders. Ook hier zou kwaliteit voor huisartsen een rol moeten spelen.

Een aantal patiënten is wel geïnteresseerd in de status van medisch specialisten en voor deze partij is het dan ook lonend om expliciet aandacht te besteden aan kwaliteit. De verzekeraar geeft hierbij ook aan dat het voor patiënten lonend is om mondiger te worden. Wanneer verzekeraars in de gaten krijgen dat steeds meer verzekerden vragen om een bepaalde behandeling of regeling, gaan ze dit ook zo goed mogelijk organiseren en inkopen (V1, V2, V3).

De mogelijkheid om van verzekeraar te wisselen wordt volgens een verzekeraar (V3) niet echt benut. Wanneer dit wel gebeurt is de indruk dat er niet echt wordt gekeken naar de zorginkoop, maar naar de kosten van de polis (Tacken 2008, persoonlijke communicatie).

8.4 Selectief contracteren

Met de invoering van DBC's is het voor zorgverzekeraars mogelijk om contracten aan te gaan met bepaalde aanbieders, niet alle ziekenhuizen hoeven gecontracteerd te worden. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zijn het erover eens dat de zorginkoop naar selectieve contractering van ziekenhuizen toe zal gaan. Wanneer selectieve contractering plaatsvindt, zal de verzekeraar bijvoorbeeld die aanbieders contracteren die een goede dienstverlening hebben, of goed scoren op kwaliteitsindicatoren. Momenteel is er één polis die gebruik maakt van selectieve contractering, de Zekur-polis van Univé.

De zorgverzekeraars geven aan dat verdere selectieve contractering echter niet op korte termijn zal gebeuren, omdat het lastig is om tegen een patiënt te zeggen dat hij naar een ander ziekenhuis moet. Verzekeraars zijn bang dat de patiënt dan eerder naar een andere verzekeraar gaat, dan naar een ander ziekenhuis (V2, V3).

Een reden waarom selectieve contractering in de toekomst zal plaatsvinden is volgens een zorgverzekeraar (V1) de stijging van de zorgkosten. Maar zolang de verzekerde zegt van: "Nee, ik wil een polis en ik wil over naartoe kunnen waar ik op dat moment heen wil", dan is selectief contracteren geen oplossing.

Een zorgaanbieder (Z2) wijst erop dat het, om selectieve contractering door te voeren, nodig is om de 20% DBC's verder uit te breiden en nog meer marktwerking in de zorg te krijgen.

Daarnaast wordt aangegeven dat het ziekenhuis op bepaalde specialismen zal worden gecontracteerd. De beslissing is dus niet per ziekenhuis wel of niet contracteren, maar per specialisme.

Één zorgverzekeraar (V1) werkt echter al wel met voorkeursaanbieders. Volgens de verzekeraar vinden zorgaanbieders het erg leuk wanneer zij voorkeuraanbieder worden. Als ziekenhuis heb je natuurlijk te maken met mensen die al ziek zijn, voor hen is kwaliteit van belang. Ziekenhuizen stellen het daarom erg op prijs als anderen aangeven dat hun kwaliteit goed is en dat patiënten eerder naar hen worden doorgestuurd.

8.5 Aandachtspunten

Voordat betere benchmarking, door onder andere een betere registratie van indicatoren daadwerkelijk leidt tot een verbetering in de sturing op kwaliteit, moeten er nog wat hindernissen overwonnen worden. Allereerst zal de inkoopmacht van de verzekeraar ongeveer gelijk moeten staan aan de macht van het ziekenhuis. Aangegeven is dat dit langzaam rechtrekt. Doordat er meer gegevens beschikbaar zijn, kan de zorgverzekeraar beter sturen. Om deze sturing vervolgens terug te koppelen naar de consument, zijn er nog enkele aandachtspunten waar op gelet moet worden:

- Prikkel tot het wisselen van zorgverzekeraar verbeteren door:
 - Kwaliteitsverbetering terugkoppelen naar polis
 - Patiënt beter informeren over kwaliteit van zorg
 - Basis- en aanvullende verzekering eventueel bij verschillende verzekeraar aanschaffen
- Verwijzig door huisarts aanpakken
- DBC's uitbreiden
- Knelpunt: specialist levert dezelfde zorg, ongeacht de verzekeraar.

9. Aanbevelingen

Wanneer we de theorie en praktijk naast elkaar leggen, blijkt dat er bepaalde knelpunten zijn waar door zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders aan gewerkt moet worden om benchmarking van ziekenhuizen en de sturing door de verzekeraar op kwaliteit van zorg te verbeteren. Deze knelpunten zullen hieronder besproken worden en er zullen verschillende aanbevelingen aangedragen worden om het sturen op kwaliteit van zorg door de verzekeraar daadwerkelijk te kunnen verbeteren.

9.1 Transparantie op kwaliteit

Uit zowel de theorie als praktijk komt naar voren dat er, voordat het mogelijk is om te sturen op kwaliteit, voldoende transparantie op deze kwaliteit van zorg in ziekenhuizen moet zijn. Hier kan de agentschapstheorie op toegepast worden. Immers, wanneer de verzekeraar (principaal) informatie heeft om het 'gedrag' van het ziekenhuis (agent) te verifiëren, zal het ziekenhuis zich meer gedragen zoals de verzekeraar dat wil. Zo kan de principaal dus invloed uitoefenen op de agent. Deze 'monitoring' van de agent is een oplossing voor de belangentegenstellingen die er zijn tussen de principaal en de agent. Op de huidige zorginkoopmarkt heeft de zorgverzekeraar nog niet voldoende of volledige kwaliteitsinformatie in handen om een goede afweging te kunnen maken tussen de kwaliteit van het zorgaanbod van ziekenhuizen. Hiervoor is systematische kwaliteitsinformatie nodig. Om tot deze informatie te komen, is het echter belangrijk dat er een maatstaf is waartegen gemeten wordt. Deze maatstaf moet voor alle ziekenhuizen en zorgaanbieders hetzelfde zijn. Daarnaast is het van belang dat er door verschillende ziekenhuizen hetzelfde wordt gemeten op dezelfde manier. Uit de theorie komt naar voren dat er verschillende indicatorensets zijn die ziekenhuizen in moeten vullen om hun transparantie naar buiten toe te vergroten. Uit praktijkonderzoek blijkt dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars ontevreden zijn over deze vele en verschillende sets. Alle partijen zijn van mening dat een landelijke indicatorenset als maat een goede verbetering is. De grote verzekeraar voert hierbij aan dat er ook voor gekozen kan worden om vanuit de verzekeraar verschillende prioriteiten te stellen wat betreft indicatoren, maar een uniforme meting van kwaliteit is onmisbaar. Door het verbeteren van kwaliteitsindicatoren zullen benchmarks ook verbeterd worden, waardoor zowel de verzekeraar als de patient een betere afweging kan maken tussen verschillende zorgverzekeraars. Bij het gebruik van benchmarks en ranglijsten moet echter wel op gelet worden dat een zorgaanbieder voldoende ruimte heeft om uitleg bij de score te geven. De zorg bevindt zich namelijk altijd in een grotere context waardoor een ziekenhuis misschien wel laag scoort, maar eigenlijk een zeer goede kwaliteit van zorg levert.

De overheid wil dat de consument ook over meer informatie beschikt zodat zij een afweging kunnen maken tussen verschillende zorgaanbieders. Er wordt langzaam toegewerkt naar vraagsturing. Om dit te verwezenlijken is het wel van belang dat er voor de consument overzichtelijke en begrijpelijke informatie beschikbaar is. Momenteel is dit nog onvoldoende. Wanneer deze informatie echter overzichtelijk en uniform beschikbaar is voor consumenten, zal er nog niet direct gebruik van worden gemaakt. Slechts 18% van de Nederlandse bevolking zocht in de laatste twee jaar informatie op over de kwaliteit van zorg om hier de keuze op te baseren (RIVM 2008). Voor de zorgverzekeraars, of eventueel de overheid, ligt hier dus een taak om de consument te stimuleren daadwerkelijk gebruik te maken van beschikbare kwaliteitsinformatie. Dit zou kunnen gebeuren door, zoals gezegd, de informatie meer inzichtelijk en begrijpelijk te maken, maar ook makkelijker toegankelijk. Bijvoorbeeld via de website van de verzekeraar (NZa 2007). De zorgverzekeraars geven zelf aan dat het lonend is voor patiënten om meer informatie op te vragen. Verzekeraars zelf zullen dan meer aandacht besteden aan het beschikbaar stellen van kwaliteitsinformatie. Momenteel ligt de focus van de patient bij het kiezen van een polis namelijk nog het meest op de prijs van de polis en niet op de inhoud. Hierdoor is de concurrentie tussen verzekeraars ook gefocust op de prijs van de polis.

Daarnaast is het ook van belang dat het verwijzen van patienten door de huisarts wordt aangepakt. Momenteel is voor 35% van de Nederlanders het advies van de huisarts doorslaggevend bij de keuze van een zorgaanbieder (RIVM 2008). De zorgverzekeraars geven zelf ook aan dat ook gelet moet worden op de positie van de huisarts. Kwaliteit zou ook voor huisartsen een grotere rol moeten spelen of de zorgverzekeraar zou tussen de huisarts en het ziekenhuis in moeten staan. Dat wil zeggen dat de keuze van de huisarts daadwerkelijk is gebaseerd op kwaliteit van zorg, of dat de patient niet simpelweg het advies van de huisarts op kan volgen zonder eerst de zorgverzekeraar op de hoogte te stellen.

9.2 Garantie zorgaanbieders afbouwen

Een volgende stap in het verbeteren van de rol van de zorgverzekeraar ligt in het daadwerkelijke onderhandelingsproces tussen zorgaanbieder en –verzekeraar. Allereerst is hierbij de inkoopmacht van de verzekeraar van belang. Deze inkoopmacht is nog gering door schaarste van het zorgaanbod en de kennisvoorsprong van het ziekenhuis (De Groot 2005). De zorgverzekeraars geven aan dat het ziekenhuis momenteel meer macht heeft, maar dat de verhoudingen steeds meer rechtekken. Bovendien wordt aangegeven dat het niet de bedoeling is om op de stoel van de dokter te gaan zitten. De kennisvoorsprong van het ziekenhuis kan daarom gedeeltelijk gehandhaafd blijven. Wel beschikken enkele verzekeraars over een medisch adviseur die beter zicht heeft op de inhoudelijke kant van de

zorginkoop. Om ziekenhuizen meer te sturen op kwaliteit van zorg is het dus van belang dat zorgverzekeraars een grotere inkoopmacht krijgen, maar dat dit wel binnen bepaalde grenzen gebeurt. Een medisch adviseur inschakelen kan een goede oplossing zijn om de informatie-assymetrie enigszins te beperken. Zo kan de verzekeraar meer invloed uitoefenen op het contract. Een ander probleem is, zoals gezegd, de schaarste van het zorgaanbod. Momenteel is er maar één polis die zich richt op bepaalde zorgaanbieders, voor de rest worden door alle verzekeraars, alle zorgaanbieder gecontracteerd. Wel zeggen alle partijen dat het in de toekomst naar selectief contracteren toe gaat. Met bepaalde zorgaanbieders worden dan contracten aangegaan. Het is voor het ziekenhuis dan niet meer vanzelfsprekend dat zij op elk specialisme gecontracteerd worden. Hierdoor zal er meer concurrentie komen tussen zorgaanbieders en zullen zorgverzekeraars hun inkoopmacht beter kunnen gebruiken. Zij zijn immers degenen die bepalen met welke zorgaanbieders uiteindelijk contracten worden afgesloten. Echter, selectieve contractering zal vraagsturing door de consument belemmeren. Consumenten zijn op die manier alleen in staat om naar die zorgaanbieders te gaan die door de zorgverzekeraar gecontracteerd zijn. Dit zal verder uitgewerkt worden in paragraaf 9.4.

9.3 Uitbreiding DBC's

Alvorens zorgverzekeraars zorgaanbieders op kwaliteit kunnen sturen, zal de financieringsstructuur van de zorg aangepast moeten worden. De financiering in het huidige stelsel bestaat voor 80% uit het functiegericht budget en voor 20% uit vrij onderhandelbare DBC's (DBC Onderhoud 2008). Zorgverzekeraars kunnen tot nu toe dus alleen onderhandelen over die vormen van zorg die onder de DBC's vallen. Dat maakt het erg lastig voor zorgverzekeraars om ziekenhuizen volledig te kunnen sturen op kwaliteit. Een zorgaanbieder gaf hierbij aan dat er ook alleen indicatoren beschikbaar zijn voor het B-segment. Voor het A-segment zijn er dus ook geen duidelijke metingen voor handen om de kwaliteit van zorg in een instelling te bepalen. De zorgverzekeraars geven echter wel aan dat uitbreiding van het aantal DBC's van belang is voor selectief contracteren. Daarnaast zal uitbreiding van het B-segment ook zorgen voor meer marktwerking in de zorg.

9.4 Belangentegenstellingen

Alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven aan dat het in de toekomst naar selectieve contractering van ziekenhuizen toe zal gaan. Dit druist echter gedeeltelijk in tegen de vraagsturing die de overheid wilde realiseren. Selectieve contractering zorgt er immers voor dat een verzekerde alleen naar bepaalde zorgaanbieders mag die door de zorgverzekeraar geselecteerd zijn. Wanneer de verzekerde gebruik wil maken van andere aanbieders, zal hij bij moeten betalen. De zorgverzekeraar neemt hiermee een deel van de vraagsturing over

van de consument. De vraag is natuurlijk of dit de bedoeling is. Hoewel selectieve contractering tot meer marktwerking, meer concurrentie, lagere prijzen en een verhoging van de kwaliteit van zorg kan leiden, zorgt het er ook voor dat de patiënt indirect minder keuze heeft.

Een ander discussiepunt is terug te vinden in kwaliteitsafspraken die gemaakt worden met zorgaanbieders. Zoals in de interviews werd aangegeven, zullen specialisten geen onderscheid maken in verschillende patiënten. Het maakt voor de specialist immers niet uit of de patiënt bij verzekeraar A of verzekeraar B is verzekerd. De vraag is dus in hoeverre het daadwerkelijk mogelijk is voor verzekeraars om 'de beste kwaliteit' in te kopen. Bij selectieve contractering worden weliswaar slechts enkele specialismen gecontracteerd, maar zolang deze selectieve contractering niet doorgevoerd wordt, zullen alle patiënten dezelfde behandeling ondergaan, ongeacht waar ze verzekerd zijn. Hierbij kan alleen nog onderscheid worden gemaakt in extra comfort, bijvoorbeeld in de vorm van kamers met een TV en koelkast. Wordt selectieve contractering wel doorgevoerd, dan zal het lastig zijn voor een ziekenhuis om verschillende afspraken te maken met meerder zorgverzekeraars. Immers, wanneer er iets anders wordt afgesproken, zal het ziekenhuis ook anders moeten handelen. Dit zal door de specialisten als ongewenst beschouwd worden, zij willen hun taak immers zo goed mogelijk uitvoeren.

Discussie

Na het afronden van dit onderzoek, is het belangrijk om te kijken wat de methode van onderzoeken de onderzoeker geleerd heeft en hoe het onderzoek in de toekomst verbeterd kan worden om tot betere resultaten te komen.

Om de interne validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten is het belangrijk om datatriangulatie toe te passen. In dit onderzoek zijn slechts twee bronnen gebruikt, te weten interviews en literatuuronderzoek. Bij vervolgonderzoek zou het goed zijn om hier nog een derde vorm van onderzoek aan toe te voegen.

Allereerst werd er in dit onderzoek gebruik gemaakt van vijf diepte-interviews. Drie zorgverzekeraars en twee zorgaanbieders werden geïnterviewd. Deze interviews hadden een lengte van gemiddeld een uur en leverden veel informatie op. Echter, in de toekomst zou het lonend kunnen zijn om meerdere interviews te houden zodat de resultaten representatiever zijn. De keuze voor verschillende respondenten zou ook anders kunnen gebeuren. Er is nu geen onderscheid gemaakt tussen verschillende verzekeraars en verschillende zorgaanbieders. Zij zijn ad random geselecteerd en benaderd. Bij de zorgverzekeraars is wel gekozen voor 1 grote en 2 middelgrote verzekeraars. Bij een vervolgonderzoek zou er meer onderscheid gemaakt kunnen worden. Te denken valt aan onderscheid tussen wederom, grote, kleine en middelgrote verzekeraars, en of zij zich focussen op een bepaalde regio of heel Nederland. Ziekenhuizen kunnen onderscheiden worden op de functie van het ziekenhuis: topklinisch, basis, academisch, etcetera. Tot slot zou er voor gekozen kunnen worden om niet alleen ziekenhuizen, maar ook andere zorgaanbieders in het onderzoek mee te nemen. Te denken valt aan de Zelfstandige Behandelcentra. Deze zelfstandige zorgaanbieders zijn een opkomend item in Nederland, die voor meer concurrentie op de zorgverlenings- en zorginkoopmarkt zorgen.

Ook andere partijen, die geen directe relatie vormen op de zorginkoopmarkt, maar wel belanghebbenden of van invloed zijn, kunnen meegenomen worden in vervolgonderzoek. Hierbij valt te denken aan stakeholders zoals de overheid, verzekerden, huisartsen en patiëntenorganisaties. Verzekerden worden steeds belangrijker in het zorginkoopproces, omdat zij een steeds grotere stem krijgen. Zij zijn in feite de partij waar alle onderhandelingen over gaan: wat willen verzekerden? Er kan hierbij nog onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende preferenties van zieke en gezonde verzekerden. Huisartsen vormen ook een belangrijke partij omdat verzekerden grote waarde hechten aan het advies van de huisarts bij het doorverwijzen naar een tweedelijns zorgaanbieder. Dit kan een belemmering vormen voor vraaggestuurde zorg en daarom kan het erg interessant zijn om deze partij ook te onderzoeken.

Tot slot kan bij vervolgonderzoek over benchmarking er een vergelijking worden gemaakt tussen het nieuwe Nederlandse zorgstelsel en andere organisaties en bedrijfstakken die benchmarking toepassen. Dit zou interessante resultaten op kunnen leveren voor de steeds meer op concurrentie gerichte zorgmarkt.

Conclusie

Dit onderzoek heeft als doel antwoord te geven op de probleemstelling:

Wat is de rol van de zorgverzekeraar op de zorginkoopmarkt in relatie tot benchmarking tussen ziekenhuizen en de geleverde kwaliteit van zorg?

De gezondheidszorg is sinds 2006 ingrijpend veranderd en is steeds meer gericht op vraagsturing en marktwerking. De rol van de zorgverzekeraars is hierbij uitgebreid. Zij zijn als zorginkoper verantwoordelijk voor het zo goed mogelijk inkopen van zorg voor hun verzekerden. De zorgverzekeraar opereert in een nieuw institutioneel kader, waarbij de Zorgverzekeringswet het uitgangspunt is. De belangrijkste partij waarmee de zorgverzekeraar zaken doet op de zorginkoopmarkt is de zorgaanbieder, in dit onderzoek het ziekenhuis. Met de invoering van het nieuwe zorgstelsel is ook de financiering van ziekenhuizen veranderd. Waar eerst de financiering voor 100% uit functiegerichte budgettering bestond, bestaat deze nu voor 80% uit functiegerichte budgettering en voor 20% uit vrij onderhandelbare DBC's. Dit B-segment van zorg, zorgt ervoor dat de zorgverzekeraar meer inkoopmacht kan bewerkstelligen doordat zij immers vrij kunnen onderhandelen over prijs, volume en kwaliteit. Zorgverzekeraars geven echter aan dat deze inkoopmacht nog wel gering is door onder andere informatie-assymetrie. Vanuit de theorie geeft de agentschapstheorie hier bevestiging op. Het ziekenhuis is de agent die handelingen uitvoert voor de principaal, ofwel de zorgverzekeraar. Hierbij is echter sprake van informatie-assymetrie en belangentegenstellingen die de zorgverzekeraar zo goed mogelijk moet rechtekken. Één van de speerpunten van het nieuwe stelsel is dan ook dat zorgverzekeraars ziekenhuizen beter kunnen sturen op kwaliteit. Om dit te kunnen verwezenlijken, wordt er gebruik gemaakt van indicatoren. Het begrip dat, voor deze transparantie van het ziekenhuis naar de zorgverzekeraar toe, in de agentschapstheorie wordt gebruikt is 'monitoring'. De principaal probeert zoveel mogelijk inzicht te krijgen in de handelingen van de agent. Om de ziekenhuizen beter te kunnen sturen op kwaliteit, gebruiken zorgverzekeraars de indicatoren om ziekenhuizen te benchmarken op kwaliteit. Uit zowel theorie als praktijk blijkt echter dat deze indicatoren nog onvoldoende eenduidig zijn. Hierdoor zullen benchmarks en ranglijsten niet altijd de daadwerkelijke kwaliteit van zorg en het verschil tussen instellingen weergeven.

Vervolgens is het ook belangrijk dat de verzekerden zelf inzicht hebben in de kwaliteit van zorg van ziekenhuizen. De gezondheidszorg is steeds meer gericht op vraagsturing, maar uit zowel praktijk en theorie komt naar voren dat verzekerden zich nog niet voldoende interesseren voor de kwaliteit van zorg. Dit ligt onder andere aan het aanbod van informatie

dat vaak onoverzichtelijk en niet begrijpelijk is voor de consument. Er zou daarom sprake moeten zijn van systematische kwaliteitsinformatie, voor zowel zorgverzekeraar als consument. Ook zou de financiering aangepast moeten worden. Zoals gezegd is er in het huidige stelsel sprake van slechts 20% vrije onderhandelingsruimte. Alleen voor deze 20% worden dan ook kwaliteitsafspraken gemaakt. Wil de overheid echt marktwerking en een verbetering van kwaliteit in de gehele zorg realiseren, dan moet de financiering volgens DBC's uitgebreid worden. Er zijn dus verschillende knelpunten die een rol spelen bij het benchmarken en het inkopen van zorg op basis van kwaliteit. Uiteindelijk gaat het erom dat zorgverzekeraars hun nieuwe rol zo kunnen invullen, dat zij zorgaanbieders beter kunnen sturen op kwaliteit. Het is dan nodig om zowel de financiering van zorg, als het meten van kwaliteit van zorg aan te passen, zodat er sprake is van meer marktwerking. Deze metingen moeten daarnaast ook begrijpelijk teruggekoppeld worden naar de verzekerde, zodat vraagsturing gerealiseerd kan worden. Hierbij zou selectieve contractering van zorgaanbieders ook een verbeteringslag kunnen zijn. Selectieve contractering zorgt er immers voor dat er meer concurrentie tussen ziekenhuizen komt op zowel prijs als kwaliteit. Er moet dan wel rekening worden gehouden met de verminderde vraagsturing van zorg door de patiënt.

Literatuurlijst

(Algemene Rekenkamer). 2000. *Bekostiging ziekenhuiszorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 490, 2000.

Bhutta, K.S. Huq, F. 1999. 'Benchmarking – best practices: an integrated approach'. *Benchmarking: An International Journal*, 6 (3):254-268.

Breevoort, J.S. van. 2004. 'Marktwerking zonder zorgen.' *Management, control en accounting* 8(6):2-5

Campbell, S.M. Roland, M.O. Buetow, S.A. 2000. 'Defining quality of care'. *Social Science & Medicine*, 51 (2000):1611-1625.

Cornell e.a. 2007. *Pay for Performance: Where's the Return?* [Internet]. Academy of Managed Care Pharmacy, 14-10-2007 [aangehaald op 14-10-2007]. Bereikbaar op: <http://amcp.org/data/jmcp/MarchSupplB.pdf.pdf>

Colsen, P.J.A. Casparie A.F. 1995. 'Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis'. *Medisch Contact*, 50:297-299.

Creswell, J.W. 2003. *Research design Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Tweede editie. London: Sage.

(DBC onderhoud). 2008. 'Wat is een DBC?' [Internet]. DBC onderhoud [aangehaald 15-04-2008]. Bereikbaar op: http://www.dbconderhoud.nl/client/1/?websiteid=1&contentid=163&hoofdid=103&pagetitle=Wat_is_een_DBC?

Dudley, R.A. Juni, P. 2005. 'Zorginkopen op kwaliteit blijft problematisch'. *Huisarts en wetenschap*, 48 (1):1-1.

Eisenhardt, M.K. 1989. 'Agency Theory: An Assessment and Review.' *The Academy of Management Review*, 14(1):57-74.

Evans, D.B. e.a. 2001. 'Measuring quality: from the system to the provider'. *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (6):439-446.

Frederick, Davis en Post. 1989, *Business and Society*, McGraw-Hill Book Company, pp 75-90; 103-109

(GGZ). 2002. *Jaarbeeld Zorg 2001* [Internet]. Geestelijke GezondheidsZorg Beleid, 12-10-2007 [aangehaald op 12-10-2007]. Bereikbaar op :
http://www.ggzbeleid.nl/pdfcure/beleidsbrief_modfase2_agenda_mrt2001.pdf

Giard, R.W.M. 2005. 'Prestatie-indicatoren als maat voor de kwaliteit van medische zorg: retoriek en realiteit'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149 (49):2715-2719.

Groenewegen, P.P. Wal, G. van der. 2001. 'De toestand van de Nederlandse gezondheidszorg: behoefte aan genuanceerde en concrete maatstaven'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145 (36):1722-1725.

Groot, G.R.J. de. 2005. 'Zorgverzekeraar: Spin in het web'. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 29 (1):40-60.

Hinton, M. Francis, G. Holloway, J. 2000. 'Best practice benchmarking in the UK'. *Benchmarking: An International Journal*, 7 (1):52-61.

Hulst, E.H., Thiems, I. 1999. 'Het domein van de arts. Beschouwingen over het professionele domein van de arts, professionele autonomie en verantwoordelijkheid'. *Elsevier/De Tijdstroom* 1999.

(IGZ). 2007. 'Prestatie-indicatoren ziekenhuizen; Basisset 2008'. *Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Utrecht, december 2007.

(IGZ). 2008. 'Meten blijkt een prikkel te zijn om de kwaliteit te verbeteren' [Internet]. Inspectie voor de Gezondheidszorg, 05-05-2008 [aangehaald op 25-05-2008]. Bereikbaar op:
http://www.zichtbarezorg.nl/index.cfm/t/ Meten_blijkt_een_prikkel_te_zijn_om_de_kwaliteit_te_verbeten /objectid/B8127583-B86F-165D-F50C83C630CF50F1/vid/3B7086FE-9A09-B8A7-149683C2F38BF551/containerid/666465AA-C09F-296A-61DB669427684CB7/displaymethod/display_news

(Ministerie van VWS). 1996. *De kwaliteitswet zorginstellingen* [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [aangehaald op 21-04-2008]. Bereikbaar op:
http://www.minvws.nl/images/kwalitei-tcm10-16292_tcm19-97375.pdf

(Ministerie van VWS). 2008. *Zorgverzekering* [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 14-04-2008 [aangehaald op 21-04-2008]. Bereikbaar op:
<http://www.minvws.nl/dossiers/zorgverzekering/>

(NZa). 2007. *Monitor Zorgverzekeringsmarkt: De balans 2007* [Internet]. Nederlandse Zorgautoriteit, 16-10-2007 [aangehaald op 16-10-2007]. Bereikbaar op: http://www.nza.nl/7113/10083/Monitor_Zorgverzekeringsmar1.pdf

Ploem, M.C. 2006. 'Keuzevrijheid van verzekerden als prikkel voor een goede kwaliteit van zorg'. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 30 (2006):563-563.

(RIVM). 2006. *Hoe is de kwaliteit van de gezondheidszorg?* [Internet]. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 30-05-2006 [aangehaald op 17-10-2006]. Bereikbaar op: http://www.rivm.nl/vtv/object_class/zb_kwaliteit.html

(RIVM). 2008. *Zorgbalans 2008* [Internet]. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 21-05-2008 [aangehaald op 25-05-2008]. Bereikbaar op: <http://www.gezondheidszorgbalans.nl>

Roscam Abbing, H.D.C. 2002. 'Kwaliteitszorgen, zorgen voor kwaliteit'. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 26 (2002):231-231.

Ross, S.A. 1973. 'The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem.' *The American Economic Review*, 63(2):134-139.

Schaepkens, F.F.J.M. 2002. 'Ziekenhuisbekostiging in Nederland; van FB naar DBC'. *Management, control en accounting* 6(5):13-25

Schaepkens, F.F.J.M. 2004. 'Marktwerking in de ziekenhuiszorg; enige beschouwingen.' *Management, control en accounting* 8(6):6-11

Segers, J. & J. Hutjes. 1999. 'Methoden voor de maatschappijwetenschappen'. Assen: Van Gorcum.

Sluijs, e.a. 2002. *Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg; een exploratief onderzoek naar de mate waarin zorginstellingen indicatoren gebruiken om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken* [Internet]. Nivel, 2002 [aangehaald op 13-05-2008]. Bereikbaar op: www.nivel.nl/pdf/transparantie-kwaliteit-zorg.pdf

(VWS). 2007. *Veranderingen in de zorg 2007* [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 11-10-2007 [aangehaald op 11-10-2007]. Bereikbaar op: <http://www.minvws.nl/dossiers/veranderingen-in-de-zorg-2006/default.asp>

Wollersheim, H. e.a. 2006. 'Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren'. *Signalering ethiek en gezondheid* 2006/1, Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid.

(ZN). 2006. *Informatiemodel Maatschappelijk Verslag* [Internet]. Zorgverzekeraars Nederland, 13-01-2008 [Aangehaald op 13-01-2008]. Bereikbaar op:

http://www.zn.nl/Images/Informatiemodel%20MV_tcm6-7087.pdf

(ZN). 2007. *Van A tot Zorgverzekering* [Internet]. Zorgverzekeraars Nederland, 14-10-2007 [aangehaald op 14-10-2007]. Bereikbaar op:

http://www.zorgverzekeraars.nl/infodownload_atotz.html#z

(Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit). 2007. *Folder Zichtbare kwaliteit Zorgbrede transparantie* [Internet]. Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 09-2007 [aangehaald op 01-05-2008]. Bereikbaar op:

<http://www.zichtbarezorg.nl/index.cfm?vid=BB19F326-3FFA-497D-98CF4F5BA850D023>

Bijlage 1

Hoofdbegrippen

Het begrip zorgverzekeraar

Het begrip zorgverzekeraar zoals het in dit onderzoek wordt gebruikt is een wettelijk begrip. De Groot (2005) omschrijft het als 'de verzekeringsonderneming, als bedoeld in de eerste richtlijn schadeverzekering, die zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert.' Zorgverzekeraars Nederland (2007) sluiten zich hierbij aan met de volgende definitie: 'De zorgverzekeraar is de financiële dienstverlener die verzekeringen aanbiedt tegen ziektekosten (de zorgverzekering). Tegen betaling van een premie neemt de zorgverzekeraar financiële risico's over van de verzekerde als gevolg van kosten van ziekte'.

De zorgverzekeraar speelt een rol op twee markten in de gezondheidszorg: de zorginkoopmarkt, in paragraaf 2.2 toegelicht, en de zorgverzekeringsmarkt. Op de zorgverzekeringsmarkt concurreren verzekeraars met elkaar om de gunst van consumenten. Zij kiezen een zorgverzekeraar op basis van geboden polissen en bijbehorende premies (De Groot 2005).

Het begrip zorginkoopmarkt

Verzekeraars kopen zorg in bij zorgverleners om aan hun zorgplicht te voldoen. In deze contracten staan afspraken over de vorm, hoeveelheid, prijs en de kwaliteit van de te leveren zorg (ZN 2007). Volgens de Groot (2005) is de zorginkoopmarkt een markt waar 'zorgaanbieders concurreren om de gunst van de verzekeraars aan de hand van de prijs en kwaliteit van de geboden diensten.' Er is niet een geheel vrije werking in deze markt, de overheid stelt kaders om de toegankelijk, kwaliteit en betaalbaarheid te waarborgen. De zorgverzekeraar kan ervoor kiezen om alleen zorgaanpakken op te nemen in de polis, waarbij de consument vrij is om zelf een zorgaanbieder te kiezen, maar de verzekeraar kan ook bepaalde aanbieders contracteren. De zorgverzekeraar heeft dus invloed op het type hulpverlener en daardoor ook op de organisatie en wijze van zorgverlening.

Omdat de definitie van Zorgverzekeraars Nederland alle aspecten van de zorginkoopmarkt omvat zal deze definitie worden gehanteerd in het onderzoek.

Het begrip kwaliteit

Het begrip kwaliteit is op veel verschillende manieren gedefinieerd. Deze manieren zijn ofwel generiek of wel specifiek. Generieke definities van kwaliteit van zorg zijn niet makkelijk te operationaliseren (Campbell e.a. 2000). Een voorbeeld hiervan is de definitie van het Amerikaanse Institute of Medicine die als volgt luidt: 'Het niveau waarop gezondheidszorginstellingen, voor individuen en bevolkingen, de waarschijnlijkheid van gewilde zorguitkomsten verhogen die verenigbaar zijn met huidige professionele kennis' (Evans e.a. 2001). In 1980 definieerde Avedis Donabedian de kwaliteit van zorg als 'that kind of care which is expected to maximize an inclusive measure of patient welfare, after one has taken account of the balance of expected gains and losses that attend the process of care in all its parts' (Evans e.a. 2001). Kwaliteit van zorg is volgens

Donabedian dus die zorg waarbij men probeert de patiëntenzorg te maximaliseren terwijl er rekening wordt gehouden met verwachte winsten en verliezen die bij het zorgproces komen kijken. Deze specifieke definitie van het begrip kwaliteit houdt er rekening mee dat het begrip complex is en multidimensionaal (Campbell e.a. 2000). Campbell (2000) geeft een nieuwe definitie van kwaliteit waarbij zowel gebruik wordt gemaakt van de generieke als de specifieke benadering. Kwaliteit van zorg voor een individu is dan: 'Of individuen toegang hebben tot de gezondheidsstructuren en processen van benodigde zorg en of de zorg die ze ontvangen effectief is'.

In 2001 kwam het IOM echter met een nieuwe definitie die meerdere aspecten van zorg omvat: 'Quality health care means doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person - and having the best possible results'. De aspecten die aan bod komen in deze definitie zijn effectiviteit, veiligheid, tijdigheid en vraaggerichtheid (RIVM 2006). Deze kernaspecten geven een goed beeld van kwaliteit zoals bedoeld wordt in dit onderzoek.

Het begrip benchmarking

In 1951 sprak Feigenbaum al van benchmarking. Hij beschreef benchmarking als het proces van continu meten en vergelijken van bedrijfsprocessen met vergelijkbare processen in leidende organisaties. Het doel was volgens Feigenbaum om informatie te verkrijgen die de organisatie helpt om verbeteringen te identificeren en te implementeren (Bhutta & Huq 1999). Bhutta en Hug (1999) gaan hierin mee en beschrijven de essentie van benchmarking als volgt: 'Het proces van het identificeren van de hoogste standaarden voor producten, services of processen, en het dan noodzakelijk maken van verbeteringen om deze standaarden te bereiken – ook wel best practices genoemd'. Voor dit onderzoek is het noodzakelijk dat alle aspecten van benchmarking worden belicht en daarom is de uitleg van Holloway het best passend. Holloway beschrijft benchmarking als volgt: 'Het opvolgen door organisaties van verbeterde prestaties door van de succesvolle praktijken van anderen te leren. Benchmarking is een continue activiteit, waarbij interne processen worden aangepast, prestaties gecontroleerd, nieuwe vergelijkingen worden gemaakt met de huidige beste uitvoerders en verdere veranderingen worden onderzocht. De verwachting is dat er na een tijdsperiode een wederzijds voordeel zal zijn' (Hinton e.a. 2000).

Bijlage 2

Institutioneel kader

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

In 1968 werd de AWBZ in Nederland ingevoerd. Deze wet dekt de kosten van zorg die niet onder het basispakket vallen, maar wel worden vergoed door de zorgverzekeraars. Het is een volksverzekering voor zware geneeskundige risico's waar je niet individueel voor kunt verzekeren. De hoge kosten van deze ziekerisico's zijn door haast niemand op te brengen, zoals kosten voor langdurige ziekenhuisopnames (langer dan een jaar), opname in een inrichting en gehandicaptenzorg. In de AWBZ worden de verschillende zorgvormen ondergebracht in zes functies: persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, verblijf en behandeling. Zorgaanbieders krijgen betaald via functiegerichte aanspraken. Sinds 1 januari 2007 is huishoudelijke verzorging van de AWBZ overgegaan naar de WMO, de wet maatschappelijke ondersteuning. Deze wet wordt door gemeenten uitgevoerd en heeft als doel 'meedoen'. Dit houdt in dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig blijven, ondersteund door hun omgeving. Wanneer dit niet kan is er ondersteuning vanuit de gemeente.

Om zorg via de AWBZ te ontvangen, is er het Centrum Indicatiestelling Zorg, ofwel het CIZ. Zes weken na aanmelding van een patiënt neemt het CIZ een zorgindicatiebesluit. In dit indicatiebesluit geeft het CIZ aan welke functie geïndiceerd is en wat de zorgzwaarte voor de patiënt is. Vervolgens moet het zorgkantoor de daadwerkelijke zorg voor de patiënt regelen. De patiënt heeft keuze tussen zorg in natura of een persoonsgebonden budget (behalve bij de functies behandeling en verblijf). Bij een persoonsgebonden budget, of PGB, krijgt de patiënt op basis van zijn indicatie een bepaalde geldsom waarmee hij zelf zorg in kan kopen. Hij dient hier wel verantwoording over af te leggen aan het zorgkantoor. Welke aanbieders zorg aan AWBZ-patiënten mogen leveren, is geregeld in de WTZi (Ministerie VWS 2008).

Wet Toelating Zorginstellingen

Met de totstandkoming van de WTZi op 1 januari 2006 beoogt de overheid de zorginstellingen meer verantwoordelijkheid te geven wat betreft de capaciteit en bouw van zorginstellingen. Via deze wet wordt de toelating van zorginstellingen tot het leveren van zorg ten laste van de ZVW en de AWBZ geregeld en ook een (indien nodig) vergunning voor het (ver)bouwen van een zorginstelling. Met deze toelating kan worden nagegaan of een zorginstelling aan bepaalde eisen voldoet. Deze eisen worden in het Uitvoeringsbesluit en de beleidsregels benoemd. Wanneer het gaat over het (ver)bouwen van een zorginstelling is er sinds 1 januari 2008 sprake van een eigen rekening en risico voor investeringsbeslissingen. Vanaf 2009 zal de kapitaallastenvergoeding hieraan worden toegevoegd en is er sprake van integrale prijzen en tarieven. Hierdoor zullen zorgaanbieders die goed presteren meer inkomsten krijgen, wat leidt tot een prikkel tot beter werken voor slecht presterende zorginstellingen en een meer patiëntgerichte zorg. Daarnaast regelt het WTZi ook winstuitkering aan zorginstellingen die een winstoogmerk aangewezen hebben gekregen (Ministerie van VWS 2008).

Kwaliteitswet Zorginstellingen

In het nieuwe zorgstelsel wil de overheid dat er geconcurrereerd wordt op kwaliteit van zorg. Kwaliteit wordt een steeds belangrijker aspect in de gezondheidszorg en zorgverzekeraars moeten hun inkoopbeleid hier ook op aanpassen. Om kwaliteit van zorg te kunnen beoordelen moet deze kwaliteit zichtbaar en meetbaar worden gemaakt. Daarnaast is veiligheid van zorg ook erg belangrijk (Ministerie van VWS 2008). De Kwaliteitswet Zorginstellingen, KZ, stelt globale eisen over kwaliteit en veiligheid. Instellingen moeten hier zelf invulling aan geven. De vier uitgangspunten zijn:

- Verantwoorde zorg; dit wil zeggen dat de zorg 'van een goed niveau en in ieder geval doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt' moet zijn.
- Bewust beleid; hiermee wordt bedoeld dat een zorginstelling doelbewust aan kwaliteitsbeleid moet werken. Van belang zijn een duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden, de kwaliteit van personeel en materieel en geestelijke verzorging.
- Kwaliteitssysteem; de instelling 'moet de kwaliteit van zorg systematisch bewaken, beheersen en zo mogelijk verbeteren.'
- Kwaliteitsjaarverslag; in dit jaarlijkse verslag legt de zorginstelling verantwoording af over het gevoerde kwaliteitsbeleid. Dit is zowel nuttig voor intern gebruik, als reflectie op de eigen organisatie, als voor extern gebruik van bijvoorbeeld verzekeraars of de inspectie.

Toezicht op de naleving van de Kwaliteitswet wordt uitgevoerd door de IGZ, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Ministerie van VWS 1996).

Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

In de wet BIG zijn regels opgesteld voor zorgverlening door beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Het gaat hier met name om de kwaliteit van deze beroepsuitoefening. Het doel is om de patiënt in bescherming te nemen tegen onzorgvuldig en ondeskundig handelen van de professionals. Voor deze professionals, te weten: apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen, is het alleen mogelijk de wettelijk beschermde titel te voeren wanneer zij ingeschreven staan in het BIG-register. Dit register wordt beheerd door Registratie en informatie beroepsbeoefenaren in de zorg (RIBIZ). Vanaf 1 januari 2009 moeten alle beroepsbeoefenaren zich elke vijf jaar herregistreren om aan te tonen dat hun kwaliteiten nog steeds van voldoende niveau zijn.

Daarnaast beschrijft de wet BIG een aantal handelingen die alleen daartoe bevoegde beroepsbeoefenaren mogen uitoefenen, de voorbehouden handelingen. Te denken valt aan het onder narcose brengen, het geven van injecties en bepaalde operaties.

Tot slot valt ook het tuchtrecht onder deze wet. Patiënten kunnen hier terecht wanneer zij ontevreden zijn over de geleverde zorg (Ministerie van VWS 2008).

Bijlage 3

Diepte-interview zorgverzekeraars

Algemeen

1. Wat is precies uw functie binnen het bedrijf?
2. Hoe groot bent u als verzekeraar?
 - a. In welk(e) gebied(en) bent u precies werkzaam?
 - b. Hoe groot is uw team van zorginkopers?

Zorginkoop

3. Kunt u kort benoemen welke stakeholders u heeft, wanneer het specifiek gaat om de zorginkoopmarkt? Met wie doet u zaken?
 - a. Met wie wordt het inkoopcontract afgesloten?
 - b. Welke functionarissen binnen de zorginstelling zijn van belang?
 - i. Wat is de rol van de Medische Staf?
 - c. Wordt er ook onderhandeld met overheid?
 - d. Wat is de rol van Zorgverzekeraars Nederland?
 - e. Welke andere belanghebbenden zijn er die relevant zijn voor het inkoopcontract? (andere verzekeraars?)
 - f. Welke stakeholder heeft de meeste invloed?
4. Heeft u voldoende macht in het zorginkoopproces als verzekeraar?

Kwaliteit, indicatoren & benchmarking

5. Wanneer u zorg inkoop, speelt kwaliteit van zorg een rol?
 - a. Haalt u dat uit de ranglijsten die circuleren, zo nee, hoe bepaalt u dan de kwaliteit?
 - b. Hoe werkt dit door in het inkoopproces?
 - c. Wat is de rol van prijs & volume?
6. Maakt u gebruik van benchmarks uit uw eigen beroepsgroep? (bijv. op basis van indicatoren uit de Zorginkoopgids van ZN) of gebruikt u ook andere benchmarks buiten de eigen beroepsgroep. (Bijv. indicatoren die door patientenverenigingen of Consumentenbond worden verzameld).
7. Wanneer u ziekenhuizen benchmarkt, welke gegevens of indicatoren zijn er nodig vanuit de zorginstelling?
 - a. Hoe komt u aan de indicatoren?
 - b. Kunt u ziekenhuizen genoeg stimuleren deze indicatoren op te stellen?
 - c. Zijn de indicatoren wel voldoende eenduidig om daadwerkelijk onderling te vergelijken?
 - d. Wat doet u om benchmarking binnen ziekenhuizen te stimuleren?

8. Hoe worden de indicatoren door u, als verzekeraar, gebruikt om te kunnen benchmarken op kwaliteit van zorg van ziekenhuizen?
9. Denkt u dat het benchmarken van ziekenhuizen zal bijdragen aan een hogere kwaliteit van zorg binnen de ziekenhuizen?
 - a. Gaan ziekenhuizen niet teveel hun focus verleggen van de individuele patiënt naar de patiënt als product?
10. Uiteindelijk zullen ziekenhuizen aan bepaalde minimum kwaliteitseisen moeten voldoen. Is benchmarken dan nog wel nuttig?
11. Maakt u ook gebruik van benchmarks uit het buitenland?
12. Is de zorgverzekeraar de beste zorginkoper? Of zou dit ook door de patiënt kunnen gebeuren?

Bijlage 4

Diepte-interview zorgaanbieders

Algemeen

1. Wat is precies uw functie binnen het bedrijf?
2. Hoe groot bent u als zorgaanbieder?
 - a. In welk(e) gebied(en) bent u precies werkzaam? Op wie richt u zich?

Zorginkoop

3. Kunt u kort benoemen welke stakeholders u heeft, wanneer het specifiek gaat om de zorginkoopmarkt? Met wie doet u zaken?
 - b. Met wie wordt het inkoopcontract afgesloten?
 - c. Hoe gaat dit proces in zijn werk?
 - d. Welke functionarissen van de zorgverzekeraar zijn van belang?
 - e. Wordt er ook onderhandeld met de overheid? Wat is de rol?
 - f. Wat is de rol van Zorgverzekeraars Nederland?
 - g. Welke andere belanghebbenden zijn er die relevant zijn voor het inkoopcontract?
 - h. Welke stakeholder heeft de meeste invloed?

Kwaliteit & indicatoren

4. Speelt kwaliteit van zorg een grote rol wanneer zorg ingekocht wordt?
 - a. Hoe wordt de kwaliteit van zorg precies bepaald? (evt. vr. 7)
 - b. Spelen ranglijsten een grote rol bij de inkoop?
 - c. Hoe werkt dit door in het inkoopproces?
5. Spelen prijs en volume een grotere rol dan kwaliteit?
 - a. Worden patiënten niet steeds meer als product gezien in plaats van als individu?
 - b. Hoe ziet u dit in de toekomst?
6. Moet u ook een verantwoording afleggen over kwaliteit van zorg?
 - a. Naar wie?
 - b. Is er een spanningsveld tussen medisch specialist en management hierbij?
 - c. Speelt deze verantwoording een rol om aan kwaliteit te werken? (grootste rol?)
7. Wanneer het ziekenhuis wordt gebenchmarkt zijn er gegevens en indicatoren nodig. Welke gegevens of indicatoren zijn er nodig vanuit het ziekenhuis?
 - a. Welke indicatoren gebruikt u?
 - b. Welke indicatoren zijn het belangrijkste?
 - c. Hoe komt u aan de indicatoren?
 - d. Heeft u het idee dat het ziekenhuis voldoende gestimuleerd wordt om de (voor verzekeraar) benodigde indicatoren op te stellen?

- e. Zijn de indicatoren wel voldoende eenduidig om daadwerkelijk onderling te vergelijken?
- f. Wat zou u doen om indicatoren te verbeteren, is er een oplossing?

Benchmarking

- 8. Denkt u dat het benchmarken van ziekenhuizen zal bijdragen aan een hogere kwaliteit van zorg binnen de ziekenhuizen?
 - a. Doet u, als aanbieder, iets om benchmarking binnen ziekenhuizen te stimuleren?
 - b. Wat is het nut van benchmarken voor u?
- 9. Uiteindelijk zullen ziekenhuizen aan bepaalde minimum kwaliteitseisen moeten voldoen. Is benchmarken dan nog wel nuttig? Tot op welke hoogte?

Het zorgstelsel

- 10. Is de zorgverzekeraar de beste zorginkoper? Of zou dit ook door de patiënt kunnen gebeuren?
 - a. Vindt u dat zorgverzekeraars de toebedeelde rol voldoende kunnen uitvoeren?