

AFSTUDEERSCRIPTIE

*De invloed van marktstructuur op de doelen en
sturingsmechanismen van zorgverzekeraars.*

<i>Studentnummer</i>	<i>: 501643</i>
<i>Studentnaam</i>	<i>: Jaimy van Dijk</i>
<i>Begeleider</i>	<i>: Jurriaan Nijholt</i>
<i>Meelezend begeleider</i>	<i>: Erik van Raaij</i>
<i>Datum</i>	<i>: Augustus 2020</i>
<i>Afstudeerrichting</i>	<i>: Strategisch Management</i>
<i>Versie</i>	<i>: 6.2</i>
<i>Taal</i>	<i>: Nederlands</i>

Voorwoord

Voorliggende masterscriptie vormt de afronding van twee leerzame studiejaren aan de Rotterdam School of Management. Een periode die veel gebracht heeft, maar tegelijkertijd ook veel vroeg. Meermaals kwam het voor dat ik twee keer in de week heen en weer aan het reizen was van Brunssum naar Rotterdam. Niet alleen voor mijzelf een flinke inspanning, maar ook voor mijn vrouw Lieke een belasting. Tussen de start van de opleiding en vandaag de dag zijn namelijk onze beide zonen, Jaxx en Xavi, geboren. Het feit dat ik in de periode na hun geboortes veel van huis weg was, maakt dat de zorg voor de kinderen vooral bij haar kwam te liggen. Ik kan dan ook niet anders dan bewondering daarvoor uitspreken, alsook dank voor het feit dat zij mij niettemin volledig in staat stelde om de opleiding met goed gevolg af te ronden. Zonder een supportende vrouw was dat nooit gelukt. Bovendien vormden de jongens voor mij een bron van inspiratie en motivatie om als vader een goed voorbeeld te zijn richting hun eigen toekomst.

Dank wil ik ook uitspreken aan een aantal mensen op de Universiteit. Allereerst is dat aan mijn scriptiebegeleider, Jurriaan Nijholt. Jurriaan heeft met veel enthousiasme en een constructieve houding met mij meegedacht en zo geholpen om mijn scriptie te verbeteren. Dat geldt ook voor mijn co-reader, Erik van Raaij. Erik heeft veel inhoudelijke kennis over de gezondheidszorg in Nederland. Het heeft mij ontzettend geholpen dat hij bereid was om deze kennis met mij te delen en zo de inhoud naar een hoger niveau te tillen. Het heeft bovendien geholpen dat wij een leerjaar waren met veel gemotiveerde, maar ook fijne mensen. Zonder iemand te kort te willen doen, denk ik dan vooral aan mijn (voormalige) groepsgenoten Kees, Stefan, Rene, Juri en Antoine. De vele gezellige momenten hebben zonder meer bijgedragen aan het leerplezier. Bovendien maakte hun online flexibiliteit het voor mij gemakkelijker om alle afspraken bij te wonen.

Mijn scriptie had ik bovendien nooit kunnen schrijven zonder de medewerking van de zorginkopers van de verschillende zorgverzekeraars. Ik waardeer het dan ook zeer dat, ondanks de COVID-19 crisis waar wij op dat moment volop in zaten, zij allen de tijd hebben genomen voor het meewerken aan de interviews. Daar kan ik ze dan ook niet genoeg voor bedanken. Eenzelfde geldt voor mijn huidige werkgever, het Laurentius Ziekenhuis Roermond, en mijn voormalig werkgever die mij in staat hebben gesteld deze opleiding te volgen.

Ook wil ik mijn dank uitspreken aan mijn ouders, schoonouders, (schoon-)zussen, schoonbroers en andere familieleden voor het begrip dat zij in de afgelopen twee jaar hebben gehad en de hulp die zij waar mogelijk hebben geboden. Eenzelfde geldt voor mijn vriendengroep die mij in de afgelopen twee jaar net wat vaker hebben moeten missen dan ze van mij gewend waren. Alsook mijn politieke collega's voor hun begrip als ik vanwege studie afwezig was. Wie ik als laatste ook graag wil bedanken, is mijn lieve oma die helaas het eindresultaat van twee jaar studeren niet meer mag meemaken. Oma overleed uitgerekend op de dag dat mijn onderzoeksvoorstel werd goedgekeurd. Zij is altijd een bron van inspiratie voor mij geweest en met haar doorzettingsvermogen een voorbeeld.

Jaimy van Dijk

Augustus 2020

Samenvatting

Over de hele wereld worden gezondheidszorgsystemen geconfronteerd met toenemende kosten. Diverse pogingen worden ondernomen om die kosten te beheersen. Zo zijn landen gaan experimenteren met het implementeren van marktmechanismen in de zorg (*van Ginneken, 2015*). Gereguleerde marktwerking vormt daarbij vaak het model waarop deze veranderingen worden vormgegeven (*Heijink, Mosca, & Westert, 2013*). Nederland heeft in dat verlengde gekozen voor een model met concurrerende zorgverzekeraars, welke sinds 2006 verankerd ligt in de 'Zorgverzekeringswet'. Nederland kent daarmee een driemarktenmodel in de gezondheidszorg. Daarin zijn drie actoren te onderscheiden, namelijk: de zorgverzekeraar, de zorgaanbieder en de patiënt (*Lapré & van Montfort, 1999*). Zorgverzekeraars voeren binnen het driemarktenmodel eigenstandige onderhandelingen met zorgaanbieders. Tijdens de zorginkoop probeert iedere zorgverzekeraar in het belang van hun verzekerden tot contractafspraken te komen met zorgaanbieders. De belangrijkste doelen die zij tijdens het inkoopproces proberen te behalen, zijn kosten- en volumebeheersing, kwaliteitsverbeteringen en toegankelijkheid (*Heijink, Mosca, & Westert, 2013*). Het zorginkoopproces is voor zorgverzekeraars de kritische factor waarlangs een concurrentievoordeel valt te behalen ten opzichte van andere zorgverzekeraars aangaande de te behalen doelen (*Raftery, Robinson, & Mulligan, 1996*).

Toenemende concurrentie tussen zorgverzekeraars alsook tussen het aantal zorgaanbieders vormt volgens het model van gereguleerde marktwerking een voorwaarde voor het behalen van de gestelde doelen (*Loozen, Varkevisser, & Schut, 2016*). Onderzoeksliteratuur laat echter zien dat gereguleerde marktwerking nog niet heeft geleid tot het ondubbelzinnig inkopen van kwalitatief betere zorg tegen een scherpere prijs en een beheersbaar volume zonder dat de toegankelijkheid verminderd wordt (*Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2016*). In de literatuur bestaat dan ook twijfel of concurrentie het sturen op doelen daadwerkelijk verbetert. Tegenover het model van gereguleerde marktwerking staat dan ook het model van de zorgverzekeraar als regisseur. Toenemende concurrentie belemmert volgens die kijk juist de mogelijkheden van de zorgverzekeraar om regisserend op te treden. Gevolg is dat geen van de zorgverzekeraars zich daadwerkelijk verantwoordelijk voelt voor de gehele populatie binnen die betreffende regio (*Klasa, Greer, & van Ginneken, 2018*).

Voorliggend onderzoek poogt verdiepend inzicht te geven in de wijze waarop zorgverzekeraars sturen op doelen in contexten met meer of minder concurrentie en de sturingsmechanismen die zij vervolgens inzetten om die doelen te bereiken. Na het bestuderen van literatuur over sturingsmechanismen is ervoor gekozen sturingsmechanisme te definiëren als structuren en werkwijzen die door zorgverzekeraars gekozen worden om invloed uit te oefenen en te sturen op de doelen kosten- en volumebeheersing, kwaliteit van zorg en toegankelijkheid (*Foss & Mahoney, 2010*). Aan de hand van deze definitie is een lijst opgesteld vanuit de literatuur met zes sturingsmechanismen die vanuit

de literatuur naar voren kwamen. Achtereenvolgens zijn dit: onthouding van middelen, voorwaarden aan gebruik/terugdringen van keuzemogelijkheden, financiële beloningen, sturen op informatie, wederzijds vertrouwen en samenwerking (Loozen, Varkevisser, & Schut, 2016); (NZa, 2019); (Ruwaard, Douven, Struijs, & Polder, 2014); (RVS, 2018). Vervolgens is in verschillende adherentiegebieden gekeken op welke doelen zorgverzekeraars sturen en welke sturingsmechanismen zij hiervoor inzetten.

Adherentiegebieden zijn gekozen op basis van de Herfindahl-Hirschman Index (HHI), die de balans binnen de marktstructuur uitdrukt (Dalmau-Matarrodona & Puig-Junoy, 1998). Daarbij geeft een hogere indexscore een meer geconcentreerde markt weer. Vergeleken zijn de regio's Haaglanden, Eindhoven en Parkstad Limburg. Waarbij in de regio Haaglanden sprake is van een versnipperd gebied ($HHI < 2000$), in Parkstad Limburg van een zeer geconcentreerd gebied ($HHI > 3000$) en Eindhoven daartussenin zit (HHI tussen 2000 en 3000) (NZa, 2019). Omstandigheden die in de interviews worden meegenomen, zijn de invloed van het marktaandeel dat een individuele zorgverzekeraar binnen het adherentiegebied heeft en het aanbod van zorg in de bepaalde regio. Vervolgens is gekeken hoe het sturen op doelen en de bijbehorende inzet van sturingsmechanismen door zorgverzekeraars in de inkooprelatie met ziekenhuizen in Nederland bepaald wordt door de context van het adherentiegebied waarbinnen de inkooprelatie plaatsvindt.

Geconstateerd wordt dat meer versnippering in een adherentiegebied, uitgedrukt in een lagere HHI, leidt tot meer nadruk op kosten- en volumebeheersing. Dat gebeurt zowel bij een groter als kleiner marktaandeel. In een meer geconcentreerd adherentiegebied is de omvang van het marktaandeel wel van belang voor de doelen waarop gestuurd wordt. Meer geconcentreerde marktomstandigheden gecombineerd met een hoog marktaandeel leidt ertoe dat zorgverzekeraars integraal gaan sturen op alle drie de doelstellingen. Zorgverzekeraars met een lager marktaandeel sturen juist meer op kosten- en volumebeheersing bij geconcentreerde marktomstandigheden. Voornoemde heeft ook gevolgen voor de sturingsmechanismen die zorgverzekeraars inzetten. Zo wordt in een geconcentreerde regio bij een hoog marktaandeel veel meer gestuurd vanuit directe samenwerking met het ziekenhuis dan in een versnipperde regio. Bij een lager marktaandeel stuurt de verzekeraar vanuit informatie in eigen factbooks. In een versnipperde regio sturen zorgverzekeraars met zowel een groot als klein marktaandeel ook vanuit informatie. Door de aanwezigheid van meer zorgaanbod in een versnipperde regio wordt bovendien vaker gestuurd door het stellen van voorwaarden en gebruik/terugdringen van keuzemogelijkheden. Ten opzichte van geconcentreerde regio's gaat dit daar makkelijker doordat de zorgplicht van zorgverzekeraars minder in het gedrang komt.

Inhoud

1.	Inleiding.....	7
1.1.	Aanleiding.....	7
1.2.	Doelstelling van het onderzoek.....	10
1.3.	Probleemstelling.....	11
1.4.	Relevantie	11
1.5.	Leeswijzer	12
2.	Theoretisch raamwerk.....	13
2.1.	Zorginkoop en zorginkoopovereenkomsten	13
2.2.	Inkooprelaties	15
2.2.1.	Driemarktenmodel in de gezondheidszorg.....	15
2.2.2.	Interdependence en Resource Dependence Theory.....	17
2.3.	Inkooprelaties en sturingsmechanismen	19
2.4.	Concurrentie in de zorg.....	22
2.5.	De zorgverzekeraar als regisseur	23
2.6.	Marktconcentratie.....	24
3.	Context	27
3.1.	Operationaliseren van de onderzoeksvariabelen.....	27
3.1.1.	Marktstructuur	28
3.1.2.	Marktaandeel van de zorgverzekeraar	28
3.2.	Inkooprelatie zorgverzekeraar – ziekenhuis	29
3.3.	Het conceptueel model.....	35
4.	Opzet van het onderzoek en methodologie.....	38
4.1.	Vergelijkende casestudie en caseselectie	38
4.2.	Respondenten en Semigestructureerde interviews	39
4.3.	Data-analyse en interpretatie.....	41
5.	Resultaten	42
5.1.	Doelen.....	42
5.2.	Sturingsmechanismen.....	43
5.2.1.	Sturen op informatie	44

5.2.2.	Voorwaarden aan gebruik/terugdringen van keuzemogelijkheden	44
5.2.3.	Samenwerking en wederzijds vertrouwen.....	46
5.2.4.	Financiële beloningen en onthouding van middelen	46
5.3	Marktaandeel en aanbod van zorg in de regio.....	48
5.3.1.	Aanbod van zorg in de regio.....	48
5.3.2.	Marktaandeel zorgverzekeraar	50
5.3.	Configuraties die zorgverzekeraars volgen gegeven het adherentiegebied	54
6.	Conclusie en Discussie	57
6.1.	Conclusie.....	57
6.2.	Discussie	60
6.3.	Praktische implicaties	64
6.4.	Methodologische issues, limitaties en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek	65
	Verwijzingen.....	68

1. Inleiding

Voorliggend onderzoek focust zich op de invloed van marktomstandigheden op de doelen waarop zorgverzekeraars sturen als ook op de sturingsmechanismen die zorgverzekeraars daarvoor inzetten.

1.1. Aanleiding

Gezondheidszorg is een beleidsterrein dat mondiaal veel aandacht krijgt. Niet in de laatste plaats door het feit dat gezondheidszorgsystemen geconfronteerd worden met toenemende kosten zonder dat daar een duidelijke kwaliteitsverbetering tegenover staat (*Porter & Lee, 2013*). In een nadrukkelijke poging deze kosten te beheersen zijn steeds meer landen, waaronder Nederland, gaan experimenteren met het implementeren van marktmechanismen in de zorg (*van Ginneken, 2015*). Veranderingen die hebben plaatsgevonden in het Nederlandse zorgstelsel, richten zich in grote mate op het model van gereguleerde marktwerking (*Heijink, Mosca, & Westert, 2013*).

Binnen het model van gereguleerde marktwerking worden marktprincipes gecombineerd met meerdere vooraf vastgestelde regulerende maatregelen die gericht zijn op het waarborgen van de publieke belangen binnen de gezondheidszorg (*Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2016*). Marktprincipes binnen het model van gereguleerde marktwerking vinden hun oorsprong binnen micro-economische principes voor competitie. Inhoudend dat meerdere partijen met elkaar concurreren in een systeem waarin beloning plaatsvindt voor zorgaanbieders die het beste in staat zijn om kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg te leveren tegen minder kosten aan tevreden patiënten (*Enthoven, 1993*). Waarborging van de publieke waarden vindt plaats door het vaststellen en naleven van duidelijke regels. Hierdoor dienen in ieder geval de publieke waarden toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg gegarandeerd te zijn voor eenieder (*van de Ven & Schut, 2008*).

Toegankelijkheid wordt gegarandeerd door de zorgplicht van zorgverzekeraars en in de vorm van keuzevrijheid voor patiënten. Vanuit de zorgplicht zijn zorgverzekeraars verplicht om voldoende zorgaanbod binnen een redelijke tijd en reisafstand voor hun verzekerden aan te bieden. Betaalbaarheid dient gegarandeerd te worden door patiënten niet individueel te laten onderhandelen over kosten, maar dat gezamenlijk te laten doen door zorginkopende organisaties. Hierdoor neemt de onderhandelingskracht van patiënten toe (*Heijink, Mosca, & Westert, 2013*). Daarmee verschilt gereguleerde marktwerking nadrukkelijk van een standaardmarkt. Waar goederen en diensten in een standaard consumentenmarkt namelijk geleverd worden door een leverancier aan de ene kant en afgenomen door een individuele klant aan de andere kant, zouden de belangen van individuele klanten in een gereguleerde zorgmarkt gebundeld behartigd moeten worden door een zorginkopende organisatie (*Enthoven, 1993*). Diverse landen zijn daarop met verschillende vormen van gereguleerde marktwerking gaan

experimenteren, waarbij Nederland met een systeem van concurrerende zorgverzekeraars gekozen heeft voor het meest vergaande systeem. In dat systeem wordt middels competitie op basis van gebundelde belangen een nadrukkelijke taak neergelegd bij die betreffende zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars dienen op basis van gegevens en expertise de juiste zorg in te kopen voor hun verzekerden. Competitie wordt bevorderd doordat het verzekerden toegestaan is om jaarlijks te wisselen van zorgverzekeraar (*Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2016*).

In het model van gereguleerde marktwerking dient concurrentie tussen zorgverzekeraars bij te dragen aan het behalen van diverse doelen, waarbij kostenbeheersing, volumebeheersing, kwaliteitsverbetering en toegankelijkheid de belangrijkste zijn (*Heijink, Mosca, & Westert, 2013*). Eijkenaar en Schut (2015) voegen daar nog een vijfde dimensie aan toe, te weten het effectief inzetten van preventie. Tijdens de zorginkoop probeert iedere zorgverzekeraar eigenstandig met zorgaanbieders de beste contractafspraken te maken voor hun verzekerden en van daaruit de vijf hiervoor genoemde doelen te bewerkstelligen. Zorginkoop is daarmee belangrijk voor zorgverzekeraars binnen het model van gereguleerde marktwerking. Het zorginkoopproces beïnvloedt namelijk de wijze waarop de zorgverzekeraar, als zijnde de financier van de geleverde zorg, invloed kan uitoefenen op de zorgaanbieder, als zijnde de uitvoerder van de zorg (*van Raaij, 2016*). Afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders die gemaakt zijn in het inkoopproces, worden vervolgens vastgelegd in een overeenkomst. Het zorginkoopproces is daarmee voor de zorgverzekeraar de kritische factor, waarlangs een concurrentievoordeel te behalen valt ten opzichte van andere zorgverzekeraars (*Raftery, Robinson, & Mulligan, 1996*).

Conform de uitgangspunten van gereguleerde marktwerking is voldoende concurrentie aan zowel de aanbod- als de vraagkant een noodzakelijke voorwaarde voor het behalen van de gestelde doelen door zorgverzekeraars binnen het zorginkoopproces (*Loozen, Varkevisser, & Schut, 2016*). Aan de vraagkant leidt een toename aan zorgverzekeraars tot meer concurrentie en daarmee ook tot het inkopen van kwalitatief hoogwaardigere zorg tegen lagere prijzen (*Enthoven, 1993*). Vanuit de aanbodzijde leidt een te geconcentreerde marktstructuur ertoe dat het voor zorgverzekeraars bemoeilijkt wordt om te sturen op de doelen volumebeheersing en kwaliteit (*Halbersma, van Manen, & Sauter, 2012*). Essentieel is dan ook dat er balans is in de concentratie van zowel de aanbod als de vraagzijde om inkoopmacht van één van de partijen in het inkoopproces te voorkomen. Onderzoeksliteratuur laat echter zien dat, ondanks het feit dat gereguleerde marktwerking zou moeten leiden tot het inkopen van kwalitatief betere zorg tegen een scherpere prijs in een beheersbaar volume en behoud van toegankelijkheid, de praktijk van het zorginkoopproces zich vooral richt op het uitonderhandelen van prijzen. Dit terwijl enkel een terugkerende kostenfocus mondiaal niet geleid heeft tot afnemende kosten (*Porter & Lee, 2013*). Volume en kwaliteit van zorg zijn daarbij van ondergeschikt belang (*Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2016*).

In de literatuur bestaat twijfel of concurrentie tussen zorgverzekeraars gaat zorgen voor kwalitatief betere zorg tegen lagere kosten, of dat daarvoor juist een meer regisserende rol voor de zorgverzekeraar noodzakelijk is

(Zuiderent-Jerak, Grit, & Van der Grinten, 2011). Als regisseur van zorg dient de zorgverzekeraar meer te zijn dan enkel zorgfinancier. Inhoudend dat een zorgverzekeraar zich verantwoordelijk moet voelen voor de hele populatie in het gebied waarvoor zorg wordt ingekocht. De zorgverzekeraar dient helder te hebben hoe het gebied is opgebouwd en welke zorg zowel nu als in de toekomst nodig is. Op basis van die informatie zou de zorgverzekeraar de zorg in de regio moeten vormgeven. Onderzoek laat zien dat toenemende concurrentie tussen zorgverzekeraars belemmerend werkt voor het uitvoeren van de regisserende rol. Geen van de zorgverzekeraars voelt zich dan namelijk verantwoordelijk voor de gehele populatie in dat gebied (Klasa, Greer, & van Ginniken, 2018).

Daarmee ontspringen twee tegenstrijdige resultaten. De eerste die voortkomt vanuit het theoretische model van gereguleerde marktwerking, waarin een toename van concurrerende zorgverzekeraars ertoe leidt dat in het inkoopproces meer nadruk gelegd moet kunnen worden op het realiseren van de doelstelling het inkopen van kwalitatief hoogwaardige zorg voor een concurrerende prijs (Enthoven, 1993). Binnen deze kijk op het model van gereguleerde marktwerking zetten zorgverzekeraars dus in op het bereiken van meerdere doelen en niet enkel op kostenbeheersing. Daartegenover staat de tweede constatering dat een toename aan concurrerende zorgverzekeraars het juist moeilijker maakt om tijdens het zorginkoopproces te sturen op de doelstellingen toegankelijkheid, inhoud, als zijnde volume, en kwaliteit van zorg. Vereisten die nodig zijn om kwalitatief hoogwaardige zorg in te kopen voor een concurrerende prijs.

Voorliggend onderzoek poogt verdiepend inzicht te geven in de wijze waarop zorgverzekeraars sturen op de doelstelling om hoogwaardige zorg in te kopen voor een concurrerende prijs. Daarvoor wordt binnen de inkooprelatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gekeken naar de invloed die context heeft op de doelen waarop zorgverzekeraars sturen, alsook wat vervolgens de invloed van de context is op de sturingsmechanismen die zorgverzekeraars inzetten om hun doelen te bereiken. Voor het bepalen van de context wordt specifiek gekeken naar de invloed van marktconcentratie op de doelen waarop zorgverzekeraars sturen en vervolgens op de verschillende sturingsmechanismen die zorgverzekeraars inzetten. Onderzocht wordt op welke wijze de doelen en vervolgens de sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars veranderen in een geconcentreerd marktgebied aan de vraag en/of aanbodzijde ten opzichte van minder geconcentreerde marktgebieden aan de vraag en/of aanbodzijde. Ook wordt onderzocht of de doelstelling en/of de sturingsmechanismen van de zorgverzekeraar binnen de inkooprelatie veranderen als het wederzijdse marktaandeel verandert. Specifiek wordt gekeken of de zorgverzekeraar een meer regisserende rol opneemt als het wederzijds marktaandeel in de inkooprelatie toeneemt. Voor het uitvoeren van het onderzoek wordt daarvoor specifiek gekeken naar de sturing van zorgverzekeraars op medisch specialistische zorg, zoals die wordt geleverd door ziekenhuizen in Nederland.

1.2. Doelstelling van het onderzoek

Doelstelling van dit onderzoek is een bijdrage leveren aan de wetenschappelijke literatuur voor gezondheidszorgbeleid door het uitvoeren van empirisch onderzoek. Hiervoor worden meerdere inkooprelaties tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen onderzocht die plaatsvinden in een bepaalde context. Context wordt per inkooprelatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder beschreven in termen van concentratie aan de vraag- en aanbodzijde en wederzijdse marktaandelen van de zorgverzekeraar en het ziekenhuis in een specifiek adherentiegebied. Binnen een adherentiegebied gaat een ziekenhuis met meerdere zorgverzekeraars een inkooprelatie aan. Andersom geldt dat, mits in die bepaalde context aanwezig, een zorgverzekeraar meerdere inkooprelaties met ziekenhuizen in de betreffende regio aangaat voor het inkopen van zorg. De verschillende inkooprelaties tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen worden voor dit onderzoek met elkaar vergeleken door te kijken naar de invloed van de context op de doelen die zorgverzekeraars nastreven en vervolgens op de sturingsmechanismen die door zorgverzekeraars in de inkooprelatie worden ingezet richting ziekenhuizen. Specifiek wordt gekeken naar de doelen kosten- en volumebeheersing, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Tevens wordt getracht om gegeven de context inzichtelijk te maken welke sturingsmechanismen de zorgverzekeraar inzet om de gestelde doelen te bereiken.

Voor het vergelijken van verschillende inkooprelaties wordt gebruik gemaakt van een vergelijkende casestudie. Een vergelijkende casestudie maakt het mogelijk om dieper begrip te krijgen aangaande een specifieke onderzoeksinteresse (Suryani, 2008). Verschillende zorgverzekeraars hebben in verschillende regio's een eigenstandige inkooprelatie met ziekenhuizen. Individuele zorgverzekeraars proberen binnen die eigenstandige inkooprelatie met het ziekenhuis sturingsmechanismen in te zetten voor de inkoop van zorg. Daarbij geldt dat elke zorgverzekeraar binnen verschillende inkooprelaties in verschillende adherentiegebieden gegeven de daar spelende omstandigheden andere doelen kan nastreven en gebruik kan maken van andere sturingsmechanismen. Middels de vergelijkende casestudie wordt inzichtelijk gemaakt of de context van meer/minder concentratie binnen een adherentiegebied van invloed is op de doelen waarop zorgverzekeraars sturen en de sturingsmechanismen die zorgverzekeraars in de inkooprelatie richting ziekenhuizen inzetten.

Naast de context van meer/minder concentratie aan de vraag- en/of aanbodzijde is het samenspel tussen een zorgverzekeraar en het ziekenhuis ingebed in de context van “de individuele inkooprelatie tussen een zorgverzekeraar en een ziekenhuis”. Dat is het tweede analyseniveau. Deze individuele relatie kan namelijk zelf invloed hebben op de onderliggende cases, maar wordt tevens beïnvloed door de context van meer/minder concentratie. Binnen het tweede analyseniveau wordt specifiek gekeken naar de invloed van het wederzijdse

marktaandeel dat een zorgverzekeraar binnen een ziekenhuis heeft en wat de invloed daarvan is op de doelen die de zorgverzekeraar nastreeft en de daarbij in te zetten sturingsmechanismen.

De verkregen informatie per context en per individuele inkooprelatie wordt vervolgens onderling vergeleken. Vanwege de aard van de cases kan het zijn dat één respondent uiteindelijk als informant dient voor een verscheidenheid aan cases. Een zorginkoper van een zorgverzekeraar koopt namelijk zorg in bij meerdere ziekenhuizen in verschillende contexten van meer/minder concentratie en is tevens betrokken in meerdere individuele inkooprelaties met ziekenhuizen waarin sprake is van een groter/minder groot wederzijds marktaandeel. Voor wat betreft het tweede analyseniveau geldt dat de verschillende individuele inkooprelaties met zorgverzekeraars allen een eigen wederzijds marktaandeel kennen. De respondent vanuit het ziekenhuis kan vanuit die verschillende individuele inkooprelaties wel inzicht geven in de invloed van het wederzijdse marktaandeel met de zorgverzekeraar op de sturingsmechanismen die richting het ziekenhuis worden ingezet. Figuur 1 geeft weer hoe de verschillende inkooprelaties met elkaar vergeleken worden. Welke contextfactoren precies een rol spelen worden toegelicht vanuit het theoretische framework en gespecificeerd in het conceptueel model.



Fig.1. Invloed van context op doelen waarop zorgverzekeraars sturen en bijhorende sturingsmechanismen.

1.3. Probleemstelling

Uit de hierboven beschreven doelstelling volgt de volgende probleemstelling:

Hoe wordt het sturen op doelen en de bijbehorende inzet van sturingsmechanismen door zorgverzekeraars in de inkooprelatie met ziekenhuizen bepaald door de context van het adherentiegebied waarbinnen de inkooprelatie plaatsvindt?

1.4. Relevantie

Vanuit de literatuur is discussie gaande over de effectiviteit van marktwerking in de zorg. Enerzijds wordt aangegeven dat strategisch inkopen van zorg voor zorgverzekeraars moeilijker wordt in een gebied met meer concurrentie dan in een gebied met minder concurrentie (Klasa, Greer, & van Ginniken, 2018). Een stellinginname

die vooral gekoppeld is aan het feit dat in een concurrerend zorggebied minder verantwoordelijkheid wordt genomen door een zorgverzekeraar voor de gehele populatie binnen dat gebied. Anderzijds wordt echter gesteld dat juist een te geconcentreerde marktstructuur één van de belangrijkste hindernissen vormt om te kunnen komen tot meer sturing op volume en kwaliteit (*Halbersma, van Manen, & Sauter, 2012*). Onduidelijk is echter wat de exacte invloed van meer concurrentie is op de sturingsmechanismen die zorgverzekeraars vanuit het zorginkoopproces beschikbaar hebben richting zorgaanbieders. Ook is onduidelijk of er andere marktomstandigheden zijn die van invloed zijn op de sturingsmechanismen van zorgverzekeraars. Voorliggend onderzoek poogt dan ook extra inzichten toe te voegen binnen het wetenschappelijke spanningsveld van meer marktwerking. Dit wordt gedaan door binnen het raamwerk van gereguleerde marktwerking te kijken hoe marktconcentratie in de praktijk invloed heeft op de sturingsmechanismen die zorgverzekeraars inzetten. Bovendien wordt getoetst of er wellicht andere omstandigheden zijn dan enkel een toename van concurrerende partijen die invloed hebben op de sturing richting zorgaanbieders. Dat zou betekenen dat niet enkel ingezet dient te worden op het stimuleren van concurrentie, maar wellicht ook bekeken moet worden of ook andere marktomstandigheden gestimuleerd dienen te worden. Hierdoor kan dit onderzoek een toevoeging bieden aan het bestaande raamwerk van gereguleerde marktwerking en de kijk op de werking van enkel concurrentie daarbinnen. Naast de meerwaarde ten aanzien van de spelende wetenschappelijke discussie is dit onderzoek ook relevant voor beleidsmakers actief voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overheden.

1.5. Leeswijzer

De opbouw van voorliggend onderzoek is als volgt. Na de introductie in sectie 1 volgt inzicht in de doelstelling, probleemstelling en deelvragen van dit onderzoek. Sectie 2 geeft een toelichting op het theoretisch raamwerk. Bij het theoretische raamwerk worden de belangrijke theorieën en bijhorende theoretische concepten uitgewerkt. Sectie 3 geeft een toelichting op de context waarin het onderzoek plaatsvindt. Sectie 4 geeft inzicht in de opzet van het onderzoek en de gekozen onderzoeksmethode, waarna in sectie 5 de resultaten worden uitgewerkt. Sectie 6 bevat vervolgens de discussie. In sectie 7 worden de conclusies en aanbevelingen uitgewerkt.

2. Theoretisch raamwerk

Dit hoofdstuk beschrijft het theoretische raamwerk. Het theoretisch raamwerk is zo opgebouwd dat inzicht wordt gegeven in de verschillende structuren en theoretische concepten die bij zorginkoopprocessen naar voren komen. Daarvoor wordt direct een link gelegd naar de gezondheidszorg. Focus ligt daarbij vooral op het Nederlandse zorgstelsel waarin een prominente rol is neergelegd bij zorgverzekeraars. Zorginkopers kopen namens die zorgverzekeraars in Nederland zorg in. In voorliggend stuk wordt de zorginkoper dan ook aangeduid met zorgverzekeraar. Daarmee wordt eerst breed begonnen en stilaan meer direct toegewerkt naar voorliggend onderzoek.

Daarvoor wordt in 2.1 allereerst het concept inkoop en overeenkomsten uitgewerkt. Daarna wordt in 2.2 ingegaan op inkooprelaties, waarna paragraaf 2.3 ingaat op sturingsmechanismen die in relatie tot het inkoopproces naar voren komen. Paragraaf 2.4 beschrijft concurrentie in de zorg. In 2.5. wordt juist de zorgverzekeraar als regisseur verder uitgewerkt. Als laatste wordt in 2.6. ingegaan op het begrip marktconcentratie.

2.1. Zorginkoop en zorginkoopovereenkomsten

Gezondheidszorg is een intensieve en complexe service, wat maakt dat het inkopen ervan eveneens complex is en kostbaar (Temin & Maxwell, 2003). Regelmatig vormt de wijze van inkoop daarbij het principe van fee-for-service. Dat betekent dat een vooraf uitonderhandeld bedrag wordt afgesproken voor een service (een ingreep, een behandeling) en dat dit bedrag vervolgens ook betaald wordt voor elke uitgevoerde en gedeclareerde service. Alhoewel er wel vanuit wordt gegaan dat het verlenen van zorg positief bijdraagt aan de gezondheid van een patiënt, is het voor de vergoeding van zorg niet belangrijk of de uitgevoerde handeling ook kwalitatief bijdraagt aan de uitkomst van zorg voor de patiënt (Steenhuis, Struijs, Koolman, Ket, & van der Hijden, 2020). Zorgverzekeraars voeren eigenstandige onderhandelingen met de zorgaanbieders. Tijdens de zorginkoop probeert iedere zorgverzekeraar met zorgaanbieders de beste contractafspraken te maken voor hun verzekerden. Daarmee is het proces van zorginkoop een belangrijk sturingsmechanisme voor zorgverzekeraars binnen het model van gereguleerde marktwerking. Via de zorginkoop kunnen zorgverzekeraars namelijk invloed uitoefenen op de inhoud van de zorgdienstverlening.

Het eigenstandig voeren van onderhandelingen door zorgverzekeraars met zorgaanbieders heeft bredere effecten en vraagt afwegingen voor zorgverzekeraars. Doordat zorgverzekeraars namelijk eigenstandig afspraken maken met zorgaanbieders neemt het aantal onderhandelingen toe en ook het aantal te maken afspraken. Dit zorgt voor meer diversiteit in de contractafspraken. Lapré et al. (1999) spreken in dat kader van toenemende transactiekosten voor zorgverzekeraars. Een term die voortkomt uit de transactiekostentheorie van Williamson (Kaiser, 1995).

Kijkende naar voorliggend onderzoek is het belangrijk te realiseren dat bij de sturingskeuzes van zorgverzekeraars ook de transactiekosten die erbij komen kijken belangrijk zijn. Transactiekosten kunnen daarbij omschreven worden als kosten die voortkomen uit het voorbereiden, sluiten, uitvoeren en naleven van gemaakte afspraken tussen partijen (*Wilthagen, 2003*).

Zorgverzekeraars moeten binnen het inkoopproces dan ook een afweging maken tussen de kosten die gemoeid zijn met de afgesproken transacties en het doel dat zij wensen te bereiken. Dat geldt niet alleen in de fase van inkoop maar ook in de fase van opvolging en controle. Jensen en Meckling omschrijven deze kosten in hun Agency Theory als 'agency costs' (1976), welke zij definiëren als "de som van de monitoring kosten, bonding kosten (kosten die samengaan met de benodigde informatieverstrekking om het nakomen van afspraken aan te tonen) en residuele verliezen (kosten als gevolg van deficiënties in het systeem)" (*Jensen & Meckling, 1976, p. 308*). Het is voor zorgverzekeraars dus belangrijk om tijdens de zorginkoop een afweging te maken tussen de wens te sturen op onderdelen en de transactiekosten die daarmee gemoeid gaan.

Evenals in andere markten leidt het inkoopproces in de zorg ertoe dat zorgverzekeraars als inkoper en zorgaanbieders als verkoper afspraken vastleggen in overeenkomsten. Daarmee vormen contracten een raamwerk voor het toewijzen van financiële afspraken en bijhorende risico's (*Allen & Petsoulas, 2016*). Ook de uitwerking van de andere overeengekomen sturingselementen dienen geïncorporeerd te worden in de overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Om de gereguleerde marktwerking in Nederland te monitoren en evalueren heeft de Nederlandse Zorgautoriteit de opdracht gekregen om de gemaakte contractafspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen te blijven monitoren. Dit hebben zij gedaan in de vorm van een inhoudsmonitor medisch-specialistische zorg (*NZa, 2019*). Daarin zien zij terugkomen dat de sturingsmechanismen die vanuit het inkoopproces in de overeenkomsten terugkomen, zijn onder te verdelen in financiële afspraken en niet-financiële afspraken. Uitzondering daarop vormen gebundelde betalingen waarbij zorgverzekeraars zowel financiële als niet-financiële afspraken laten terugkeren in de overeenkomsten. Waar bij een prijssturing namelijk vooral sprake is van een fee-for-service constructie, ligt bij gebundelde betalingen nadruk op de uitkomst van een reeks van services (*Steenhuis, Struijs, Koolman, Ket, & van der Hijden, 2020*). Bij gebundelde betalingen geldt dat de reeks aan services niet enkel uitgevoerd hoeft te worden door één zorgaanbieder. In plaats daarvan is het mogelijk dat betaling plaatsvindt op basis van een geheel klinisch zorgpad dat over zorgaanbieders heen loopt. Daardoor kunnen zich veel vormen van gebundelde betalingen voordoen in contracten. Tegelijkertijd geven Steenhuis et al. (2020) ook aan dat gebundelde betalingen nog erg nieuw zijn en een andere vorm van samenwerken vraagt. Doordat noch de contractmonitor van de NZa, noch Steenhuis et al. (2020) ingaan op de invloed van markconcentratie op het aangaan van gebundelde betalingsvormen, is het vooralsnog onduidelijk hoe zorgverzekeraars deze

betalingsvormen exact gaan inzetten om te kunnen sturen op kostenbeheersing. Wel kan over overeenkomsten in het algemeen gesteld worden dat overeenkomsten in de gezondheidszorg zelden tot nooit compleet zijn als gevolg van de vele invloeden op het systeem (Allen & Petsoulas, 2016). Zo wordt de gezondheidszorg gekenmerkt door een hoge mate van onzekerheid en een asymmetrie in de informatievoorziening.

2.2. Inkooprelaties

2.2.1. Driemarktenmodel in de gezondheidszorg

In de gezondheidszorg in een gereguleerde zorgmarkt is sprake van een driemarktenmodel. In het driemarktenmodel zijn drie actoren te onderscheiden die gezamenlijk de inkooprelaties in de zorg weergegeven. Dit is de zorgverzekeraar als financier van de zorg, de zorgaanbieder als leverancier van zorg en de zorgvragende patiënt. In figuur 2 worden de onderlinge relaties zoals omschreven door Lapré en van Montfort weergegeven.

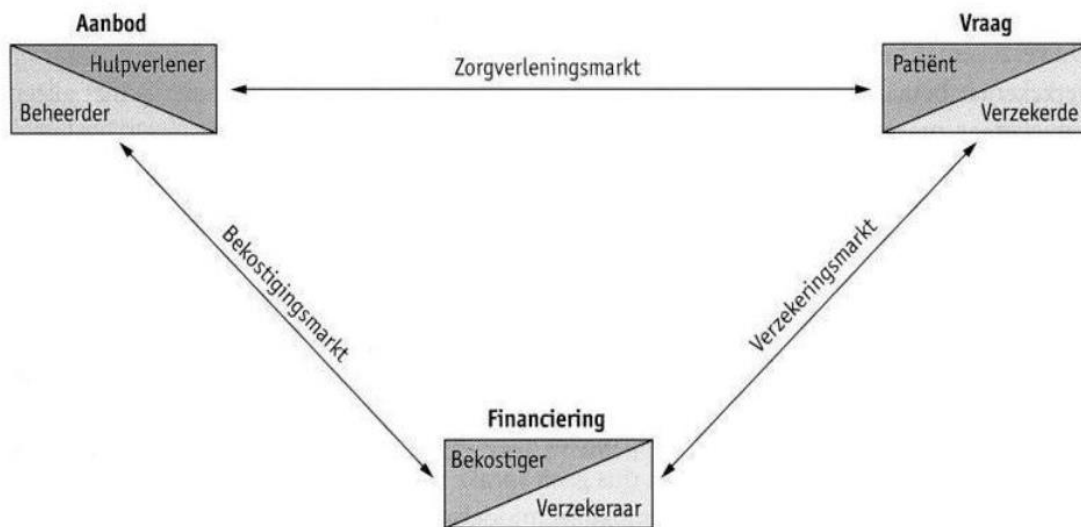


Fig.2. Lapré en Van Montfort (1999) geven het driemarktenmodel conform bovenstaand figuur weer.

Het model kent drie deelmarkten: de verzekeringsmarkt, de zorgverleningsmarkt en de bekostigingsmarkt. Door de onderlinge afhankelijkheid van de verschillende markten hebben veranderingen in één markt ook gevolgen voor de andere markt. Iedere actor in het driemarktenmodel heeft in ieder geval twee stakeholders waarmee rekening gehouden dient te worden. Zo zijn verzekerden voor zorgverzekeraars de directe klant, terwijl zorgverzekeraars de zorgaanbieders nodig hebben om hun klanten daadwerkelijk zorg te kunnen bieden. Zorgverzekeraars kopen daarbij via zorgaanbieders zorg in voor hun verzekerden. Zorgaanbieders zijn voor hun bestaanszekerheid weer

afhankelijk van de financiën die zij krijgen van de zorgverzekeraars. Naast die continue afhankelijkheid tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder bestaat er ook een continue link naar de, in het geval van de zorgaanbieder, zorgvragende patiënt of de, in het geval van de verzekeraar, verzekerde klant. Een zorgverzekeraar kan niet bestaan zonder verzekerden, terwijl een zorgaanbieder niet kan bestaan zonder patiënten die een zorgvraag hebben waarvoor de aanbieder een oplossing kan bieden. Deze continue onderlinge afhankelijkheid tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden wordt een triadische relatie genoemd.

Een standaard triadische relatie bestaat uit een koper, een leverancier en een klant. Kenmerkend voor een triadische relatie is het feit dat er een onderlinge afhankelijkheid bestaat tussen de koper, de leverancier en de klant (*Wynstra, Spring, & Schoenherr, 2015*). Cruciaal is dat iedere partij binnen de triadische relatie een directe relatie heeft naar beide andere partijen. Die relatie kan constant aanwezig zijn of tijdelijk. Binnen het driemarktenmodel in de gezondheidszorg is deze triadische relatie tussen de zorgverzekeraar, als koper, de zorgaanbieder, als leverancier, en de verzekerden, als klant, aanwezig op het moment dat een verzekerde een zorgvraag heeft. In de tussentijd moeten zorgverzekeraars begrijpen wat hun verzekerden in potentie aan zorg nodig hebben en daarop ook hun zorgaanbod inkopen bij zorgaanbieders.

Zowel zorgverzekeraar als zorgaanbieder dienen de verzekerde patiënt waarde te bieden. Porter et al. (2013) geven in dat kader aan dat de overkoepelende gezondheidszorg gericht dient te sturen op het verhogen van de waarde die de zorg voor de verzekerde patiënten heeft. Voor het definiëren van waarde geven Porter et al. (2013) aan dat het belangrijk is de aantoonbaar gerealiseerde resultaten voor de patiënt af te zetten tegen de daarbij gemaakte kosten. Om daadwerkelijk die waarde voor de verzekerde patiënt te realiseren moet in het inkoopproces actief gestuurd worden op een aantal doelen. Eijkenaar en Schut (2015) beschrijven een vijftal dimensies waarop zorgverzekeraars zouden moeten sturen om waarde voor de verzekerde patiënt te realiseren. Achtereenvolgens zijn dit de kwaliteit van zorg, kostenbewustzijn, effectiviteit als zijnde de coördinatie van zorg en het realiseren van substitutie van zorg, effectieve innovatie en effectieve inzet van preventie. Heijink et al. (2013) benoemen eveneens efficiëntie, kostenbeheersing, kwaliteitsverbetering en innovatie als de vier belangrijkste doelen waarop zorgverzekeraars binnen het model van gereguleerde marktwerking zouden moeten sturen.

In het geval zorgverzekeraar en zorgaanbieder eenzelfde doel wensen na te streven zullen zij zich moeten focussen op het realiseren van aantoonbare resultaten voor de verzekerde patiënt en/of het verlagen van de kosten. Het leveren van die resultaten dient door de zorgaanbieder gedaan te worden. De zorgverzekeraar kan daartoe enkel proberen hierop zoveel als mogelijk te sturen middels afspraken. Afspraken waar de continuïteit van zorgaanbieders weer vanaf hangt. Hierdoor ontstaat een zekere mate van wederkerigheid, welke volgens Cascario

en Piskorski (2005) vanuit de resource dependence theory (Pfeffer & Salancik, 2003) omschreven kan worden als 'interdependence'. Om het begrip 'interdependence' helder te krijgen, is het belangrijk eerst wat achtergrondinformatie te geven over de resource dependence theory.

2.2.2. Interdependence en Resource Dependence Theory

Resource Dependence Theory (Pfeffer & Salancik, 2003) gaat ervanuit dat het succes van organisaties niet alleen afhangt van de interne organisatiestructuur, maar altijd in ieder geval deels afhangt van de externe omgeving. Voor het duiden van deze afhankelijkheid bestaat consensus over een tweetal relevante theoriebegrippen, resource en dependence. Een resource is daarbij alles dat voor degene die het wenst te hebben, de actor, als waardevol wordt gezien. Dependence kan omschreven worden als een product of dienst dat in beheer is van één organisatie of slechts een beperkt aantal organisaties terwijl het van waarde is voor het realiseren van doelstellingen van een andere organisatie. Hierdoor ontstaat voor het andere bedrijf een afhankelijkheid naar de organisatie die het betreffende product in beheer heeft.

Frooman (1999) heeft vervolgens een link gelegd tussen de mate van afhankelijkheid van een organisatie en de sturing die hierdoor op de andere organisatie kan worden uitgeoefend. Hierbij geldt dat hoe groter de afhankelijkheid van de ene organisatie naar de andere organisatie is, hoe meer sturing er op de afhankelijke organisatie kan worden uitgeoefend. Feitelijk wordt voor de invloed van de afhankelijkheidsrelatie door Frooman (1999) onderscheid gemaakt tussen twee actoren, de afhankelijke organisatie en de dominante organisatie. Dominant in deze relatie is de organisatie die het gewenste product of dienst in beheer heeft en dus ook kan controleren. Afhankelijk is de organisatie die het betreffende product of de dienst nodig heeft, terwijl de organisatie het product of de dienst niet in eigen beheer heeft.

Binnen de gezondheidszorg bestaat een grote mate van onderlinge afhankelijkheid tussen de partijen. Porter en Teisberg (2004) geven aan dat dit samenhangt met het feit dat specifiek binnen de gezondheidszorg sprake is van een hoge mate van regulatie vanuit overheden. Zo is binnen de gereguleerde marktwerking in Nederland een zorgplicht neergelegd bij zorgverzekeraars. Inhoudend dat verzekerden erop moeten kunnen rekenen dat zij de zorg krijgen die zij nodig hebben. Concreet betekent dit dat verzekerden moeten kunnen vertrouwen op voldoende, kwalitatief goede en betrouwbare zorg (NZa, 2011) en dat zorgverzekeraars in het inkoopproces dan ook erop dienen te sturen dat dit gerealiseerd wordt. Wilging et al. (2015) geven aan dat een zorgplicht kan leiden tot een hoge onderlinge afhankelijkheid. Zo kan het voorkomen dat er gebieden zijn met weinig of zelfs maar een enkele zorgaanbieder. In die situatie zijn de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder op elkaar aangewezen. Andersom

kan het voorkomen dat er juist veel zorgaanbieders voorkomen in een bepaalde regio en de zorgverzekeraar kan kiezen welke zorg wel en welke zorg niet wordt ingekocht. Maarse et al. (2016) concluderen in hun onderzoek dat zorgaanbieders van mening zijn dat in de afhankelijkheidsrelatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder meer voor zorgaanbieders geldt dan voor zorgverzekeraars. Dit hangt met name samen met het feit dat het de zorgverzekeraars zijn die in het inkoopproces kunnen sturen op het al dan niet aangaan van een overeenkomst met bijhorende volumeafspraken. Dat maakt dat zorgaanbieders voor hun financiën afhankelijk zijn van zorgverzekeraars.

In het onderzoek van Cascario en Piskorski (2005) wordt aangegeven dat wederzijdse afhankelijkheid een positief effect heeft op het overnemen van producten of diensten door de afhankelijke organisatie, terwijl machtsongelijkheid een negatieve uitwerking geeft. Ten aanzien van de zorg betekent dit dat zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder in de inkooprelatie eerder geneigd zal zijn om tot bredere afspraken te komen als de wederzijdse afhankelijkheid groter is. Zo zou een zorgverzekeraar eerder extra volume op een bepaald zorgproduct accepteren als de wederzijdse afhankelijkheid groter is. Om die machtsverhouding tussen organisaties in balans te krijgen, moet de wederzijdse afhankelijkheid tussen beide organisaties even groot zijn. Dit kan het geval zijn als de wederzijdse afhankelijkheid van beiden laag, gemiddeld of hoog is. Cascario en Piskorski (2005) geven deze verhouding in figuur 3 middels negen configuraties weer.

j's Dependence on i

		Low (1)	Medium (2)	High (3)
i's Dependence on j	High (3)	Configuration 7: Power imbalance: 2 Mutual dependence: 4	Configuration 8: Power imbalance: 1 Mutual dependence: 5	Configuration 9: Power imbalance: 0 Mutual dependence: 6
	Medium (2)	Configuration 4: Power imbalance: 1 Mutual dependence: 3	Configuration 5: Power imbalance: 0 Mutual dependence: 4	Configuration 6: Power imbalance: 1 Mutual dependence: 5
	Low (1)	Configuration 1: Power imbalance: 0 Mutual dependence: 2	Configuration 2: Power imbalance: 1 Mutual dependence: 3	Configuration 3: Power imbalance: 2 Mutual dependence: 4

Fig.3. De negen configuraties van machtsongelijkheid en wederzijdse afhankelijkheid zoals opgesteld door Cascario en Piskorski (2005).

De grijze vlakken in de tabel illustreren de condities waaronder de afhankelijkheid voor beide partijen even groot is. Dat is tegelijkertijd de conditie waarin een machtsbalans aanwezig is. In de andere situaties is steeds sprake van een zekere mate van machtsongelijkheid. Machtsongelijkheid kan onder andere ontstaan doordat voor één van de partijen meer alternatieve partners aanwezig zijn dan voor de andere of doordat één van de partijen meer afhankelijk is van de producten of diensten van de andere partij dan omgekeerd. Binnen de bekostigingsmarkt van de gezondheidszorg in het model van Lapré en Van Montfort (1999) kan het model van Cascario en Piskorski (2005) eveneens toegepast worden. Een zorgverzekeraar is in een gebied waarin slechts weinig zorgaanbieders aanwezig

zijn meer afhankelijk van de zorgaanbieder dan in een gebied waarin meerdere zorgaanbieders aanwezig zijn. Dat heeft invloed op de sturingsmechanismen die een zorgverzekeraar dan kan inzetten. Zo wordt het moeilijker om te sturen op voorwaarden aan inzetten van zorg door de zorgaanbieder, omdat de zorgaanbieder dan in de positie verkeert om te dreigen helemaal geen zorg meer te leveren voor de betreffende zorgverzekeraar.

2.3. Inkooprelaties en sturingsmechanismen

2.3.1. Macht en onderlinge afhankelijkheid

In de beschreven dynamiek vanuit de resource dependence theory poogt de dominante organisatie haar invloed op de afhankelijke organisatie steeds verder te vergroten, terwijl aan de andere kant de afhankelijke organisatie probeert om de afhankelijkheid naar de dominante organisatie juist te verkleinen. Daar waar een dominante organisatie poogt haar invloed verder te vergroten, wordt gesproken over 'control strategies' (Pfeffer & Salancik, 2003). Hiervoor kan de dominante organisatie een tweetal sturingsmechanismen inzetten:

1. Onthouding.
2. Voorwaarden koppelen aan het kunnen inzetten van bepaalde vormen van zorgverlening.

Bij onthouding kiest de dominante partij, al dan niet tijdelijk, ervoor het door de afhankelijke organisatie gewenste product of financiering niet te leveren. Doel van deze onthouding is het bewerkstelligen van een verandering bij de afhankelijke organisatie (Frooman, 1999). In een dergelijke situatie hoeft de dominante organisatie soms enkel te dreigen met het inzetten van onthouding om een resultaat te bereiken. Voorwaarde is dan wel dat de afhankelijke organisatie het gevoel moet hebben dat de dreiging realistisch is.

In het geval dat de dominante organisatie ervoor kiest om voorwaarden te stellen aan het gebruik, worden er kaders vastgelegd waarbinnen de afhankelijke organisatie toegang krijgt tot het product of de dienst. Ook het koppelen van voorwaarden aan het gebruik beoogt een verandering bij de afhankelijke organisatie te bewerkstelligen. De toegang wordt echter niet direct stopgezet. In plaats daarvan wordt gestuurd op de voorwaarden waaronder het gebruik toegestaan is.

Waar de dominante organisatie middels 'control strategies' probeert haar invloed te vergroten, probeert de afhankelijke organisatie juist de afhankelijkheid terug te dringen. In het reguliere bedrijfsleven wordt door de afhankelijke partij meermaals ervoor gekozen om de toegang tot het product of de dienst, waardoor de afhankelijkheid bestaat, geheel of gedeeltelijk over te nemen. Deze overname wordt ook wel 'constraint absorption' genoemd (Cascario & Piskorski, 2005). In de praktijk is het echter niet altijd mogelijk voor de

afhankelijke organisatie om tot overname over te gaan. De afhankelijke organisatie zou in plaats daarvan de volgende strategieën kunnen inzetten:

- Terugdringen van de afhankelijkheid van de organisatie naar de dominante organisatie. Dit kan door te zoeken naar nieuwe bronnen voor het betreffende product of de betreffende dienst.
- Samenwerking zoeken met een derde partij om zo tegendruk uit te oefenen op de dominante organisatie. Een voorbeeld hiervan is samenwerking met de media door Nederlandse ziekenhuizen. Daarmee proberen zij het publieke debat richting de zorgverzekeraar te beïnvloeden om zo een koerswijziging af te dingen.
- Meer nadruk leggen op het gezamenlijke belang tussen de afhankelijke organisatie en de dominante organisatie. Hiermee poogt de afhankelijke organisatie een goede samenwerking van groter belang te laten zijn voor de dominante organisatie.

2.3.2. *Agency theorie*

In paragraaf 2.1. werd reeds aangegeven dat zorgverzekeraars binnen het inkoopproces een afweging moeten maken tussen de kosten die gemoeid zijn met de afspraken die gemaakt zijn in het inkoopproces en het doel dat zij met deze afspraken wensen te bereiken. Wil de zorgverzekeraar daarin een passende afweging maken, dient verder gekeken te worden dan enkel het uitoefenen van macht en het benutten van de afhankelijkheidsrelatie. Een mogelijkheid om dit te doen is door gebruik te maken van de agency theorie. De agency theorie bekijkt een relatie tussen partijen vanuit de principes concurrentie, beheersing en sturing. Het gaat ervanuit dat de betrokken partijen het maximale uit hun onderlinge afspraken wensen te halen (*Smith, Stepan, Valdmanis, & Verheyen, 1997*). Door het aangaan van een overeenkomst zijn partijen op elkaar aangewezen. De zorgaanbieder is daarin de opdrachtnemer, ook wel agent genoemd, en voert uit wat de zorgverzekeraar verwacht. De zorgverzekeraar wordt daarbij de principaal genoemd. Voor het uitvoeren van hetgeen de zorgverzekeraar opdraagt, ontvangt de zorgaanbieder een vergoeding. *Smith et al. (1997)* wijzen in dat kader erop dat de zorgverzekeraar daarmee een deel van de eigen beslissingsbevoegdheid uit handen geeft. De zorgverzekeraar kan immers niet meer volledig zelf bepalen hoe de opdrachtnemer de zorg precies dient uit te voeren. Aangezien de zorgverzekeraar niet zelf de zorg kan uitvoeren, zal deze altijd afspraken hierover moeten maken met zorgaanbieders.

Om bij het maken van de afspraken alsnog te kunnen sturen op de beslissingen die de zorgaanbieder kan nemen, kan de zorgverzekeraar vanuit de agency theorie ervoor kiezen om sturingsmechanismen in te zetten. *Jensen en Meckling (1976)* wijzen in dat kader op drie mogelijke sturingsmechanismen:

- Financiële beloningen.
- Beheersing door terugdringen van de vrije keuzemogelijkheden van de agent.

- Sturen op basis van verkregen informatie die de zorgverzekeraar van de zorgaanbieder krijgt of die de zorgverzekeraar verkrijgt op basis van meerdere zorgaanbieders tezamen.

Alle drie de sturingsmechanismen kan de principaal, in casu de zorgverzekeraar, inzetten om te sturen op de wijze waarop de zorgaanbieder haar opdracht uitvoert. Daar staat echter tegenover dat alle drie de sturingsmechanismen ook een bepaalde mate van kosten met zich meebrengen voor de zorgverzekeraar. In agency theorie termen worden deze kosten transactiekosten genoemd. Jensen en Meckling (1976) delen ook deze kosten op in:

- Monitoringskosten. Dit zijn kosten die samengaan met uit te voeren acties ten behoeve van controle en toezicht houden op de zorgaanbieder.
- Bondingskosten. Betreffen kosten die de zorgverzekeraar moet maken richting de zorgaanbieder om onderlinge verbondenheid te waarborgen, bijvoorbeeld door het delen van informatie met betrekking tot efficiëntie.
- Restkosten. Dit zijn kosten die ontstaan, omdat het systeem dat de zorgverzekeraar opzet nooit volledig kan zijn. In de zorg uit zich dit bijvoorbeeld doordat er een kennisverschil bestaat tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar kan dan een perfect systeem inrichten, de uitvoeringspraktijk is echter weerbarstiger en bevat een kennisvoordeel voor zorgprofessional. Er zullen daardoor altijd restkosten ontstaan.

Onder aan de streep is het dus zo dat alle kosten die de zorgverzekeraar, als principaal maakt, samengaan met het uitvoeren van de controlerende en toezichthoudende taken richting de zorgaanbieder. Jensen en Meckling gebruiken hiervoor in hun onderzoek de term agency kosten, welke zij zelf definiëren als “de som van de monitoringskosten, bondingskosten (kosten die samengaan met de benodigde informatieverstrekking om het nakomen van afspraken aan te tonen) en residuele verliezen (kosten als gevolg van deficiënties in het systeem)” (Jensen & Meckling, 1976, p. 308). Het is voor zorgverzekeraars dus belangrijk om tijdens de zorginkoop een afweging te maken tussen de wens te sturen op onderdelen en de transactiekosten die daarmee gemoeid gaan.

2.3.3. Stewardship theorie

Kijkende naar de huidige onderzoeksliteratuur zijn er twee dominante stromingen te herkennen als het gaat om concurrentie tussen zorgverzekeraars. Eén stroming concentreert zich daarbij op het theoretische model van gereguleerde marktwerking, waarbij een toename van concurrerende actoren ervoor dient te zorgen dat kwalitatief hoogwaardige zorg wordt ingekocht voor een concurrerende prijs (Enthoven, 1993). Daar staat echter de andere wetenschappelijke stroming tegenover dat een toename aan concurrerende zorgverzekeraars het juist moeilijker maken om tijdens het zorginkoopproces te sturen op de inhoud en kwaliteit van zorg.

Waar de agency theorie sturing veel meer bekijkt vanuit concurrentieprincipes, richt de stewardship theorie zich veel meer op samenwerking en onderling vertrouwen (*Davis, Schoorman, & Donaldson, 1997*). De stewardship theorie gaat ervan uit dat partijen in de basis op een goede manier naar elkaar handelen. Dat maakt dat het voor de zorgverzekeraar als principaal niet noodzakelijk is om te sturen op controle en toezicht, waardoor transactiekosten significant teruggebracht kunnen worden. Sturingsmechanismen die voortkomen uit de stewardship theorie richten zich dan ook meer op wederzijds vertrouwen en samenwerking.

Kumar (1996) concludeert in dat kader wel dat de exclusiviteit van de relatie hierbij van belang is. Daarbij geldt dat hoe exclusiever een onderlinge relatie is, hoe meer kans er is dat vertrouwen als basis van de relatie wordt aangenomen. Dit omdat partijen wederzijds op elkaar zijn aangewezen en voordeel hebben bij het delen van informatie en het investeren in elkaars informatiestromen. Toegepast op de zorgpraktijk zou dit dus kunnen betekenen dat in een context waarin een zorgverzekeraar een groot marktaandeel heeft bij een zorgaanbieder die actief is in een regio met weinig andere zorgaanbieders, eerder gestuurd kan worden op basis van vertrouwen en samenwerking.

2.4. Concurrentie in de zorg

Binnen het model van geregleerde marktwerking wordt aangestuurd op concurrentie tussen de aanwezige actoren (*Enthoven, 1993*). Deze aansturing vindt plaats op basis van marktprincipes die hun oorsprong vinden binnen de micro-economische principes voor competitie. Inhoudend dat partijen onderling concurreren in een systeem waarin beloning plaatsvindt voor aanbieders die het beste aan kunnen sluiten bij hun klanten. Waarborging van de publieke waarden vindt plaats door het vaststellen en naleven van duidelijke regels. Hierdoor dienen in ieder geval de publieke waarden toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg gegarandeerd te zijn voor eenieder (*van de Ven & Schut, 2008*).

Toegankelijkheid wordt gegarandeerd in de vorm van keuzevrijheid voor patiënten. Betaalbaarheid dient gegarandeerd te worden door patiënten niet individueel te laten onderhandelen over kosten, maar dat gezamenlijk te laten doen door zorginkopende organisaties. Hierdoor neemt de onderhandelingskracht van patiënten toe (*Heijink, Mosca, & Westert, 2013*). Daarmee verschilt geregleerde marktwerking nadrukkelijk van een standaardmarkt. Waar goederen en diensten in een standaard consumentenmarkt namelijk geleverd worden door een leverancier aan de ene kant en afgenomen door een individuele klant aan de andere kant, zouden de belangen van individuele klanten in een geregleerde zorgmarkt gebundeld behartigd moeten worden door een zorginkopende organisatie (*Enthoven, 1993*).

Landen die ervoor hebben gekozen gereguleerde marktwerking te implementeren op basis van competitie op basis van gebundelde belangen, hebben hiervoor een nadrukkelijke taak belegd bij zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars dienen op basis van gegevens en expertise de juiste zorg in te kopen voor hun verzekerden. Zij worden hierin extra getriggerd doordat verzekerden jaarlijks de mogelijkheid hebben om te switchen naar een andere verzekeraar die beter aansluit bij hun vraag (*Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2016*). Zorgverzekeraars kunnen hierop inspringen door zorg slechts selectief of gedifferentieerd in te kopen. Inhoudend dat zij niet meer alle vormen van zorg bij alle zorgaanbieders inkopen maar hierin keuzes maken (*NZa, 2019*). De uitwerking van deze concurrentie vindt eveneens plaats binnen de bekostigingsmarkt van het driemarktenmodel (*Lapré & van Montfort, 1999*). Concurrentie tussen zorgverzekeraars in een gereguleerde zorgmarkt vindt dan ook vooral plaats in de sturingsmechanismen naar zorgaanbieders.

Zorgverzekeraars concurreren onderling op basis van premie die verzekerden moeten betalen, service voor hun klanten en de kwaliteit van zorg die zij kunnen bieden via de gecontracteerde zorgaanbieders (*Enthoven & van de Ven, 2007*). Om concurrerend te kunnen zijn, moeten zorgverzekeraars in het inkoopproces richting zorgaanbieders afspraken maken door te sturen op de doelen prijs van zorg, volume, toegankelijkheid en kwaliteit. Aangaande deze sturingsmechanismen van zorgverzekeraars bestaat de meeste consensus over de sturing op prijs. Een gegeven dat opvallend is omdat de zorgverzekeraars niet enkel financier zijn, maar op bredere wijze dienen te concurreren. Daarmee lijkt de overmatige focus op prijsonderhandelingen haaks te staan op het uitgangspunt van een gereguleerde zorgmarkt, welke ervan uitgaat dat verzekeraars door concurrentie getriggerd worden om zich meer te gaan richten op waardegedreven zorginkoop. Waarde kan in dat kader volgens Porter en Lee (*2013*) omschreven worden als de gezondheidsuitkomsten die bereikt zijn bij een bepaalde verzekerde en ook daadwerkelijk meerwaarde hebben voor de patiënt zelf in relatie tot de kosten die gemoeid zijn met het bereiken van die uitkomsten. Vooralsnog is het echter onduidelijk of competitie in gezondheidszorg daadwerkelijk leidt tot kwaliteitsverbetering (*Gaynor, 2007*).

2.5. De zorgverzekeraar als regisseur

Het feit dat gezondheidszorgsystemen, ondanks alle pogingen meer marktwerking in de zorg te realiseren, wereldwijd geconfronteerd blijven worden met toenemende kosten, maakt dat er in de literatuur ook twijfel bestaat of concurrerende partijen wel de oplossing kunnen bieden. In dat kader wordt erop gewezen dat zorgverzekeraars meer dienen te zijn dan enkel financier van zorg. Een zorgverzekeraar dient helder te hebben hoe de populatie in een bepaald gebied is opgebouwd en welke zorg daarvoor niet enkel nu nodig is, maar ook in de toekomst. Inhoudend dat een zorgverzekeraar zich verantwoordelijk moet voelen voor de hele populatie in het

gebied waarvoor zorg wordt ingekocht. Dat vraagt veel meer een regisserende rol van zorgverzekeraars dan een concurrerende rol (*Zuiderent-Jerak, Grit, & Van der Grinten, 2011*).

Onderzoek laat dan ook zien dat een toename van het aantal zorgverzekeraars dat zorg inkoopt in een bepaald gebied belemmerend werkt voor het uitvoeren van een regisserende rol. Hoe meer zorgverzekeraars actief zijn bij de zorginkoop in een bepaald gebied, hoe minder verantwoordelijk één zorgverzekeraar zich voelt voor de gehele populatie in dat gebied (*Klasa, Greer, & van Ginniken, 2018*). Wil in een dergelijke situatie passende zorg geleverd worden, moet aangestuurd worden op coördinatie en afstemming. Kotler en Keller (*2015*) benadrukken in dat kader dat door de cliënt centraal te zetten middels afstemming en coördinatie een effectiever en tevens efficiënter proces gerealiseerd kan worden. Het afstemmen van verschillende primaire en/of ondersteunende bedrijfsactiviteiten wordt ketenintegratie genoemd (*Mentzer, et al., 2001*). Partijen werken onderling dan op een dusdanige wijze samen dat zij ervoor proberen te zorgen dat de cliënt zo min mogelijk merkt dat verschillende actoren binnen de keten betrokken zijn.

Bij ketenintegratie zou de partij die het grootste is, de meeste economische macht kan uitoefenen en de grootste groep representeert een leidende rol op zich moeten nemen (*Lambert, Cooper, & Pagh, 1998*). Deze grootste partij zou dan de regionale coördinatie kunnen uitvoeren om de vraag af te stemmen op de behoeften van de klant. Voornoemd uitgangspunt zou ook implicaties kunnen hebben voor de sturingsmechanismen die zorgverzekeraars inzetten in een bepaalde context. In een context met een duidelijke zorgverzekeraar als marktleider zou deze marktleider de regierol op zich kunnen nemen. Andere verzekeraars, met een kleiner marktaandeel, zouden dan de regie-voerende marktleider kunnen volgen in hun sturingskeuzes. In hoeverre de andere zorgverzekeraars aansluiten bij de marktleider, wordt medebepaald door de manier waarop de marktleider de regie naar zich toetrekt. Onderzoek laat daarin namelijk zien dat ketenpartijen zich eerder in hun taak conformeren als zij tevreden zijn met de wijze waarop de leider de regievoering aanpakt (*Canterino, Cirella, Piccoli, & Shani, 2020*). De marktleidende zorgverzekeraar zal daarvoor inzicht moeten geven in de sturingsmechanismen die worden toegepast.

2.6. Marktconcentratie

Zorg levert een belangrijke bijdrage aan het bruto nationaal product over de gehele wereld. In de afgelopen dertig jaar is het zorgaandeel binnen het bruto nationaal product zelfs fors toegekomen. Het zorgaandeel is niet alleen groot, het is ook flink onderhevig aan structuurveranderingen (*Gaynor & Town, 2011*). De wisseling naar een meer gereguleerde markt is in dat kader hierboven reeds toegelicht. Eén specifiek onderdeel verdient hierbij echter nog extra aandacht, namelijk het begrip marktconcentratie.

Om het begrip marktconcentratie te duiden, is het belangrijk dat eerst het begrip markt zelf wordt gedefinieerd. Hierbij focussen we op het begrip geografische markt. Bij traditionele analyses worden geografische markten bepaald op basis van patiëntenstromen in bepaalde geografische gebieden (*Dranova & White, 1998*). Wanneer een significant gedeelte van de patiënten zorg gaat zoeken buiten de gevormde geografische markt, wordt de bestaande geografische markt verbreed. Onderliggend aan deze definitie wordt vanuit de literatuur aangegeven dat er nogal wat conceptuele discussiepunten spelen. Baker (2001) onderscheidt in dat kader een vijftal belangrijke conceptuele issues. Eén daarvan betreft het identificeren van de geografische markt.

In een reguliere markt wordt gesteld dat partijen met elkaar concurreren als klanten de betreffende partijen als onderling substitueerbaar beschouwen. Inhoudend dat, indien door de klant gewenst, klanten zonder meer van de één naar de ander kunnen overstappen. Dat is echter anders binnen de gezondheidszorg. Wanneer daar gekeken wordt naar de definitie van een geografische markt, kijkt men vooral naar het geografische gebied dat voor metingen meegenomen moet worden in plaats van een inhoudelijke argumentatie (*Baker, 2001*). Dat maakt de uiteindelijke afbakening enigszins arbitrair. Niettemin worden hierin de praktijk wel afwegingen gemaakt en wordt de geografische markt vastgesteld. Nadat deze vaststelling heeft plaatsgevonden, kan het aantal concurrenten bepaald worden door het identificeren van alle mogelijke concurrenten die binnen dat afgebakende gebied actief zijn. De mate van concurrentie kan vervolgens bepaald worden door gebruik te maken van informatie over aantal, kenmerken en de mate van overlap (*Baker, 2001*).

Vanuit economisch perspectief wordt de aanwezigheid van meer ondernemingen geassocieerd met meer competitie. Factor van belang daarbij is balans. Hoe meer gebalanceerd een markt is, hoe groter de kans dat concurrentie ook daadwerkelijk kan plaatsvinden. Hoe meer disbalans, hoe groter de kans dat een partij de prijs in het geheel kan bepalen. Om deze marktbalans te meten, kan het gemakkelijkste het aantal concurrerende partijen in een bepaalde geografische marktstructuur geteld worden (*Baker, 2001*). Een veel gebruikte meting om vervolgens de balans binnen de marktstructuur uit te drukken is de Herfindahl-Hirschman Index (HHI), waarbij de som van een marktaandeel wordt uitgedrukt als een percentage dat iedere partij binnen een industrie bezit (*Dalmau-Matarrodona & Puig-Junoy, 1998*). Daarmee stelt de Herfindahl-Hirschman index ons in staat om zowel het aantal als de relatieve omvang van een bedrijf in kaart te brengen. Een afname van het aantal partijen en meer concentratie in de verdeling van marktaandelen, leidt tot een hogere HHI. Dat betekent dat hoe hoger de HHI wordt, hoe minder concurrerend de markt is.

Wanneer in voorliggend onderzoek gekeken wordt naar de marktconcentratie, dan gaat het feitelijk om twee concentratievormen. Eén aan de aanbodkant en één aan de vraagkant van de zorginkoopmarkt. Aan de aanbodkant is dit de concentratie van de aanbieders in een bepaalde regio, aan de vraagkant is dit de concentratie van

zorgverzekeraars. Concentratie van aanbieders verwijst in dat kader naar het aantal zorgaanbieders dat binnen een regio aanwezig is. Hoe meer zorgaanbieders dat zijn, hoe lager de HHI uitvalt. Andersom geldt dat de aanwezigheid van minder aanbieders leidt tot een toenemende marktconcentratie. Loozen, Varkevisser & Schut (2016) concluderen ten aanzien van ziekenhuiszorg dat, als gevolg van ziekenhuisfusies, zich essentiële veranderingen in de marktstructuur van de aanbieders hebben voorgedaan. Waar in een bepaalde regio immers eerst twee (of meer) ziekenhuizen waren, blijft daar na een fusie nog slechts één onderhandelende entiteit over. Onderzoek laat zien dat hoe geconcentreerder de aanbiedersmarkt is, hoe meer macht een aanbieder heeft. Een gegeven dat een direct effect heeft op de prijzen. Ziekenhuisprijzen worden in onderzoek namelijk positief geassocieerd met indicatoren die betrekking hebben op marktmacht. Inhoudend dat ziekenhuisprijzen in monopolie markten hoger zijn dan in markten waarin meerdere ziekenhuizen aanwezig zijn (Cooper, Craig, Gaynor, & van Reenen, 2019).

Vanuit de vraagkant bepaalt de aanwezigheid van voldoende concurrerende zorgverzekeraars de concentratie. Hoe meer van het marktaandeel in een regio bij een zorgverzekeraar ligt, hoe minder geconcentreerd de vraagkant van de inkoopmarkt is. Bij een dergelijke dominante marktpositie van een verzekeraar ligt dan ook misbruik van de inkoopmacht op de loer (Loozen, Varkevisser, & Schut, 2016). Hoe groter de concentratiegraad in een regio is, hoe meer mensen verzekerd zijn bij één verzekeraar. De zorgaanbieder wordt daardoor ook eerder gedwongen om een overeenkomst te moeten sluiten met die betreffende verzekeraar. Een hoger marktaandeel versterkt in dat geval de onderhandelingsmacht van een zorgverzekeraar.

Loozen et al. (2016) wijzen er in dat kader op dat geconcentreerdheid aan de aanbod- en vraagzijde voornamelijk van belang is zodat geen misbruik van de inkoopmacht mogelijk is. Inhoudend dat als in een bepaald gebied sprake is van een geconcentreerde aanbodzijde, het kan helpen als er ook sprake is van een zorgverzekeraar met een substantieel marktaandeel. In dat geval bestaat immers meer wederzijdse afhankelijkheid waardoor beiden partijen belang hebben bij een effectieve onderhandeling.

3. Context

De onderzoek context van voorliggend onderzoek betreft de gezondheidszorg. In deze paragraaf wordt de context verder gespecificeerd door de lezer inzicht te geven in het conceptuele onderzoeksmodel. Onderzoek vindt plaats binnen het Nederlandse gezondheidszorgstelsel. In navolging op het conceptuele model wordt daarom aangegeven hoe operationalisering van de variabelen plaatsvindt en waar nodig aangegeven welke onderdelen van het Nederlandse gezondheidszorgstelsel daarbij van belang zijn. Dit om een eenduidige aansluiting te maken tussen het theoretische raamwerk en de context van de onderzoekssetting.

3.1. Operationaliseren van de onderzoeksvariabelen

Voorliggende studie onderzoekt de regisserende rol van de zorgverzekeraar door te kijken naar de wijze waarop zorgverzekeraars doelen stellen en vervolgens sturingsmechanismen inzetten tijdens het inkoopproces om die doelen te bereiken en welke rol de marktconcentratie daarbij speelt. In het theoretische raamwerk is kort het inkoopproces in de zorg toegelicht, waarna vervolgens dieper is ingegaan op de inkooprelaties binnen de zorg. Binnen die inkooprelaties is verduidelijkt hoe de afhankelijke rol tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders eruitziet. Ook is het concept concentratie toegelicht en aangegeven wat de rol van concurrentie is binnen de zorgmarkt. Tot op heden is echter weinig bekend over de concrete invloed van marktomstandigheden op de sturingsmechanismen van zorgverzekeraars in hun afhankelijkheidsrelatie naar zorgaanbieders toe binnen de bekostigingsmarkt van de zorg.

Voor het beantwoorden van de probleemstelling van voorliggend onderzoek, *Hoe wordt de inzet van sturingsmechanismen door zorgverzekeraars in de inkooprelatie met ziekenhuizen bepaald door de context waarbinnen de inkooprelatie plaatsvindt?* is het dan ook noodzakelijk om het theoretische raamwerk uit te breiden en een conceptueel model op te zetten. Voor het beantwoorden van de probleemstelling worden verschillende inkooprelaties tussen steeds één zorgverzekeraar en één ziekenhuis bestudeerd. Het bestuderen van die inkooprelaties vindt plaats in verschillende contexten. Verschillende factoren op verschillende analyselevels bepalen hoe de context van de specifieke inkooprelatie eruitziet. Bestudeerd wordt hoe deze factoren van invloed zijn op het acteren van de zorgverzekeraar in de inkooprelatie met het ziekenhuis. De factoren die van invloed zijn op de context bevinden zich op verschillende analyselevels. Deze verschillende analyselevels worden hieronder geoperationaliseerd.

3.1.1. Marktstructuur

Op het hoogste level is het de marktstructuur die invloed heeft op de context van de inkooprelatie. Variabelen die binnen dit onderzoek van belang zijn voor het bepalen van de marktstructuur, zijn concentratie aan aanbodkant van zorgaanbieders en de concentratie aan de vraagkant van zorgverzekeraars. Een veel gebruikte meting om de verdeling van de marktstructuur uit te drukken is de Herfindahl-Hirschman Index (HHI), waarbij een marktaandeel wordt uitgedrukt als een percentage dat iedere partij binnen een industrie bezit (*Dalmau-Matarrodona & Puig-Junoy, 1998*). Ook de Nederlandse zorgautoriteit drukt dit gegeven in de monitor zorgverzekeringen 2019 uit door te kijken naar de Herfindahl-Hirschman Index (HHI). Hoe hoger deze index is, hoe meer geconcentreerd de marktstructuur is in dat specifieke gebied. In het geval van een HHI hoger dan 2000 wordt gesproken van een geconcentreerde markt. Zowel de concentratie van de markt als het aanwezige zorgaanbod kan dan ook uitgedrukt worden in een Herfindahl-Hirschman Index. In voorliggend onderzoek wordt marktconcentratie eveneens weergegeven als de som van een marktaandeel uitgedrukt als een percentage dat iedere partij binnen de regio bezit. Hoe meer ziekenhuizen actief zijn in eenzelfde regio, hoe groter het zorgaanbod is en hoe meer verdeeld de percentages marktaandelen zijn, hoe lager de HHI uitvalt.

3.1.2. Marktaandeel van de zorgverzekeraar

Een analyselevel lager is de positie van het ziekenhuis en zorgaanbieder in de betreffende regio van belang. De positie van de zorgverzekeraar wordt in dit onderzoek geoperationaliseerd door te kijken naar het marktaandeel. Het marktaandeel wordt bepaald op basis van de aanwezige patiëntenstromen in de regio (*Dranova & White, 1998*). Op basis van de patiëntenstromen wordt het verzorgingsgebied van de zorgaanbieder in kaart gebracht. Dit verzorgingsgebied wordt ook wel het adherentiegebied van het ziekenhuis genoemd. De patiëntenstromen die binnen dat gebied naar voren komen, zijn voor hun zorg verzekerd bij zorgverzekeraars. Het totaal aan patiëntenstromen bepaalt uiteindelijk het marktaandeel dat een zorgverzekeraar bij het betreffende ziekenhuis heeft in die geografische markt.

Waar in voorliggend onderzoek gesproken wordt over marktaandeel van de zorgverzekeraar, wordt verwezen naar het percentage patiënten dat verzekerd is bij een bepaalde zorgverzekeraar ten opzichte van het totaal aantal patiëntenstromen in dat adherentiegebied. Zorgverzekeraars concurreren zowel op nationaal niveau als ook per adherentiegebied voor het verkrijgen van marktaandeel. Zo blijkt uit de monitor zorgverzekeringen 2019 (*NZa, 2019*) dat overall gezien de vier grootste zorgverzekeraars in Nederland in 2019 een gezamenlijk marktaandeel hebben van 85,9%. Echter, de verdeling per adherentiegebied kan behoorlijk verschillen. Hoe meer de patiëntstromen in een adherentiegebied verdeeld zijn over verschillende zorgverzekeraars, hoe meer versnipperd het bijhorende marktaandeel per zorgverzekeraar is.

3.2. Inkooprelatie zorgverzekeraar – ziekenhuis

Voorliggend onderzoek bestudeert meerdere inkooprelaties tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Binnen die inkooprelatie probeert de zorgverzekeraar een bepaald doel bij ziekenhuizen te bereiken. Om dat doel te kunnen bereiken heeft de zorgverzekeraar de beschikking over verschillende sturingsmechanismen. In de literatuursectie worden een drietal theorieën benoemd met elk mechanismen die ingezet kunnen worden door zorgverzekeraars om hun doelstellingen te bereiken. Achtereenvolgens zijn dit de resource dependence theory, de agency theory en stewardship theory. Vanuit de agency theory zijn de sturingsmechanismen onthouding en het koppelen van voorwaarden aan het kunnen inzetten van bepaalde vormen van zorgverlening besproken. De agency theorie verwijst naar financiële beloningen, beheersing door het terugdringen van de vrije keuzemogelijkheden en het sturen op informatie. Ten slotte wijst de stewardship theory op het sturen op basis van vertrouwen en samenwerking.

Kijkende naar de wijze waarop deze sturingsmechanismen geoperationaliseerd worden binnen de Nederlandse zorgmarkt, kunnen een drietal verschillende doelen worden onderscheiden waarop zorgverzekeraars sturen, te weten kosten- en volumebeheersing, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg (*Varkevisser, 2016*). De drie doelen kunnen vervolgens weer worden onderverdeeld in een aantal subdoelen. Sturingsmechanismen bepalen vervolgens hoe er gestuurd wordt. Sturingsmechanismen kunnen daarbij gedefinieerd worden als de structuren en werkwijzen die gekozen worden om invloed uit te oefenen op kosten, volume, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en het verkrijgen van kennis om deze te sturen naar de gewenste richting (*Foss & Mahoney, 2010*).

In tabel 1 is een overzicht opgenomen waarin de relevante theorieën staan benoemd, evenals de wijze waarop vanuit deze theorieën gestuurd kan worden, waarna vervolgens een overzicht vanuit de praktijk wordt gegeven. Daarbij kan het zijn dat bepaalde sturingsmechanismen vanuit verschillende theorieën in de praktijk voorkomen. Dit is bijvoorbeeld mogelijk in het geval van een sturingsmechanisme dat op verschillende manieren gebruikt kan worden. Zoals slechts gedeeltelijk of volledig onthouden van middelen. De daaropvolgende secties geven een uitwerking van deze wijze waarop zorgverzekeraars in Nederland deze sturingsmechanismen inzetten om hun doelen te bereiken. Daarbij wordt ervoor gekozen om het koppelen van voorwaarden aan zorgverlening vanuit de resource dependence theory en de beheersing door terugdringen van de vrije keuzemogelijkheden als eenzelfde sturingswijze te benaderen.

Theorieën	Mogelijkheden tot sturen	Sturingsmechanismen in praktijk
Resource dependency theorie	- Onthouding van middelen (geld/vergoeding) - Voorwaarden koppelen aan inzet van zorg	Onthouding: - Machtiging van verzekeraar voor bepaalde vormen van zorg. Anders geen vergoeding. - Volumegericht inkopen. Bij meer productie geen vergoeding. - Selectief contracteren. Bepaalde zorg in het geheel niet meer inkopen bij een bepaalde zorgaanbieder. Wanneer deze alsnog de zorg levert, vindt geen vergoeding meer plaats. Voorwaarden koppelen aan inzet van zorg: Meegenomen onder beheersing door terugdringen van vrije keuzemogelijkheden van de agency theorie.
Agency theorie	- Financiële beloningen - Beheersing door terugdringen van vrije keuzemogelijkheden - Sturen op basis van informatie	Financiële beloningen: - Shared savings afspraken door belonen van kostenbesparing. - Bekostigingsmethode afspreken (plafond, aanneemsom, prijslijst) - Prestatiebeloningen (bonus per behandelde patiënt voor bepaalde behandelingen, selectief contracteren o.b.v. minimum kwaliteitseisen). - Afspraken over vergoeding bij overschrijding. - (extra) belonen van goede uitkomsten Beheersing door terugdringen van vrije keuzemogelijkheden: - Afspraken maken over onderbehandeling en overbehandeling. - Doorleverplicht bij bereiken financiële afspraak (al dan niet nader gespecificeerd). - Eisen koppelen aan verwijzing voor zorg. - Selectief inkopen van zorg. Bepaalde zorg slechts inkopen tot een bepaald volumeniveau is bereikt of onder specifieke financiële en/of kwaliteitsvoorwaarden. Sturen op basis van informatie: - Rapportageverplichtingen voor de zorgaanbieder over volume, kwaliteit, aantal verzekerden en financiële positie (bijv. kwaliteitsindicatoren en onderhandenwerk).

		- Afspraken maken over gestandaardiseerde normen waaraan de zorgaanbieder dient te voldoen. - Sturen richting de zorgaanbieder op basis van informatie die verkregen wordt over de verschillende zorgaanbieders heen. Denk aan prijs/volume informatie over verschillende aanbieders. - (Standaard-) overlegmomenten voor informatie delen. - Afspraken maken over aantal wachtlijsten en de lengte van de wachtlijst. - Sturen op basis van VEKTIS-cijfers m.b.t. de populatie in het adherentiegebied i.r.t. eigen verzekerdenpopulatie zorgverzekeraar.
Stewardship	1. Wederzijds vertrouwen 2. Samenwerking	Wederzijds vertrouwen: - Minder of anders monitoren. Praktijkvoorbeeld is het implementeren van horizontaal toezicht. - Informele activiteiten ondernemen. Draagt bij aan het krijgen van zowel formeel als informeel contact waardoor laagdrempelig uitwisselen van informatie gefaciliteerd wordt. - Aan de voorkant, al dan niet vertrouwelijk, meenemen van de aanbieder bij het maken van beleidskeuzes. Samenwerking: - Lange termijncontracten. Binnen een afgesproken tijdstermijn gespecificeerde afspraken maken over een of meerdere doelen. - Juiste zorg op de juiste plek. Samen met de zorgaanbieder bepalen welke zorg in het ziekenhuis dient plaats te vinden en welke zorg elders kan. Op basis daarvan kan de zorgverzekeraar congruente afspraken maken in de 1^e lijn en langdurige zorg. - Passende zorg en substitutie van zorg. - Populatiebekostiging. In samenspraak met de aanbieder afspraken maken over eventuele losse parameters naast de populatiebekostiging, de toegankelijkheid van zorg en de in te zetten instrumenten voor het meten van de uitkomst van zorg.

Tabel 1. Schematisch overzicht van de besproken theorieën, wijze van sturen vanuit de theorie en uitwerking in de praktijk (Loozen, Varkevisser, & Schut, 2016); (NZa, 2019); (Ruwaard, Douven, Struijs, & Polder, 2014); (RVS, 2018).

3.2.1. Doel: Kostenbeheersing en volumebeheersing

Ten aanzien van het doel kostenbeheersing concluderen Ruwaard et al. (2014) dat zorgverzekeraars feitelijk op twee manieren kunnen sturen. Enerzijds kan namelijk gestuurd worden, doordat zorgverzekeraars onderhandelen over de tarieven van de zorgproducten die door de zorgaanbieder geleverd worden. Anderzijds kan worden gestuurd door de bekostigingssystematiek die afgesproken wordt. Overal worden in dat kader een drietal verschillende manieren van bekostiging gevonden: aanneemsommen, plafondafspraken en contracten die enkel de prijslijst hanteren. Bij een aanneemsom wordt de betaling losgekoppeld van de geleverde prestaties. Dat wil zeggen, ongeacht de productie die een aanbieder levert, wordt een vooraf overeengekomen bedrag uitbetaald. Een andere mogelijkheid is een plafondafpraak. Zorgaanbieders krijgen dan op basis van de afgesproken tarieven voor de zorgproducten betaald, totdat het afgesproken plafond bereikt is. Daarboven kan ofwel niks worden uitbetaald, ofwel tegen een kortingspercentage, ofwel tegen een bepaald tarief nadat de eigen risicogrens voor de zorgaanbieder wordt overschreden. In het geval enkel op de prijslijst gestuurd wordt, krijgt de zorgaanbieder van de zorgverzekeraar een afgesproken vergoeding per geleverd zorgproduct. In dat laatste geval vindt geen vergoeding plaats als er geen prijsafpraak is gemaakt. Deze vorm van sturing kan gezien worden als vorm van onthouding. Zorgverzekeraars betalen alleen de zorg volledig als zij daarover een contractafpraak maken.

Verzekeraars worden voor de onderhandelingen over financiële beloningen, onthouding en het koppelen van voorwaarden aan prijs, en tot zekere hoogte ook volume, gesteund door het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord. Dit akkoord is in 2018 voor de periode 2019 tot en met 2022 ondertekend. De financiële uitgangspunten van het bestuurlijke hoofdlijnenakkoord bepalen dat de groei van de kosten in de medische specialistische zorg geremd moeten worden. Hiervoor worden op macroniveau maximale groeipercentages per jaar afgesproken. Uiteindelijk wordt voor 2022 zelfs gestuurd op een macro-economische groei in de medische specialistische zorg van 0 procent. Doordat de afspraken niet enkel zijn gemaakt met de zorgverzekeraars in Nederland, maar bijvoorbeeld ook met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), kunnen zorgverzekeraars in hun onderhandelingen over prijs en volume ook hierop sturen (Ministerie van Volksgezondheid, 2018).

Een manier om de doelstellingen van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord te realiseren is het afspreken van shared savings. De zorgverzekeraar en het ziekenhuis maken daarbij afspraken over kostenbesparende veranderingen. Het geldt dat hiermee gespaard wordt, komt vervolgens niet geheel ten goede van de zorgverzekeraar. In plaats daarvan wordt afgesproken dat het ziekenhuis ook een financieel voordeel overhoudt. Verder kan de zorgverzekeraar prestatiebeloningen inzetten. Dit kunnen zij doen door een bonus uit te keren per behandelde patiënt voor bepaalde behandelingen of door het ziekenhuis extra volume toe te staan op excellerende zorgproducten.

Ten aanzien van het doel volumebeheersing concluderen Ruwaard et al. (2014) dat verzekeraars vooral proberen om onderbehandeling en overbehandeling te voorkomen. Dit doen zij bijvoorbeeld door afspraken te maken over de hoeveelheid behandelingen die verricht mogen worden, door doorleverplichten af te spreken, ook bij het bereiken van de plafondbesluit, en door afspraken te maken over het al dan niet verzekerd mogen behandelen van een verzekerde. In die laatste situatie kan gedacht worden aan het stellen van vereisten aan een doorverwijzing van een verzekerde naar een bepaalde zorgaanbieder. Voornoemde sturingsmechanismen kunnen gezien worden als een combinatie van onthouding (bijvoorbeeld bij het bereiken van de plafondbesluit) en het terugdringen van vrije keuzemogelijkheden door het nemen van beheersmaatregelen (bijvoorbeeld door eisen te stellen aan een verwijzing). Een andere maatregel die zorgverzekeraars kunnen inzetten om het volume terug te dringen is het afdwingen van een machtiging voor bepaalde typen zorg. De zorgaanbieder mag dan alleen volume leveren nadat de zorgverzekeraar hiervoor toestemming heeft gegeven. Ook dit is een beheersmaatregel die het volume kan beperken. Indien onvoldoende gemotiveerd kan onthouding van zorg of betaling plaatsvinden.

Een stap verder zouden zorgverzekeraars kunnen gaan door volumegericht in te kopen. Dat kan gedaan worden door slechts een vooraf bepaald aantal zorgactiviteiten in te kopen. Het is dan aan de zorgaanbieder om binnen die afspraak te blijven. Bij het produceren van meer volume volgt dan geen vergoeding en vindt dus volledige onthouding plaats. Daarmee wordt vooral volumegericht gestuurd. Een nog drastischere volumesturing kan gerealiseerd worden door selectief in te kopen. Inhoudend dat bepaalde vormen van zorg enkel worden ingekocht bij geselecteerde voorkeursaanbieders omdat deze zorg efficiënter leveren dan hun concurrenten (*Halbersma, van Manen, & Sauter, 2012*). In dat geval worden duidelijke voorwaarden aan het gebruik gesteld en dienen zorgaanbieders aan te tonen dat zij aan deze voorwaarden voldoen om voor vergoeding in aanmerking te komen.

Subdoel bij het hoofddoel volumebeheersing kan het realiseren van samenwerking tussen ziekenhuizen zijn. Door te sturen op de hoofddoelen prijs en volume worden ziekenhuizen gedwongen na te denken over het zorgaanbod. Dat vraagt een duidelijke positionering van het ziekenhuis en keuzes in welke zorgproducten wel en welke zorgproducten niet meer aangeboden gaan worden. Dat vraagt een herijking van de zorgportefeuille (*RVS, 2018*). Zorgverzekeraars kunnen hierin sturen door ziekenhuizen te laten samenwerken. Waar het ene ziekenhuis bepaalde zorg afstoot, zou het andere ziekenhuis dat kunnen opnemen en vice versa.

3.2.2. Doel: Kwaliteit van zorg

Ten behoeve van het doel kwaliteit worden afspraken gemaakt met betrekking tot minimale kwaliteitseisen, wachttijden en kwaliteitsmanagementsystemen. Ook dient zorg te voldoen aan de laatste stand van wetenschap en praktijk. Allen te vatten als zijnde voorwaarden die gekoppeld worden aan gebruik. Dat is in de praktijk niet altijd

gemakkelijk doordat gedetailleerde consensus over kwalitatieve uitkomstmaten ontbreekt. Specifiek voor het doel kwaliteit brengt dit dan ook extra uitdagingen met zich mee als het gaat om de sturing op basis van voorwaarden voor gebruik. Daarbij speelt er ook een verschil van kennis en informatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Met name op het gebied van beslissingen over het al dan niet inzetten van bepaalde gezondheidszorg interventies, de manier waarop de interventie uitgevoerd dient te worden en de kosten voor de interventie dienen te zijn, wordt deze asymmetrie praktisch zichtbaar (*Dohmen & van Raaij, 2018*).

Het gebrek aan brede consensus over valide en betrouwbare uitkomstmaten voor het meten van behandeluitkomsten, leidt er in de praktijk dan ook vaak toe dat zorgverzekeraars op dit gebied veelal sturen op basis van éénjarige overeenkomsten, met relatief weinig aandacht voor de kwaliteit van zorg of patiëntuitkomsten (*Dohmen & van Raaij, 2018*).

Kwaliteit als doel kan ook zorgen voor extra sturing gericht op het maken van volumeafspraken op basis van voorwaarden voor gebruik. Wanneer een zorgaanbieder aantoonbaar kan maken dat een bepaalde zorgactiviteit kwalitatief beter aangeboden wordt aldaar ten opzichte van een ander ziekenhuis, kan dat een reden zijn om selectief te gaan inkopen (*Halbersma, van Manen, & Sauter, 2012*). Een andere mogelijkheid kan zijn dat er minimale volumenormen gaan gelden. Inhoudend dat als een specialist niet minimaal een bepaald aantal activiteiten per jaar kan uitvoeren, ervanuit wordt gegaan dat dit gevolgen heeft voor de kwaliteit van de behandeling. Ook om die kwalitatieve reden kan de zorgverzekeraar ervoor kiezen om zorg selectief in te gaan kopen.

Om te kunnen sturen op deze informatie maakt de zorgverzekeraar afspraken over rapportageverplichtingen en gestandaardiseerde normen waaraan voldaan moet worden. Ook kunnen standaard overlegmomenten voor informatie delen worden afgesproken. Op dat soort momenten dient het ziekenhuis aan te tonen dat aan de afgesproken vereisten met betrekking tot kwaliteit wordt voldaan. Zo niet, worden in de overeenkomst vaak afspraken gemaakt over mogelijkheden tot ingrijpen door de zorgverzekeraar.

3.2.3. Doel: Toegankelijkheid

In het kader van het doel toegankelijkheid van zorg sturen zorgverzekeraars op aantallen wachtlijsten in Nederland, als ook de lengte van de wachtlijst. Tevens wordt erop gelet dat er voldoende zorgaanbod aanwezig is in alle regio's. Zo is in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord afgesproken dat hoog complexe zorg geconcentreerd wordt, terwijl aan de andere kant spreiding gewaarborgd blijft van chronische, acute en electieve zorg. Deze afspraak dient ervoor te zorgen dat zorg dichtbij de patiënt wordt aangeboden (*Ministerie van Volksgezondheid, 2018*). Zorgverzekeraars kunnen bovendien op de toegankelijkheid sturen door selectieve inkoop in te zetten als middel

om de keuzevrijheid van verzekerden terug te dringen. Hoewel verzekerden conform artikel 13 lid 1 van de Zorgverzekeringswet keuzevrijheid moeten hebben tussen gecontracteerde en niet gecontracteerde aanbieders, kan de zorgverzekeraar wel de hoogte van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, binnen bepaalde marges, verlagen. Gevolg daarvan is dat de verzekerden een hogere eigen bijdrage dienen te betalen.

In de praktijk trachten zorgverzekeraars toegankelijkheid als doel te bereiken via een aantal subdoelen. Zo worden afspraken gemaakt, overeenkomstig het bestuurlijk hoofdlijnakkoord, in het kader van de juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) en substitutie van zorg (*Ministerie van Volksgezondheid, 2018*). Deze zijn erop gericht dat enkel nog de zorg die daadwerkelijk in het ziekenhuis dient plaats te vinden, ook in de praktijk in het ziekenhuis blijft. Overige zorg dient op een andere plek uitgevoerd te worden, bijvoorbeeld in de eerste lijn bij de huisarts. Om dat te bereiken dienen zorgverzekeraars congruent in te kopen in de eerste en de tweede lijn. Dat betekent dat als zorg uit het ziekenhuis verplaatst dient te worden deze daar ook niet meer ingekocht kan worden, terwijl aan de andere kant, in de eerste lijn, meer ruimte moet komen om deze zorg gepast te leveren. Dit is een traject dat een lange adem vraagt om te realiseren en tevens een meer regisserende rol van de zorgverzekeraar. Deze zal vooruit moeten plannen samen met de ziekenhuizen en andere zorgaanbieders om voldoende zorgaanbod te realiseren, zowel nu als in de toekomst. Hoe te sturen door zorgverzekeraars sluit in dat kader meer aan op de principes van de stewardship theorie die gericht is op het opbouwen van wederzijds vertrouwen en samenwerking. In dat kader past het ook om te komen tot lange termijn overeenkomsten waarin duidelijke gemeenschappelijke doelen worden opgenomen.

3.3. Het conceptueel model

Voor het opzetten van het conceptueel model zijn de verschillende analyselevels zoals toegelicht in paragraaf 3.1. van belang. Zij bepalen de context waarbinnen de inkooprelatie tussen zorgverzekeraar en het ziekenhuis plaatsvindt. Marktconcentratie en zorgaanbod in de markt bepalen daarbij in gezamenlijkheid de marktstructuur. Hoe meer verschillende zorgverzekeraars een gediversifieerd aandeel hebben in een regio en hoe meer ziekenhuizen in diezelfde regio aanwezig zijn, hoe meer verdeeld het percentage marktaandeel wordt dat iedere partij binnen de regio heeft. Een gegeven dat geduid wordt met een lagere Herfindahl-Hirschman Index (HHI). Hoe lager de HHI, hoe minder geconcentreerd de regio is en hoe meer gediversifieerd de marktaandelen van de verschillende partijen zullen zijn. De invloed van het marktaandeel van de zorgverzekeraar op de inkooprelatie wordt dus medebepaald door de marktstructuur. In een hele geconcentreerde marktstructuur heeft de marktleider, de zorgverzekeraar met het hoogste marktaandeel, meer invloed dan het geval is in een laag geconcentreerde marktstructuur. Een gegeven dat verklaard kan worden door naar de definitie van marktaandeel te kijken. In dit onderzoek wordt voor het bepalen van het marktaandeel het percentage patiënten genomen dat verzekerd is bij

een bepaalde zorgverzekeraar ten opzichte van het totaal aantal patiëntenstromen in dat adherentiegebied. In een hele geconcentreerde marktstructuur draagt de zorgverzekeraar met het hoogste marktaandeel zorg voor een hoog percentage patiënten ten opzichte van de totale patiëntenstroom. Op basis van het literatuuronderzoek is de verwachting dat een zorgverzekeraar zich dan ook eerder verantwoordelijk voelt voor de gehele populatie in de regio en daarmee ook een meer regisserende rol zal nemen dan een concurrerende rol (*Zuiderent-Jerak, Grit, & Van der Grinten, 2011*).

Andersom geldt dat in een laag geconcentreerde marktstructuur, uitgedrukt in een lagere HHI, de marktaandelen meer versnipperd zijn. De zorgverzekeraar met het hoogste marktaandeel draagt in een laag geconcentreerde marktstructuur zorg voor een relatief lager percentage verzekerde patiënten ten opzichte van de totale patiëntenstroom dan in een hoog geconcentreerde marktstructuur het geval is. Zorgverzekeraars concurreren in een laag geconcentreerde marktstructuur dan ook nadrukkelijker voor het verkrijgen van een marktvoordeel ten opzichte van hun concurrenten. Conform de uitgangspunten in het model van gereguleerde marktwerking leidt een toename aan concurrerende zorgverzekeraars tot meer concurrentie en daarmee ook tot het inkopen van kwalitatief hoogwaardigere zorg tegen lagere prijzen (*Enthoven, 1993*). Eenzelfde doet zich voor aan de aanbodzijde. Ook het aantal zorgaanbieders kan in een bepaalde regio namelijk geconcentreerd of versnipperd zijn. Wanneer het aantal zorgaanbieders toeneemt, neemt ook de versnippering toe. Vanuit het model van gereguleerde marktwerking leidt ook deze toenemende versnippering tot meer onderlinge concurrentie van zorgaanbieders om patiënten te verkrijgen binnen die specifieke regio.

Vanuit de literatuur zijn echter een tweetal hiaten zichtbaar. Enerzijds is op dit moment onduidelijk of de zorgverzekeraar daadwerkelijk een keuze dient te maken in hetgeen zij willen bereiken, efficiëntie en/of regie, naar gelang de marktstructuur verandert. Anderzijds is onduidelijk of zorgverzekeraars andere sturingsmechanismen gaan inzetten als de marktstructuur, en daarmee de relatieve waarde van het marktaandeel dat zij bezitten, verandert. Voorliggend onderzoek poogt antwoord te geven op die laatste onduidelijkheid, namelijk of de sturingsmechanismen die zorgverzekeraars, gegeven de context waarbinnen de inkooprelatie tussen zorgverzekeraar en ziekenplaats plaatsvindt, verandert. Dat wordt gedaan door de sturingsmechanismen, die in verschillende inkooprelaties tussen steeds één zorgverzekeraar en één ziekenhuis in verschillende contexten worden ingezet, met elkaar te vergelijken. In figuur 4 staat weergegeven hoe de onderzoeksopzet in de praktijk uitziet.

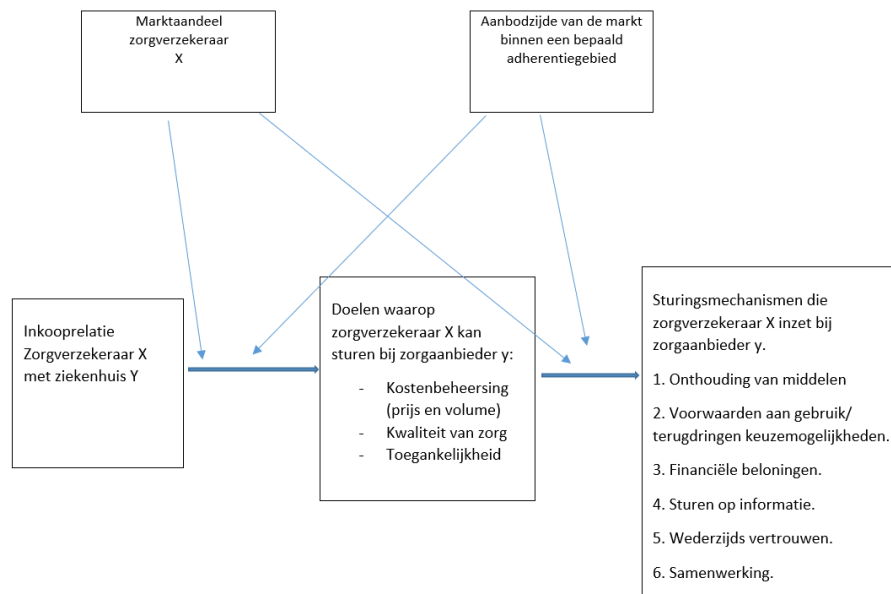


Fig. 4. Geeft het conceptueel model weer op basis waarvan de onderzoeksopzet in de praktijk plaatsvindt binnen inkooprelatie tussen zorgverzekeraar X en zorgaanbieder y.

Voorliggend onderzoek richt zich voor wat betreft de marktstructuur op een drietal verschillende adherentiegebieden met verschillende HHI-indexen. Binnen die drie verschillende adherentiegebieden worden vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar verschillende inkooprelaties tussen steeds één zorgverzekeraar en één ziekenhuis bestudeerd door te kijken naar de sturingsmechanismen, die zij gegeven de marktstructuur en hun marktaandeel binnen die inkooprelatie, inzetten. Gekozen wordt voor marktstructuren waarin sprake is van een geconcentreerd gebied met een HHI-index boven de 3000, voor een gematigd geconcentreerd HHI-gebied tussen de 2000 en 3000 en een laag geconcentreerd gebied met een HHI lager dan 2000. Zo wordt getracht op basis van een drietal marktconcentraties te bekijken welke invloed zij, binnen de inkooprelatie, hebben op de sturingsmechanismen van verzekeraars richting ziekenhuizen.

Tevens wordt, gegeven de marktstructuur, per adherentiegebied gekeken naar de invloed van de marktaandelen van de individuele zorgverzekeraar in de inkooprelatie met het ziekenhuis op de sturingsmechanismen die zorgverzekeraars inzetten. Verwacht wordt, op basis van de literatuur, dat hoe geconcentreerder een adherentiegebied is, dat wil zeggen hoe duidelijker binnen dat gebied een marktleider aanwezig is, hoe gemakkelijker een zorgverzekeraar haar regierol kan pakken en dus ook alle drie de sturingsmechanismen kan inzetten. Hoe minder geconcentreerd een adherentiegebied is, hoe meer verwacht wordt dat de zorgverzekeraars vooral gaan inzetten op prijs.

4. Opzet van het onderzoek en methodologie

In dit hoofdstuk wordt aangegeven hoe het onderzoek uitgevoerd wordt en op welke wijze de onderzoeksvragen beantwoord worden. Als eerste wordt het type onderzoek toegelicht, waarna aangegeven wordt hoe de data verzameld wordt, inclusief de gemaakte keuzes rondom de dataverzameling en de respondenten die gebruikt worden voor het uitvoeren van het onderzoek.

4.1. Vergelijkende casestudie en caseselectie

Als onderzoeksmethode wordt gebruik gemaakt van een vergelijkende casestudie. Doelstelling van voorliggend onderzoek is een verklaring geven over de invloed van marktconcentratie binnen een adherentiegebied op de sturing op doelen en de daarvoor ingezette sturingsmechanismen van zorgverzekeraars. Via een vergelijkende casestudie wordt het mogelijk deze verklaring te geven. Een vergelijkende casestudie maakt het mogelijk om dieper begrip te krijgen aangaande een specifieke onderzoeksinteresse (*Suryani, 2008*).

Onderzoek vindt plaats middels interviews met zorginkopers van alle concurrerende zorgverzekeraars die actief zijn in Nederland. Het analysegebied waarop cases worden vergeleken is het adherentiegebied. Binnen het adherentiegebied zijn zorgverzekeraars actief die zorg inkopen bij ziekenhuizen. Zorginkopers werkzaam binnen dat specifieke adherentiegebied geven in dit onderzoek inzicht in de wijze waarop gestuurd wordt op de doelen waarop zorgverzekeraars kunnen sturen, als ook de sturingsmechanismen die zij daarvoor inzetten. Gekozen wordt voor een drietal adherentiegebieden met een verschillende marktconcentratie. Voor het bepalen van de concentratiegraad wordt aangesloten bij de Herfindahl-Hirschman Index (HHI), welke gebaseerd is op marktaandeel. Een meer geconcentreerde markt geeft een hogere indexscore. Een markt is geconcentreerd bij een HHI vanaf 2000 (*NZa, 2019*).

Cases worden geselecteerd op basis van de HHI (*NZa, 2019*). Voor het versnipperde gebied wordt als case gekozen voor de regio Zuid-Holland en dan meer specifiek Den Haag, waar vier zorgverzekeraars een ongeveer even groot marktaandeel hebben. Voor het gematigd geconcentreerde gebied wordt gekozen voor Noord-Brabant met focus op de regio Eindhoven. Alwaar twee zorgverzekeraars een ongeveer even groot marktaandeel hebben. Voor het geconcentreerde gebied wordt gekozen voor Limburg en dan specifiek de regio Parkstad, waar sprake is van een duidelijke marktleider met meer dan 50% marktaandeel. Middels de vergelijkende casestudie worden de verschillende adherentiegebieden met elkaar vergeleken. Daarbij wordt inzichtelijk gemaakt of de context van meer/minder concentratie binnen een adherentiegebied van invloed is op de doelen waarop de zorgverzekeraar kan sturen, als ook op de sturingsmechanismen die zorgverzekeraars in de inkooprelatie richting ziekenhuizen inzetten.

Naast de context van meer/minder concentratie in een adherentiegebied is de specifieke inkooprelatie tussen een zorgverzekeraar aan de ene kant en het ziekenhuis aan de andere kant ook ingebed in de context van “de individuele relatie tussen een zorgverzekeraar en een ziekenhuis” in dat specifieke adherentiegebied. Dat is het tweede analyseniveau. Deze individuele relatie kan namelijk zelf invloed hebben op de onderliggende cases, maar wordt tevens zelf beïnvloed door de context van meer/minder concentratie. Binnen het tweede analyseniveau wordt specifiek gekeken naar de invloed van het wederzijdse marktaandeel dat een zorgverzekeraar binnen een ziekenhuis heeft en wat de invloed daarvan is op de in te zetten sturingsmechanismen binnen de individuele inkooprelatie, gegeven het adherentiegebied waarin de inkooprelatie plaatsvindt.

4.2. Respondenten en Semigestructureerde interviews

Informatie wordt verkregen door gebruik te maken van casestudies als kwalitatieve onderzoeksmethode. Als middel voor dataverzameling worden uitgebreide interviews gehouden met zorginkopers vanuit het semigestructureerde interview. Kwalitatief onderzoek biedt daarmee de mogelijkheid om uitspraken te doen over verschijnselen die zich in het dagdagelijkse leven voordoen (*Bleijenbergh, 2013*). Voordeel ten opzichte van kwantitatief onderzoek is bovendien dat kwalitatieve onderzoeksdata rijker van aard is. Hierdoor zijn minder testafnames nodig om tot een uitgewerkte verklaring te komen.

De topiclist van de gestructureerde interviews is op basis van de implementatiestappen van Yin (*2018*). Vanuit de literatuur is gestart met het opstellen van een theoretische planning, waarlangs vervolgens het onderzoeksdesign is opgebouwd. Dat is gedaan door te kijken welke topics in de literatuur naar voren komen die naar alle waarschijnlijkheid van invloed zijn op de inkooprelatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Als leidraad wordt daarbij aangesloten bij de Monitor inhoud contracten medisch-specialistische zorg 2018 (*NZA, 2019*). Zij hebben op basis van de analyse van 487 contracten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen diverse kenmerken gevonden die te koppelen zijn aan de sturingsmechanismen van verzekeraars. Deze theoretische topics zijn vervolgens in de praktijk getoetst door twee pilot interviews te houden met zorginkopers. Op basis van de verzamelde data is vervolgens gekeken of de originele topics nog aanvullen dan wel aanpassingen behoeven. Dit heeft ertoe geleid dat in de definitieve interviews iets meer nadruk is komen te liggen op vragen die betrekking hebben op samenwerking met ziekenhuizen.

In totaal zijn tien semigestructureerde interviews afgenomen. Alle interviews worden opgenomen en na afloop integraal uitgewerkt tot transcript. De transcripten dienen vervolgens als basis voor de analyses en de interpretatie van de data. Vanuit de semigestructureerde interviews worden vervolgens meerdere observaties afgeleid die informatie geven over het perspectief van de zorgverzekeraar op de inkooprelatie tussen de zorgverzekeraar aan

de ene kant en de zorgaanbieder aan de andere kant. Een semigestructureerd interview met een zorginkoper van een zorgverzekeraar kan meerdere observaties opleveren. Zorginkopers kunnen namelijk actief zijn in verschillende adherentiegebieden en vanuit dat perspectief ook verschillende inzichten verschaffen op de wijze waarop de doelen van de zorgverzekeraar beïnvloed worden alsook de verandering van in te zetten sturingsmechanismen benoemen, gegeven de wederzijdse marktaandelen en de marktconcentratie aan de vraag- en aanbodzijde. Iedere observatie beschrijft in dat geval de inkooprelatie die de zorginkoper van de zorgverzekeraar heeft binnen het besproken adherentiegebied.

Als cases wordt gekozen voor het adherentiegebied Limburg met een HHI >3000, Noord-Brabant met een HHI tussen de 2000 en 3000 en Zuid-Holland met een HHI <2000 (NZA, 2019). Om de invloed van de wederzijdse marktaandelen en de concentratie aan de vraag- en aanbodkant goed te bepalen, is er wat betreft respondenten voor gekozen om per adherentiegebied in ieder geval de zorginkoper van de marktleidende zorgverzekeraar te interviewen, de nummer twee of drie zorgverzekeraar naar wederzijds marktaandeel en een van de kleinere zorgverzekeraars. Zo vinden per adherentiegebied minimaal drie interviews plaats. A-priori werd tevens getracht per adherentiegebied minimaal een ziekenhuis verkoopmedewerker te interviewen. Gezien de Covid-19 crisis en de daaruit voortvloeiende gevolgen voor ziekenhuizen is dat echter niet tijdig gelukt. Naar aanleiding daarvan is een extra interview vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar toegevoegd.

Adherentiegebied	Concentratiegraad op basis van HH index	Classificatie concentratiegraad	Interviews met actuele kennis adherentiegebied	Positie zorgverzekeraar binnen adherentiegebied
Zuid-Holland	1715	Laag	1, 4, 6 en 7	Marktleider (1 en 6) Tweede marktleider (4) Kleinere zorgverzekeraar (7)
Noord-Brabant	2827	Middel	3, 4, 5, 8, 10	Marktleider (8) Derde marktleider (5) Kleinere zorgverzekeraar (3,4 en 10)
Limburg	3209	Hoog	2, 3, 5, 6, 8, 9	Marktleider (6) Tweede marktleider (8 en 9) Derde marktleider (5) Kleinere zorgverzekeraar (2 en 3)

Fig. 5. Schematisch overzicht van cases (adherentiegebieden), bijhorende contextvariabelen en de verschillende respondenten.

In totaal zijn tien semigestructureerde interviews gehouden met zorginkopers werkzaam bij zorgverzekeraars in Nederland. Gemiddeld hebben zij 10,7 jaar ervaring met het inkopen van medisch specialistische zorg. Vier van de geïnterviewden hebben actuele inkoopkennis in de regio Zuid-Holland, zes in de regio Limburg en vijf in de regio Noord-Brabant. Acht van de geïnterviewden is voor de zorgverzekeraar waarvoor zij werkzaam zijn de eerste inkoper, één van de geïnterviewden is op sommige plekken de eerste en andere plekken de tweede inkoper en één van de geïnterviewden is in de inkoopregio de tweede inkoper.

Zeven van de geïnterviewden zijn werkzaam bij één van de vier grote zorgverzekeraars in Nederland (Zilveren Kruis Achmea, VGZ, CZ en Menzis). Drie zijn werkzaam bij één van de kleinere zorgverzekeraars (in dit geval DSW, Caresq en ONVZ, welke tot 2020 deel uitmaakte van de inkoopcombinatie Multizorg). Kennis is aanwezig vanuit een marktleidende positie, een tweede en een derde positie. Vier van de interviews worden gegeven vanuit een positie waarin de zorgverzekeraar zes procent of minder aan marktaandeel had.

4.3. Data-analyse en interpretatie

Data wordt enerzijds beschrijvend en anderzijds verklarend verwerkt. In het beschrijvende deel wordt een weergave gegeven van de marktconcentratie van dat specifieke gebied, de geïnterviewde zorginkopers per regio, het marktaandeel van de verzekeraar die zij vertegenwoordigen, de hoeveelheid verzekerden die zij in de regio vertegenwoordigen, het aantal ziekenhuizen dat zich binnen die regio bevindt en een scoring per kenmerk of dit wel of niet als sturingsmechanisme wordt ingezet. Aan de hand van deze informatie kunnen de eerste drie deelvragen beantwoord worden.

Voor het verklarende gedeelte vormen de uitgewerkte transcripten het startpunt. Daarbij wordt specifiek getracht een verklaring te geven voor de invloed van marktconcentratie op de inzet van sturingsmechanismen door zorgverzekeraars. Hiervoor worden de antwoorden binnen de cases onderling vergeleken alsook de antwoorden tussen de cases. Dit is nodig om deelvraag 4 en de probleemstelling te beantwoorden.

Voor het kunnen analyseren en verwerken van de data binnen de verschillende cases en tussen de verschillende cases wordt gebruik gemaakt van de thematische analyses van Braun & Clarke (2006). Middels de thematische analyse kunnen allereerst overeenkomstige kenmerken in de data gedestilleerd worden. Deze kenmerken worden vervolgens gegroepeerd op basis van specifiek kenmerkcodes, van waaruit thema's en dieperliggende coderingsstappen uitgewerkt dienen te worden. De kenmerkcodes en coderingsstappen worden vervolgens onderverdeeld op basis van de onderwerpen in de deelvragen. Hiervoor wordt een analysetabel opgesteld. Deze tabel wordt aangesloten op het framework zoals weergegeven in figuur 2. De geconstateerde verschillen en overeenkomsten tussen de verschillende interviews vormen vervolgens het startpunt voor de resultatensectie. In de conclusie en discussiesectie wordt de data geïnterpreteerd en afgezet tegen de gevonden literatuur. Waarna als laatste een antwoord wordt gegeven op de deelvragen en de probleemstelling van het onderzoek.

5. Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de verschillende interviews. De indeling van dit hoofdstuk is als volgt: paragraaf 5.1 geeft een beschrijving van de doelen waarop zorgverzekeraars sturen. In paragraaf 5.2 wordt aangegeven welke sturingsmechanismen door zorgverzekeraars worden gebruikt, waarna in paragraaf 5.3 wordt uitgewerkt wat de invloed is van de context op de inzet van de beschreven doelen en sturingsmechanismen. Om resultaten te kunnen tonen zijn zowel de testinterviews als de algehele interviews volledig getranscribeerd. Van daaruit is gestart met open codering en vervolgens axiaal gecodeerd. Vanuit de axiale codering is daarna een link gelegd met de theorie en eventuele verbindingen naar de data die verzameld is op basis van de semigestructureerde interviews. Respondenten worden aangegeven middels het weergeven van de r. Het cijfer achter de letter r verwijst naar het nummer van het interview.

5.1. Doelen

Vanuit de literatuur werden een drietal van elkaar te onderscheiden doelen gevonden waarop zorgverzekeraars kunnen sturen, te weten kosten- en volumebeheersing, kwaliteit van zorg en toegankelijkheid. In de interviews kwamen deze drie doelen eveneens terug als doelen waarop zorgverzekeraars de ziekenhuizen in Nederland proberen te sturen. Kosten- en volumebeheersing werden het vaakst genoemd als doel waarop inkopers sturen. Opvallend daarbij is dat één van de zorginkopers van de kleinere zorgverzekeraars in Nederland (R7) expliciet aangeeft niet zozeer te sturen op kosten- en volumebeheersing. Zij proberen zich juist te onderscheiden door nadrukkelijk in te zetten op de toegankelijkheid van zorg. “Vaak wordt gedacht, en dat zal voor een heel groot deel ook waar zijn, dat het de prijs is, welke prijs betaal ik? Nou, de laagste is die, dan doe die maar. Dan moet je niet bij ons zijn. Wij zijn niet de goedkoopste, maar wat we wel veel zien, is dat mensen voor ons kiezen vanwege onze overtuiging en principes die wij hanteren in hoe wij omgaan met het contracteren van zorg en de opstelling richting onze verzekerden.”

In meerdere interviews werden specifiek de doelen prijs en kwaliteit samen genoemd. “Zorg inkopen die kwalitatief zo hoog mogelijk van niveau is en dat willen we dan ook tegen de laagst mogelijke zorgkosten”, gaf R1 daarover bijvoorbeeld aan. R6 omschreef het als “(...) daarbij proberen we kosten en kwaliteit natuurlijk in verbinding te brengen.” Waarbij die laatste wel gelijk een kanttekening plaatste als het om het operationaliseren van kwaliteit gaat: “Het waardemodel van Porter hebben wij een tijd gehanteerd, maar daar loop je toch al gauw tegen het punt aan dat je die verbinding tussen kosten en kwaliteit in ieder geval vanuit Porter moeilijk inzichtelijk kan krijgen.” Het is een opmerking die vaker gemaakt wordt als het om het operationaliseren van de doelstelling kwaliteit van zorg gaat. “We roepen wel steeds vaker dat je voor kwaliteit uitkomstmaten zou moeten hebben, maar ze zijn er soms wel en soms niet, en dan zijn ze weer niet eenduidig” (R5). Een gegeven dat mogelijk verklaard kan worden

door het feit dat veel kwaliteitsindicatoren beschikbaar zijn, maar dat deze voornamelijk proces- en structuurindicatoren zijn en niet zo zeer uitkomstindicatoren. Voor wat betreft het doel kwaliteit van zorg wordt dan ook meer gestuurd op niet-zorginhoudelijke zaken als is een ziekenhuis goed bereikbaar? Wat zijn de openingstijden, de wachttijden etcetera.

Toegankelijkheid werd in de interviews hoofdzakelijk gezien als een te kwantificeren doelstelling waarop gestuurd wordt. Na kosten- en volumebeheersing wordt toegankelijkheid dan ook het vaakst als doelstelling genoemd. R7 was voor wat betreft toegankelijkheid het meest uitgesproken. Deze kleinere zorgverzekeraar probeert zich nadrukkelijk te onderscheiden met primaire sturing op toegankelijkheid: “(...) het belangrijkste daarin is de vrije artskenkeuze. Wij sturen niet waar iemand zijn of haar zorg zou moeten halen. Wij geloven echt erin dat de verzekerde daar zelf een keuze in maakt op rationele, maar misschien ook wat minder rationele afwegingen en dat wij zelf daar ook een niet zo’n goede keuze in kunnen maken als de verzekerde dat zelf zou willen”. Hoewel R7 het meest uitgesproken was, kan gesteld worden dat alle kleinere zorgverzekeraars zich op hun manier proberen te onderscheiden middels toegankelijkheid. Vaak gebeurde dat specifiek middels optimale keuzemogelijkheden.

Bij de vier grote zorgverzekeraars in Nederland wordt eveneens gesproken over het belang van toegankelijkheid. Echter, zij lieten toegankelijkheid vaak samengaan met prijs. Specifiek verwijst men dan bijvoorbeeld naar de budgetpolissen die zij als zorgverzekeraar aanbieden. R5 omschreef dit als volgt: “(...) er is een groep, met name de budgetpolissen, waar je beperktere keuze van zorg hebt in het aantal te kiezen ziekenhuizen. De groep die daarvoor kiest, een budgetpolis, is een groep die gezond is en denkt: ik kom toch niet in het ziekenhuis. Totdat wel iets gebeurt met die groep en dan moet je in Limburg naar Roermond of ze moeten naar Weert. Dat zijn de enige ziekenhuizen die gecontracteerd zijn voor die polis”. In ieder geval twee van de vier grote zorgverzekeraars gaven aan op deze koppeling tussen toegankelijkheid en prijs te sturen.

5.2. Sturingsmechanismen

Vanuit de theorie werden een zestal sturingsmechanismen gevonden: onthouding van middelen, voorwaarden aan gebruik/terugdringen van keuzemogelijkheden, financiële beloningen, sturen op informatie, wederzijds vertrouwen en samenwerking, die in de praktijk plaats zouden vinden binnen de inkooprelatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Hoewel een duidelijk verschil bestaat in de mate waarin sturingsmechanismen genoemd zijn, werden ze alle zes ook in de interviews genoemd. Veruit het meest kwamen sturen op informatie, voorwaarden aan gebruik/terugdringen van keuzemogelijkheden en samenwerking naar voren.

5.2.1. Sturen op informatie

Sturen op informatie als sturingsmechanisme voor de zorginkoop werd in nagenoeg ieder interview genoemd. “We hebben een aantal analyses waarop je kunt zien hoe een ziekenhuis scoort. De platte data zeg maar. Het is belangrijk om die met elkaar te delen. Als een ziekenhuis een bepaald afwijkend beeld laat zien, kan dat allerlei oorzaken hebben” (R9). Iedere zorgverzekeraar had zijn eigen benaming voor het geheel aan data waarop zij stuurden. Zo sprak R5 over factbooks: “Wij hebben natuurlijk heel veel data ter beschikking, factbooks. In die factbooks staan allerlei benchmarks en op basis van die benchmarks kan je heel makkelijk, bijvoorbeeld als je het over prijsniveau hebt, zien waar een instelling staat ten opzichte van de rest van Nederland. Dus dan stuur je meer op basis van de data die je vanuit centraal ter beschikking hebt”.

In verlengde van voornoemde gaf R2 aan informatie als basis te gebruiken voor het sturen van onderhandelingen: “Ik kijk in de voorbereiding naar het ziekenhuis. Kijk dan naar de financiële situatie van het ziekenhuis, zoals solvabiliteit en het resultaat van de afgelopen jaar. Dan kijk ik naar de volumeontwikkeling en het prijsniveau en wat het gemiddelde prijsniveau per unieke patiënt is. Vervolgens kijk ik of ik nog wat meer de diepte in moet op onderdelen of naar specifieke ICD tien groep achtige toestanden moet kijken. En dan kijk ik nog of er in het bijzonder speerpunten of problemen bij het ziekenhuis of in de regio zijn, waarop ik moet aanhaken.” Door deze informatie ook terug te geven aan zorgaanbieders pogen zorgverzekeraars veranderingen tot stand te brengen: “Insteek is om verbetering tot stand te brengen. Ook om die intrinsieke motivatie die een ziekenhuis heeft om die enigszins aan te wakkeren en dat je, zeg maar, dan ook spiegelinformatie biedt om ziekenhuizen verbeteringen te laten aanbrengen”, aldus R4.

5.2.2. Voorwaarden aan gebruik/terugdringen van keuzemogelijkheden

Voorwaarden aan gebruik/terugdringen van keuzemogelijkheden was het sturingsmechanisme dat na sturen op informatie het vaakst genoemd werd. Specifiek werd veel gesproken over selectief inkopen. Opvallend daarbij was dat het sturingsinstrument selectief inkopen vaak genoemd wordt, maar tegelijkertijd wordt aangegeven dat het in de praktijk vaak niet zover komt. “Waar je natuurlijk wel naar kijkt is dat je, zeg maar, ook een belangrijk deel bij de inrichting van zorg in Den Haag afvraagt: moet je alle zorg op twee plekken gaan doen of moet je toch tot een bepaalde verdeling komen van bepaalde zorg om het op een efficiëntere wijze te doen. Door kwaliteitsverbeteringen aan te brengen en te concentreren op, zeg maar, één plek.” gaf R4 aan. Om daar vervolgens aan toe te voegen dat het lastig is, omdat je patiënten toch de vrijheid wilt geven in artsenkeuze. De geïnterviewde omschrijft dit als volgt: “Het is wel een dingetje als je, zeg maar, je verzekerde zegt: voor die ingrepen moet je naar Ziekenhuis A, en voor andere ingrepen naar ziekenhuis B. Die belemmeringen wil je eigenlijk niet opleggen voor je verzekerde”. De zorg dat patiënten weggaan bij een bepaalde zorgverzekeraar als gevolg van het selectief inkoopbeleid is dan ook bij meerdere zorgverzekeraars aanwezig.

Twee van de geïnterviewde zorgverzekeraars hadden een meer eigengereide kijk op het sturingsmechanisme selectief inkopen. Eén daarvan was een kleinere zorgverzekeraar (R7). Zij gaven aan dat selectief inkopen niet in de doelstelling past om de toegankelijkheid van zorg voor hun verzekerden maximaal te houden. Vanuit R8 en 9, beiden werkzaam voor één van de vier grote zorgverzekeraars in Nederland, werd eveneens een andere kijk op selectief inkopen gedeeld. Zij gaven aan het waarborgen van de zorgplicht in relatie tot de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) mee te wegen in hun afwegingskader. De inschatting van reputatieschade en/of verzekerdenverlies is daarbij van meer ondergeschikt belang. “In de reputatiesfeer sta je als zorgverzekeraar vaak met 1-0 achter. Ook al heb je gelijk als er op een gegeven moment dokters ofzo zielig gaan doen van oh die arme patiënt. Dan wordt het een moeilijk verhaal maar desondanks hebben wij die discussie aangedurfd. Dat kost ons wellicht ook wat verzekerden die dan zeggen ‘ik heb een andere’, dus daarmee houden we allemaal rekening. Dan kost het maar wat verzekerden, een 2000 of whatever, maar we proberen dat toch, want we hebben nou eenmaal een markt” (R8). Als zij in de praktijk dan ook ruimte zien vanuit hun sturingsmodellen om selectief te sturen, gebeurt dit ook, mits dat binnen hun zorgplicht kan. Selectieve inkoop mag voor hen namelijk nooit ten koste gaan van de zorgplicht die zij als verzekeraar hebben.

Aanbod in de regio, één van de omgevingsfactoren waar in de volgende paragraaf verder op wordt ingegaan, wordt hierbij genoemd. Hoe meer alternatieven een regio biedt, hoe makkelijker het sturingsmechanisme selectief inkopen werd ingezet. “Bij ziekenhuis X in Rotterdam was dat natuurlijk veel makkelijker omdat daar meer alternatieven in de omgeving zitten, wat trouwens uiteindelijk heeft geleid tot een meerjarenovereenkomst. Het heeft wel zijn effect. De selectieve inkoop heeft wel effect als je dat toepast”, aldus R9. Het zorgde namelijk ervoor dat ook het ziekenhuis meer ging nadenken over haar positie richting de toekomst, waarna in samenwerking met de zorgverzekeraar een meerjarenplan werd opgesteld, waarin ook afspraken zijn gemaakt over het zorgportfolio van het betreffende ziekenhuis. Sommige zorg verdwijnt daardoor wellicht, maar dat biedt tegelijkertijd ruimte voor andere zorgonderdelen om wel te groeien.

Tegelijkertijd gaven R8 en 9 aan dat selectief inkopen niet zomaar wordt ingezet. Eerst maken zij een inschatting van de media-impact, alsook de reactie van de NZa. “Dat is wel iets dat je meeneemt bij selectieve inkoop, dat zijn wel middelen, als die beperkt worden ingekocht, dan wordt ook alles wel doorgesproken. Welk effect dit kan hebben en dat je negatief in de media kan komen of dat, als het zelfs al zover is, we dat script wel helemaal hebben doorgesproken met elkaar en wat dan ook is, is dat je afspraken maakt met de ziekenhuizen. Ook met het ziekenhuis in Parkstad en ook in Rotterdam heb je in principe al met elkaar afgesproken welke boodschap je afgeeft aan de media” (R9). Media impact is voor R8 en 9 nooit doorslaggevend voor het stellen van voorwaarden aan gebruik/het terugdringen van keuzemogelijkheden. Tot zekere hoogte zien zij het zelfs als middel om ook monopolistische aanbieders binnen een adherentiegebied te disciplineren. R8 benoemde dit als volgt: “In de pers

hebben we misschien best reputatie verloren en verzekerden die het niet snappen waarom het moet, waarom we dat beperkt inkopen, maar we doen dat dus ook een beetje omdat het onze rol is om de monopolies te disciplineren. Ook al zijn ze groot en denken ze van ‘ja, wij kunnen onze eigen eisen gewoon maar neerleggen’”. Naast de media impact wordt ook de reactie van de NZa meegewogen. Zoals eerder aangegeven, wordt dan voornamelijk bekeken of de zorgplicht niet in het gedrang komt als overgegaan wordt tot selectief inkopen.

5.2.3. *Samenwerking en wederzijds vertrouwen*

Samenwerking is het andere sturingsmechanisme dat veel genoemd wordt. De interviews laten echter zien dat sturen vanuit samenwerking niet los gezien kan worden van een groot marktaandeel. Iedere zorgverzekeraar heeft voor intensievere vormen van samenwerking een eigen benaming. Echter, in de basis dient de betreffende zorgverzekeraar eerst een groot marktaandeel te hebben alvorens een dergelijk samenwerkingsverband wordt aangegaan. Op de specifieke rol van het marktaandeel wordt in de volgende paragraaf dieper ingegaan.

Ook de bestuurlijke relatie werd nadrukkelijk genoemd als basis om te kunnen sturen vanuit samenwerking. Zonder goede bestuurlijke verhoudingen tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuisbestuur komt het zelden tot een intensieve samenwerking. “Wat belangrijk is, is de bestuurlijke relatie. Ik denk dat deze heel bepalend is, ook in partnership, maar ook in de relatie die je als ziekenhuis hebt. Als je geen goede bestuurlijke relatie hebt tussen een ziekenhuis en een verzekeraar dan is het heel lastig om daar überhaupt voortgang te boeken. Als het tussen de bestuurder van het ziekenhuis in Parkstad en onze bestuurder niet werkt, dan krijgen ze niks voor elkaar” (R6). Het hebben van een gedeelde visie tussen bestuurders werd daarin ook als belangrijk aangemerkt.

Vervolgens is ook de relatie tussen de zorginkoper(s) en zorgverkoper(s) van belang. Zo zei R9: “Ik vind het heel belangrijk dat je een goede basisrelatie met elkaar hebt. Uiteindelijk onderhandel je ook met elkaar, kopen wij voor onze verzekerden in maar we hebben een langdurige relatie met elkaar, waarbij je een hele goede balans moet vinden tussen wat je afsprekt en het begrip dat je voor elkaars positie moet hebben. Dus die balans vind ik heel belangrijk”. Het opbouwen van wederzijds vertrouwen door transparante informatiedeling tussen zorgverzekeraar en -aanbieder, het hebben van formeel en informeel contact en het delen van dezelfde visie lijken daarmee een belangrijke basis te vormen om te kunnen gaan sturen vanuit samenwerking.

5.2.4. *Financiële beloningen en onthouding van middelen*

Van de genoemde sturingsmechanismen worden financiële beloningen en onthouding van middelen beduidend minder vaak genoemd. Ten aanzien van financiële beloningen komt dit ook omdat deze vaak samengaan met meerjarige afspraken die gesloten worden in het kader van intensievere samenwerkingsverbanden. In die meerjarige samenwerkingsvormen wordt nadrukkelijk voor andere financieringsvormen gekozen. “Het houdt wat ons betreft geen stand om een heel duidelijk plafond te maken op het moment dat je een uitdaging aangaat met

elkaar om bepaalde zorg te gaan verplaatsen of dat je zegt van ‘nou, we willen met andere zorginitiatieven andere zorg vormgeven om op de lange termijn die toegankelijkheid te borgen en dus gaan we heel nadrukkelijk over transitie’. Wat je dan ziet, is dat op het moment dat je een meerjarenafpraak maakt, maar toch nog een productieprikkel laat in de vorm van bijvoorbeeld P maal Q-afspraken, dan houdt het voor ons geen stand om die dingen naast elkaar te voeren. Je wilt ook voor het ziekenhuis de tijd en de ruimte geven om, als bijvoorbeeld de omzet daalt ten gevolge van bepaalde behandelingen, om die kostenstructuur navenant aan te passen” (R1). Met andere woorden, op dat moment wordt dus een financiële zekerheid geboden aan het ziekenhuis om ook daadwerkelijk te kunnen veranderen. Vaak wordt een aanneemsom dan genoemd als alternatief voor prijs x volumeafspraken.

Financiële beloningen komen ook terug vanuit shared savingsafspraken. Inhoudend dat als zorgverzekeraars en ziekenhuizen afspraken maken waarmee geld verdiend wordt en/of kosten verlaagd, dat voordeel gedeeld wordt tussen aanbieder en zorgverzekeraar. Vaak werd daar dan een termijn aan gekoppeld: “Minder verwijzingen betekent misschien een omzetsdaling van het ziekenhuis. Dan kan je natuurlijk afspreken daar gaan we iets aan doen, we gaan direct één, twee of drie jaar de garantie geven voor dat stukje omzet. Of je bouwt door de jaren heen steeds een kleiner beetje af” (R7). Voornamelijk in langdurige samenwerkingsafspraken werden dan ook (lange) termijn doelstellingen afgesproken en bijhorende financiële kaders gekoppeld. Waarbij opgemerkt dient te worden dat nagenoeg alle zorgverzekeraars uitgingen van een krimpscenario voor de ziekenhuizen: “Krimp zit er altijd in en dat is een soort aanneemsomachtig iets met eventueel shared savings of zo iets. Er zijn meerdere modellen, dat is niet allemaal hetzelfde maar vormt wel het grote geheel” , aldus R8.

Ten aanzien van het onthouden van middelen geven zorgverzekeraars aan terughoudend te zijn. Daarbij werd veel verwezen naar de tijdsgeest. Men gaf aan dat het op dit moment niet mogelijk is om binnen het maatschappelijk debat een ziekenhuis failliet te laten gaan of in de problemen te brengen. “In de huidige tijdsgeest gaat het niet gebeuren dat Zoetermeer zonder ziekenhuis komt te zitten en wij willen ook nu niet in de pers komen als de zorgverzekeraar die het Langeland omvergeduwd heeft. Dat kunnen wij ons niet veroorloven. Ook onder maatschappelijke druk, ook onder politieke druk, dat speelt zeker mee in onze afwegingen” (R1). Daar waar zorgverzekeraars alsnog overgaan tot het onthouden van middelen wordt dat in de praktijk vaak ruimschoots van tevoren met elkaar gecommuniceerd. Op een afgesproken moment vindt vervolgens ook geen vergoeding meer plaats, ongeacht of je als ziekenhuis in het kernwerkgebied of buitengebied van de betreffende zorgverzekeraar valt: “bepaalde declaratiecodes, die binnenkomen als de prijslijsten worden opgesteld, die kopen wij gewoon niet meer in. Er wordt geen onderscheid gemaakt of je een kernwerkgebied ziekenhuis bent of dat je een ziekenhuis bent uit een andere regio” (R10).

Onderdeel	Genoemd in de interviews:	Korte samenvatting:
<u>Doelen:</u>	Kosten- en Volumebeheersing. Toegankelijkheid Kwaliteit van zorg	Het doel kosten- en volumebeheersing werd in de interviews het vaakst benoemd. Toegankelijkheid kwam daarna. Sturen op kwaliteit van zorg wordt wel geprobeerd, maar is tegelijkertijd moeilijk door het gebrek aan eenduidige indicatoren.
<u>Sturings- mechanismen:</u>	Sturen op informatie Voorwaarden aan gebruik/ Het terugdringen van keuzemogelijkheden Samenwerking en wederzijds vertrouwen Financiële beloningen Onthouding van middelen.	Zorgverzekeraars gaven terug over ontzettend veel data te beschikken. Deze zetten zij actief in als sturingsmechanisme voor het bereiken van doelen. Terugdringen van keuze of het stellen van voorwaarden aan gebruik wordt eveneens regelmatig ingezet. Volledig onthouden van middelen gebeurt echter een stuk minder. De huidige tijdsgeest werd daarbij als verklaring gegeven. Aanbod van zorg in de betreffende regio is eveneens belangrijk. Financiële beloningen gaan veelal samen met termijnafspraken. Het geven van een aanneemsom alsook shared savings moeten ziekenhuizen daarbij comfort bieden. Samenwerking en wederzijds vertrouwen werden vaak in gezamenlijkheid genoemd. Belangrijk is ook het marktaandeel, waarop in de volgende paragraaf wordt ingegaan.

Figuur 6. Schematisch tussenoverzicht van de doelen waarop gestuurd werd en de daarvoor ingezette sturingsmechanismen.

5.3 Marktaandeel en aanbod van zorg in de regio

In de paragrafen 5.1 en 5.2 staat uitgewerkt welke doelen zorgverzekeraars nastreven in hun inkooprelatie met ziekenhuizen, alsook welke sturingsmechanismen zij hiervoor gebruiken. Kern van voorliggend onderzoek is echter kijken of er een verschil aanwezig is in de doelen die worden nagestreefd en/of de sturingsmechanismen die daarvoor worden ingezet als het marktaandeel van de zorgverzekeraar groter wordt en/of dat het aanbod van de zorg in de regio daarop een invloed heeft. In deze paragraaf wordt dan ook specifiek ingegaan op deze twee onderdelen.

5.3.1. Aanbod van zorg in de regio

In acht van de tien interviews werd het aanbod in de regio als een belangrijke factor van invloed benoemd voor met name de sturingsmechanismen die zorgverzekeraars inzetten. Voor de doelen waarop gestuurd wordt, is de invloed nagenoeg niet aanwezig. Dat wil zeggen, zorgverzekeraars sturen in zowel een geconcentreerd als versnipperde aanbodregio op de doelen kosten- en volumebeheersing, kwaliteit van zorg en toegankelijkheid, maar zetten andere sturingsmechanismen in om deze doelen te bereiken in een meer versnipperd gebied. R1, actief in

een versnipperde aanbodregio, benoemt dit als volgt: “(...) partijen die zien elkaar als concurrenten, hoewel ze ook wel veel samenwerken, staan ze wel in concurrentie tot elkaar. Ik vind dat je als verzekeraar dan toch, in zekere mate, ook wel gebruik ervan kunt maken. In die zin van als je een bepaalde richting op wil gaan of je wilt een bepaald beleid ontwikkelen, kun je daar natuurlijk partijen voor tegen elkaar, nou, uitspelen klinkt een beetje vies, maar dat is wel de praktijk van hetgeen gebeurt. Je gaat dan natuurlijk kijken waar kan ik mijn doelstellingen met wie bereiken. Zeker omdat in Haaglanden beide partijen ongeveer even groot zijn, wel een duidelijk eigen adherentiegebied hebben, maar voor een aantal functies wel in duidelijke concurrentie staan”. Andere zorgverzekeraars die actief zijn in een regio met versnipperd aanbod onderschrijven voornoemde denklijn.

Meer concreet zorgde een versnipperd aanbod onder andere ervoor dat meer discussie rondom prijs plaatsvond: “In een regio als Eindhoven kun je, ook zeker in de prijsdiscussie, wat anders discussiëren als er vijf ziekenhuizen in de buurt zijn dan dat je dat in Zeeland doet waar twee ziekenhuizen op afstand van elkaar zijn. Dus ja, dat maakt wel wat uit en niet alleen als je het over kosten hebt, maar ook over kwaliteit van zorg. Als je weet dat je een specialistengroep hebt in een bepaald ziekenhuis die een goede naam heeft, dan heb je wat meer mogelijkheden in een dichtbevolkte ziekenhuisregio dan een regio waar je minder keuze hebt” (R5). Beiden voorbeelden laten zien dat zorgverzekeraars in een dergelijke regio eerder voorwaarden aan gebruik stellen/keuzemogelijkheden terugdringen dan in een geconcentreerde regio het geval is.

Aanbod van zorg in de regio heeft daarmee invloed op de hardheid waarop zorgverzekeraars de onderhandelingen voeren. Een andere factor die hierin ook terugkomt, en ook eerder al een keer werd aangehaald, is de zorgplicht die vanuit de zorgverzekeringswet in Nederland bij zorgverzekeraars is neergelegd. “Bij het ziekenhuis in Rotterdam zijn we wat hard ingegaan, omdat we daar mogelijkheden hadden zonder dat we problemen kregen met onze zorgplicht. Weet wel dat de NZa dan dagelijks aan de telefoon hangt”, aldus R9. Die specifieke situatie bleek in Rotterdam goed te kunnen verlopen, doordat het aanbod van zorg in de regio voldoende aanwezig bleef om aan de zorgplicht te voldoen. In regio's zoals Parkstad Limburg, waar veel minder zorgaanbod is, werden alleen specifieke zorgonderdelen met voldoende alternatieven omgeleid, terwijl bij het ziekenhuis in Rotterdam nagenoeg alle zorg omgeleid kon worden. Daarmee heeft het aanbod van zorg in de regio direct invloed op de wijze waarop het sturingsmechanisme voorwaarden aan gebruik/terugdringen van keuzemogelijkheden ingezet kan worden. “Bij het ziekenhuis in Parkstad hebben we wel geprobeerd meer te doen. Dan ga je gewoon veel meer sturen op type zorg en zoeken waar wel aanbod is. Waar we bij het ziekenhuis in Rotterdam bijna alle zorg hebben omgeleid, behalve spoed, hebben we bij het ziekenhuis in Parkstad gekozen voor een aantal speerpunten, waarvan we wisten dat we elders voldoende zorg ingekocht hadden” (R9).

Geconcludeerd kan dus worden dat aanbod van zorg in de regio invloed heeft op de sturingsmechanismen die zorgverzekeraars inzetten. Specifiek het sturingsmechanisme voorwaarden aan gebruik/terugdringen keuzemogelijkheden. Ten aanzien van de doelen die in de relatie worden nagestreefd wordt geen directe invloed gevonden. Wel is het zo dat zorgverzekeraars aangeven iets harder de onderhandelingen in te zetten als het gaat om kosten- en volumebeheersing of kwaliteit van zorg, maar echt daadwerkelijk anders daarop sturen, gebeurt niet.

5.3.2. Marktaandeel zorgverzekeraar

Aanbod van zorg in de regio beïnvloedt de hardheid waarmee zorgverzekeraars sturen op doelen zonder dat de doelen op zichzelf veranderen, alsook de inzet van het sturingsmechanisme voorwaarden aan gebruik/terugdringen van keuzemogelijkheden. Desalniettemin verschillen de meningen van de verschillende zorgverzekeraars over de voordelen van een versnipperde regio. Hoewel ze daardoor wat meer mogelijkheden krijgen om te sturen, zien en benoemen zij ook nadelen. Deze nadelen hangen voornamelijk samen met de extra mogelijkheden die ontstaan in een geconcentreerd gebied in combinatie met een hoog marktaandeel. Daarop wordt in deze paragraaf dan ook verder ingegaan.

5.3.2.1. Marktaandeel zorgverzekeraar en doelen waarop zorgverzekeraar stuurt

Waar het aanbod van zorg geen invloed had op de doelen waarop de zorgverzekeraar stuurt, was dat anders voor het marktaandeel van de zorgverzekeraar in een bepaald adherentiegebied. Daarbij delen zorgverzekeraars hun adherentiegebieden veelal in op basis van de grootte van hun marktaandeel. Dat wil zeggen, in regio's waar zij een groot marktaandeel hebben, werd gesproken van een kernwerkgebied, of een vergelijkbare term, en regio's waar zij een kleiner marktaandeel hebben werden buitengebieden, of vergelijkbaar, genoemd. Hoewel dit vooral van toepassing is voor de vier grote zorgverzekeraars in Nederland is de verandering van sturing op doelen eigenlijk altijd zichtbaar als het marktaandeel groter wordt. Zo sprak R7, werkzaam bij één van de kleinere zorgverzekeraars, over het verschil tussen hun marktleidende situatie en het hebben van een kleiner marktaandeel: "We zitten met ongeveer een derde van onze populatie in ons kerngebied, zoals dat heet. Dat is echt waar wij de allergrootste zijn en bij een aantal instellingen ook marktleider zijn, dus het grootste marktaandeel hebben bij een aanbieder. Dat maakt dat je inderdaad een heel ander gesprek hebt met ziekenhuizen waar je marktleider bent dan met een ziekenhuis waar je misschien één procent marktaandeel hebt." In dat verlengde zei R7 daarover: "de mate dat je samen iets kan afspreken om echt de bedrijfsvoering van een instelling te beïnvloeden om het zo te zeggen, is natuurlijk wel kleiner als je een kleiner marktaandeel hebt."

In die opmerking lijkt de crux te zetten als het gaat om de sturing op doelen door zorgverzekeraars. Hoe groter het marktaandeel is, hoe meer gestuurd wordt op een gezamenlijkheid van doelen. Dat werd gedaan door in te zetten

op afspraken die samengaan met sturen op het ziekenhuis als geheel, inclusief de interne bedrijfsvoering. Primair werd daarbij ingezet op sturing middels samenwerking, waar in de volgende paragraaf op teruggekomen wordt. Als het marktaandeel juist lager is, werd veel meer de focus gelegd op het doel kosten- en volumebeheersing. “Je hebt natuurlijk in een kerngebied actief meewerken aan veranderingen van het zorglandschap. Daar zit je wel op een andere manier in. Wij hebben het in het buitengebied vaak alleen maar over volume, over prijsniveau. Dat zijn wel de belangrijkste” als ook “wij krijgen een bepaald mandaat mee en ik heb gevoel dat bij buitengebieden vooral inderdaad belangrijk is binnen dat mandaat te blijven. Het mandaat is dan in principe gebaseerd op volume en prijs”, aldus respectievelijk R5 en R10.

Op hoofdlijnen is het dus zo dat een groter marktaandeel leidt tot het sturen op een gezamenlijkheid van de doelen kosten- en volumebeheersing, kwaliteit van zorg en toegankelijkheid, terwijl bij een kleiner marktaandeel de doelen kosten- en volumebeheersing voorop staan. Een verklaring voor deze werkwijze van zorgverzekeraars kan gevonden worden in het onderling vertrouwen. Men gaat ervan uit dat als iedere zorgverzekeraar in zijn eigen kernwerkgebied inzet op het totaal aan doelen waarop gestuurd kan worden, uiteindelijk op macroniveau toch goede afspraken gemaakt worden. “Omdat iedereen zijn focus heeft op zijn eigen kernwerkgebied kan dit ervoor zorgen dat die gebieden ook vanuit zorgverzekeraars voldoende aandacht hebben voor ziekenhuizen om ervoor te zorgen dat ze dus niet elk jaar met vijf à tien procent groeien”, aldus R10. Daarbij speelt ook het gevoel van verantwoordelijkheid een rol. Zorgverzekeraars voelen zich meer verantwoordelijk voor een regio waarin zij veel verzekerden hebben zitten dan een regio waarin dat niet het geval is: “wij hebben daar onze kernwerkgebieden in. Dat zijn de werkgebieden waar wij marktleider zijn, dus een groot marktaandeel hebben, en waarbij de instelling met wie we in gesprek zijn van strategisch belang zijn om ook bijvoorbeeld te voldoen aan onze zorgplicht, maar ook omdat wij vinden op die regio voldoende verantwoordelijkheid te hebben ten aanzien van de inrichting van de zorg in die regio”. Een gegeven dat volgens R1 tevens gevolgen heeft voor een verminderde focus op andere gebieden.

5.3.2.2. Marktaandeel zorgverzekeraar en de sturingsmechanismen die worden ingezet

Naarmate het marktaandeel groter wordt, sturen zorgverzekeraars meer op het geheel aan doelen van kosten- en volumebeheersing, kwaliteit van zorg en toegankelijkheid. Dat gaat gepaard met een focusverandering in de sturingsmechanismen die worden ingezet. Zorgverzekeraars die in een bepaald adherentiegebied een groot marktaandeel hebben, proberen vooral op het geheel aan doelen te sturen middels het sturingsmechanisme samenwerking. Vanuit samenwerking proberen zorgverzekeraars vervolgens ook andere sturingsmechanismen in te bedden. Veelal gebeurt dit op basis van meerjarenafspraken: “Bij een groter marktaandeel ga je meer uit van vertrouwen en je gaat ook meer voor een langere termijnvisie die je gezamenlijk uitdraagt, waarvan je weet dat dat dit niet op korte termijn al effecten met zich mee zal brengen”. Daarvoor wordt dan ook gekeken hoe je financiële

beloning kan inbedden, bijvoorbeeld door het geven van een vaste aanneemsom: “(...) een aanneemsom biedt natuurlijk meer comfort voor de ziekenhuizen om een bepaalde beweging tot stand te brengen” (R4).

Zorgverzekeraars proberen daarbij wel onderscheidend te zijn in hun aanpak en de ene zorgverzekeraar is daar eerder mee begonnen dan de andere. Niettemin blijft de rode draad dat het hebben van een groot marktaandeel, liefst het marktleiderschap, binnen dat adherentiegebied belangrijk is: “Voordat je een samenwerking inzet, dan moet je wel een groot marktaandeel hebben. In ieder geval marktleider of in de buurt van marktleiderschap en daar hebben we een andere dimensie en dat zijn wel hele andere contracten. Dat zijn contracten waar we heel veel met bureaus, ook extern, en eigen mensen inzetten om te komen tot een soort projectorganisatie en zelf projectmedewerkers inzetten die heel dicht bij de instelling zitten. Zij kijken wat ze daar kunnen bereiken en vervolgens ook ophalen wat we daar leren om elders in te zetten”, aldus R8. Naast de extra inspanningen en het opbouwen van wederzijds vertrouwen kwam vaak ook een financiële beloning naar voren.

Andere zorgverzekeraars volgen voornoemde beweging in die adherentiegebieden waar sprake is van een groot marktaandeel. Vanuit samenwerkingsvormen proberen zorgverzekeraars te sturen op het geheel aan doelstellingen. Deze afspraken worden dan nagenoeg altijd voor een langere periode gemaakt. “Dan heb je een situatie rondom partnership, duurzame coalities, waarin je een afspraak maakt over zowel prijs, volume, kwaliteit als toegankelijkheid en kijkt hoe we in partnership de komende jaren toe kunnen naar de doelstelling die we hebben, bijvoorbeeld vanuit het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord, en daar past een meerjarenafpraak bij met eventuele inzet van transformatiegelden”, gaf R6 bijvoorbeeld terug. Nagenoeg alle sturingsmechanismen worden dan ingezet om het geheel aan doelen te bereiken.

Over de gehele linie is dus te zien dat bij een groter marktaandeel in een bepaald adherentiegebied steeds meer op doelen gestuurd wordt vanuit samenwerking. Die samenwerking krijgt vervolgens inhoud, doordat ook zorgverzekeraars meer tijd, geld en mankracht beschikbaar stellen om het geheel aan doelstellingen te realiseren. Ook de frequentie van formeel en informeel contact neemt daarmee toe. Met als gevolg dat zij voornamelijk wederzijds vertrouwen opbouwen, naar mogelijkheden zoeken om ziekenhuizen financieel te belonen en actief sturen in de keten door zowel de instroom als de uitstroom van het ziekenhuis anders vorm te geven. Andere zorgverzekeraars sluiten zich daarbij aan en geven bovendien aan dat in adherentiegebieden met een groter marktaandeel ook de sturing op informatie beter wordt. Een gegeven dat voortkomt uit het feit dat met grotere hoeveelheden data ook meer betrouwbare informatie aanwezig is over de gehele populatie. R6 zei daarover: “In de kernregio’s, daar kun je impact maken. Daar vindt ook meer het gesprek plaats over de doelmatigheid van zorg, daar vinden gesprekken plaats over sturing op kwaliteit van zorg. Uiteindelijk hebben wij daarvoor natuurlijk ook onze informatievoorziening als het gaat om doelmatigheid. Die halen wij uit onze eigen databases, uit onze eigen

verzekerdenpopulatie en die verzekerdenpopulatie kun je dan weer afzetten tegen naar welk ziekenhuis ze zijn geweest. Dan is het makkelijker te kijken naar een verzekerdenpopulatie van zestig procent bij een bepaald ziekenhuis dan dat je kijkt naar een verzekerdenpopulatie van vijf procent bij een bepaald ziekenhuis. Dat zegt niet zoveel, het zijn geen betrouwbare gegevens”.

Een interessante constatering ten aanzien van de verschillende adherentiegebieden in het onderzoek was dat zorgverzekeraars aangeven dat in een meer geconcentreerd adherentiegebied gemakkelijker gestuurd kan worden middels samenwerking dan in een versnipperd gebied. Een gegeven dat met name naar voren komt als de regio Haaglanden wordt afgezet tegen de regio Limburg. Voor de regio Eindhoven, waar twee zorgverzekeraars de markt leiden met een ongeveer even groot marktaandeel, gold dat minder. Met twee partijen lukt het nog in zekere mate om dezelfde doelstellingen na te streven. Daarbij helpt het ook dat het aanbod van zorg minder versnipperd is dan in de regio Haaglanden het geval is. Om ook in de regio Haaglanden tot voldoende slagkracht te komen als zorgverzekeraars proberen de twee marktleidende partijen intensiever met elkaar op te trekken. “Wat Haaglanden unieker maakt is dat we daar heel nadrukkelijk optreden met de tweede zorgverzekeraar om samen met elkaar die massa te vertegenwoordigen, waarmee we wel houtsnijden voor het ziekenhuis om het gesprek aan te gaan en dat betekent dus ook dat je als zorgverzekeraars onderling moet proberen een gezamenlijk beeld te vormen van hoe die regio er dan moet uitzien en dan word je beperkt door een aantal dingen op het gebied van mededinging en dat soort zaken” (R1). Hoewel zorgverzekeraars proberen tot een gezamenlijk optrekken richting ziekenhuizen te komen, lukt dat in de praktijk niet altijd. In de praktijk leidt dit nog weleens ertoe dat veranderingen minder snel op gang kunnen komen of dat het gevoel bestaat dat er weinig gebeurt: “Of er gebeurt niet zoveel hè, Den Haag is zo’n regio waar alles lam ligt, omdat niemand daar initiatief neemt” (R3).

Het zijn vooral de korte lijnen en bijkomende eenduidigheid die als groot voordeel werden gezien van een meer geconcentreerde vraagzijde van de markt. “De lijnen zijn, zeg maar, korter. De relatie kan dan intensiever zijn, om dat ook voor elkaar te krijgen. Ik denk niet dat het hebben van meerdere zorgverzekeraars in Den Haag ertoe leidt dat veranderingen sneller tot stand komen, dan in regio’s waar je een dominantie zorgverzekeraar hebt en een paar kleinere eromheen”, aldus R4. Een opmerking die dus ook bij andere zorgverzekeraars naar voren komt en ook gezien kan worden als een gedeelde systeemkritiek. Over alle interviews heen is het slechts specifiek één van de vier grote zorgverzekeraars in Nederland die zich expliciet uitspreekt voor het huidige concurrentiemodel.

5.3. Configuraties die zorgverzekeraars volgen gegeven het adherentiegebied

Vanuit het conceptueel model werden verschillende adherentiegebieden met elkaar vergeleken. Daarbij werd steeds gekeken of het marktaandeel en/of het aanbod van zorg in de regio invloed had op de doelen waarop zorgverzekeraars sturen, alsook op de sturingsmechanismen die zij daarvoor inzetten. Op basis van voornoemde resultaten kunnen een aantal configuraties worden afgeleid die laten zien wat de invloed van marktconcentratie in een adherentiegebied is op de doelen en de daarvoor ingezette sturingsmechanismen.

	Laag geconcentreerde regio		Middel geconcentreerde regio		Hoog geconcentreerde regio	
	1. Hoog Marktaandeel	2. Laag Marktaandeel	3. Hoog Marktaandeel	4. Laag Marktaandeel	5. Hoog Marktaandeel	6. Laag Marktaandeel
Voornaamste doel(en) waarop gestuurd wordt:	Kosten- en volume beheersing	Kosten- en volume beheersing	Integraal op kosten- en volumebeheersing, toegankelijkheid en kwaliteit	Kosten- en volume beheersing	Integraal op kosten- en volumebeheersing, toegankelijkheid en kwaliteit	Kosten- en volume beheersing
Belangrijkste Sturingsmechanismen die worden ingezet	Samenwerking. Optrekken met (2e)marktleider. Sturen op portfolio en financiële beloningen	Voorwaarden aan gebruik en sturen op informatie.	Samenwerking met Ziekenhuis en (2e) marktleider.	Voorwaarden aan gebruik en sturen op informatie.	Samenwerking als basis voor andere sturingsmechanismen	Voorwaarden aan gebruik en sturen op informatie.

Figuur 7. Weergave van de invloed van marktconcentratie en marktaandeel binnen een adherentiegebied.

De configuraties in figuur 7 laten de invloed van de marktstructuur aan de vraag en aanbodzijde zien, uitgedrukt in de Herfindahl-Hirschman Index (HHI), en het bijhorende marktaandeel binnen het adherentiegebied op de doelen waarop zorgverzekeraars sturen, alsmede de mechanismen die zij daarvoor inzetten. Geconstateerd wordt dat meer versnippering, uitgedrukt door een lagere HHI, binnen het adherentiegebied ertoe leidt dat meer nadruk wordt gelegd op het doel kosten- en volumebeheersing. Dit gebeurt zowel door zorgverzekeraars met een groter als met een kleiner marktaandeel. Anders is dat bij een meer geconcentreerd adherentiegebied. In een meer geconcentreerd adherentiegebied is namelijk te zien dat de omvang van het marktaandeel invloed heeft op de doelen waarop gestuurd wordt. Geconstateerd wordt dat meer geconcentreerde marktomstandigheden gecombineerd met een hoog marktaandeel ertoe leidt dat zorgverzekeraars integraal gaan sturen op alle drie de doelstellingen. Daar staat tegenover dat zorgverzekeraars met een lager marktaandeel meer op kosten en volumebeheersing sturen bij geconcentreerde marktomstandigheden.

Het feit dat in versnipperde marktomstandigheden zowel bij een hoger als lager marktaandeel gestuurd wordt op kosten- en volumebeheersing kan verklaard worden, doordat zorgverzekeraars aangeven dat verschillende factoren integraal sturen bemoeilijken. Zo zorgt versnippering ervoor dat zorgverzekeraars moeten spreken met veel zorgaanbieders zonder dat ze daar eigenstandig bindende afspraken kunnen maken. De marktleidende zorgverzekeraar in de regio Haaglanden heeft namelijk een marktaandeel van 26 procent. Daarachter volgen drie zorgverzekeraars met een ongeveer even groot marktaandeel. Een ziekenhuis gaat echter niet voor slechts 20 procent van haar zorg de organisatie volledig anders inrichten. Willen zorgverzekeraars in een regio als Haaglanden alsnog bindende afspraken maken, moeten zij eerst ervoor zorgen dat ze het onderling eens worden over de inhoudelijke koers die gevaren moet worden. Dat dient, gezien de spelregels die hiervoor vanuit de autoriteit consument en markt gelden, te gebeuren zonder dat daarbij afspraken gemaakt worden over prijzen. Daarmee zorgt versnippering ervoor dat individuele zorgverzekeraars voornamelijk sturen op kosten- en volumebeheersing in plaats van dat ze op een geheel van doelen kunnen sturen als sprake is van een hoog marktaandeel.

Anders is dat in een geconcentreerder adherentiegebied, waarbij een zorgverzekeraar maar met maximaal één andere zorgverzekeraar dient af te stemmen. In die regio's is het voor de zorgverzekeraars die een hoog marktaandeel hebben gemakkelijker om op integrale doelen te sturen. Zij brengen dan dusdanig veel verzekerden in die zorgvragen bij het betreffende ziekenhuis dat het mogelijk is om vanuit dat vertrekpunt ook daadwerkelijk veranderingen in de bedrijfsvoering door te voeren. Een tweede groot voordeel is dat in een geconcentreerdere markt ook meer congruente afspraken gemaakt kunnen worden met partijen die de in- en uitstroom uit het ziekenhuis mede bepalen. Denk daarbij aan afspraken met huisartsen en de verpleegzorg. Als er al meer versnippering aanwezig is, wordt het voor zorgverzekeraars moeilijker om die congruentie te waarborgen.

Voorname constatering met betrekking tot de doelen waarop gestuurd werd, hebben ook gevolgen voor de sturingsmechanismen die werden ingezet. Zo wordt in een geconcentreerde regio bij een hoog marktaandeel veel meer gestuurd vanuit directe samenwerking met het ziekenhuis dan in een versnipperde regio. Vaak gebeurde dat middels meerjarenafspraken, waarin tevens andere sturingsmechanismen werden opgenomen. Denk daarbij aan financiële beloningen, zoals het bieden van een vaste aanneemsom voor het ziekenhuis en shared savings afspraken, als ook sturen op informatie op basis van parameters die in gezamenlijkheid worden afgesproken. Bij een lager marktaandeel in een geconcentreerd adherentiegebied zetten zorgverzekeraars vooral in op het drukken van kosten en volumes door te sturen op informatie vanuit de factbooks die zorgverzekeraars hierover beschikbaar hebben. Ook maakten zij actief gebruik van het stellen van voorwaarden aan gebruik, zoals het moeten accepteren van vaststaande referentietarieven voor bepaalde zorgproducten door ziekenhuizen. Verklaring voor het feit dat

andere sturingsmechanismen worden ingezet bij een hoger marktaandeel ten opzichte van een lager marktaandeel in een geconcentreerd adherentiegebied, kan gevonden worden in het feit dat zorgverzekeraars onderscheid maken tussen kernwerkgebieden en buitengebieden. Wanneer een ziekenhuis in een buitengebied ligt, heeft de zorgverzekeraar daar in de regel een laag marktaandeel en relatief weinig omzet. Men vertrouwt er dan min of meer op dat de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel in dat adherentiegebied gedegen afspraken maakt waar zij zich aan kunnen conformeren, zodat zij hetzelfde kunnen doen in die regio's waar zijzelf een groot marktaandeel hebben.

In het versnipperde adherentiegebied werd bij een kleiner marktaandeel op een vergelijkbare wijze gestuurd als bij een geconcentreerde markt het geval was. Dat wil zeggen, ook zij sturen voornamelijk middels informatie en stellen voorwaarden aan gebruik. Hierbij is het wel zo dat in een versnipperd gebied iets meer de grenzen opgezocht worden als het gaat om het verplaatsten van zorg of het maximeren van volumemogelijkheden. Verklaring hiervoor kan gevonden worden in de zorgplicht van zorgverzekeraars. Aangegeven werd dat zij eerder het instrument selectief contracteren inzetten op het moment dat er meer vergelijkbare zorgaanbieders in een bepaalde regio actief zijn omdat zij dan weten dat ze altijd de zorg aan hun verzekerden kunnen garanderen. Zorgverzekeraars met een groter marktaandeel in een versnipperde regio sturen, in tegenstelling tot een meer geconcentreerde regio, minder vanuit samenwerking. Zij proberen vooral op te trekken met de (tweede) marktleider in de regio en van daaruit tot gezamenlijke afstemming te komen over de inrichting van de zorg richting de toekomst. Uiteindelijk dienen zij echter ieder individueel te sturen richting de ziekenhuizen zelf. Dat gebeurt dan met name door portfolio afspraken te maken en het geven van financiële zekerheden.

6. Conclusie en Discussie

Dit hoofdstuk geeft een discussie weer over de belangrijkste conclusies die gevonden zijn in het onderzoek. Allereerst worden daarvoor in paragraaf 6.1 de conclusies van het onderzoek weergegeven in relatie tot de onderzoeksvraag. Vervolgens worden deze conclusies in paragraaf 6.2 bediscussieerd, waarna in paragraaf 6.3 de belangrijkste theoretische implicaties worden beschreven. Daarin wordt aangegeven wat zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders kunnen leren van voorliggend onderzoek. Als laatste wordt in paragraaf 6.4 ingegaan op methodologische beperkingen van het onderzoek alsook geconstateerde limitaties en worden aanbevelingen gedaan voor toekomstig onderzoek.

6.1. Conclusie

Voorliggend onderzoek had als doel te onderzoeken welke invloed marktomstandigheden binnen een adherentiegebied hebben op enerzijds de doelen die zorgverzekeraars nastreven in hun inkooprelatie met ziekenhuizen en anderzijds op de sturingsmechanismen die zorgverzekeraars inzetten om die doelen te bereiken. Ten aanzien van het sturen op doelen ontspringen vanuit de literatuur namelijk een tweetal stromingen. Vanuit gereguleerde marktwerking wordt ervan uitgegaan dat meer concurrentie leidt tot het inkopen van kwalitatief hoogwaardige zorg voor een concurrerende prijs (Enthoven, 1993), terwijl de andere stroming zich veel meer richt op de zorgverzekeraar als regisseur (Zuiderent-Jerak, Grit, & Van der Grinten, 2011). Inhoudend dat meer concurrentie sturen op verschillende doelstellingen juist moeilijker maakt. Vanuit beide stromingen is het echter onduidelijk wat de exacte invloed van meer concurrentie is op de doelen waarop zorgverzekeraars sturen en de sturingsmechanismen die zorgverzekeraars daarvoor inzetten richting zorgaanbieders. Ook is onduidelijk of er andere marktomstandigheden zijn die van invloed zijn op de sturingsmechanismen van zorgverzekeraars. Voorliggend onderzoek levert een bijdrage voor het beantwoorden van dat kennisprobleem.

Om voornoemde te onderzoeken, stond de volgende probleemstelling centraal: *“Hoe wordt het sturen op doelen en de bijbehorende inzet van sturingsmechanismen door zorgverzekeraars in de inkooprelatie met ziekenhuizen bepaald door de context van het adherentiegebied waarbinnen de inkooprelatie plaatsvindt?”* Voor het beantwoorden van de probleemstelling werden a priori zowel de doelen waarop zorgverzekeraars kunnen sturen, als de sturingsmechanismen die zij hiervoor inzetten, bepaald op basis van literatuuronderzoek. Voor wat betreft doelen kwamen een drietal doelen naar voren waarop zorgverzekeraar x kan sturen bij ziekenhuis y. Achtereenvolgens zijn dit kostenbeheersing middels prijs en volumebeheersing, kwaliteit van zorg en toegankelijkheid (Heijink, Mosca, & Westert, 2013). Vervolgens zijn een zestal sturingsmechanismen gevonden die zorgverzekeraars inzetten om hun doelen te bereiken.

Naar aanleiding van voorliggend onderzoek kan geconcludeerd worden dat een verandering van marktomstandigheden invloed heeft op de wijze waarop zorgverzekeraars sturen op doelen en de sturingsmechanismen die zij inzetten om die doelen te bereiken. Dat geldt voor zowel de contextvariabele marktaandeel van de zorgverzekeraar als het aanbod van zorg in een bepaald adherentiegebied. In een versnipperd adherentiegebied werd beduidend meer gestuurd op het doel kosten- en volumebeheersing. Marktaandeel binnen een versnipperde regio bracht enkel een nuanceverschil. Een gegeven dat zich ook uit in het sturingsmechanisme dat wordt ingezet om het doel te bereiken. Wanneer sprake is van een groot marktaandeel, trachten zorgverzekeraars in een versnipperd adherentiegebied toch in zekere mate te sturen vanuit samenwerking. Dat doen zij door op te trekken met de (tweede) marktleider, alsook door inhoudelijke afstemming te zoeken over het portfolio van ziekenhuizen en het inzetten van financiële beloningen. Bij een kleiner marktaandeel wordt eerder gestuurd middels het stellen van voorwaarden aan gebruik/terugdringen van keuzemogelijkheden en op basis van informatie. Meer aanbod in de regio maakt het voor zorgverzekeraars daarbij mogelijk meer eisen neer te leggen bij zorgaanbieders.

In meer geconcentreerde regio's sturen zorgverzekeraars met een groot marktaandeel veel meer in samenhang op de drie doelstellingen. Deze zorgverzekeraars doen dit vanuit het sturingsmechanisme samenwerking. Samenwerking vormt daarmee de structuur en werkwijze die gekozen wordt om vervolgens ook andere sturingsmechanismen rondom vorm te geven. Anders is dat in een meer geconcentreerde regio voor zorgverzekeraars met een kleiner marktaandeel. Zij geven aan aldaar voornamelijk te sturen op kosten en volumebeheersing. Dat doen zij door het inbedden van structuren en werkwijzen gericht op voorwaarden aan gebruik/ het terugdringen van keuzemogelijkheden en door te sturen op (prijs-)informatie.

Voorvoemde conclusies zijn in figuur 7 vervat in een zestal configuraties. Deze kunnen als leidraad dienen voor de wijze waarop zorgverzekeraars de onderhandelingen met ziekenhuizen in Nederland inzetten gegeven het adherentiegebied. Wanneer gekeken wordt naar een hoog geconcentreerd adherentiegebied en een middel geconcentreerd adherentiegebied valt op dat de wijze van sturen op doelen en de daarvoor ingezette sturingsmechanismen op hoofdlijnen overeenkomen. Op hoofdlijnen lijken dan ook de belangrijkste configuraties af te leiden vanuit het versnipperde adherentiegebied ten opzichte van meer geconcentreerde adherentiegebieden. Figuur 8 geeft dan ook vanuit het conceptueel model een verfijning weer van de configuraties voor de inkooprelatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen die op basis van voorliggend onderzoek afgeleid kunnen worden.

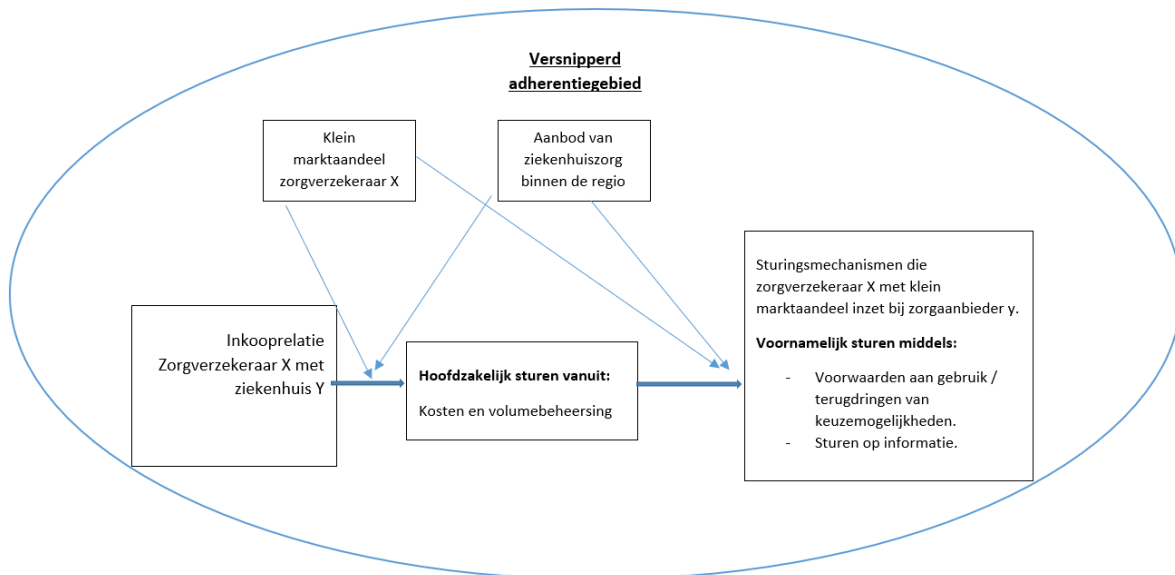
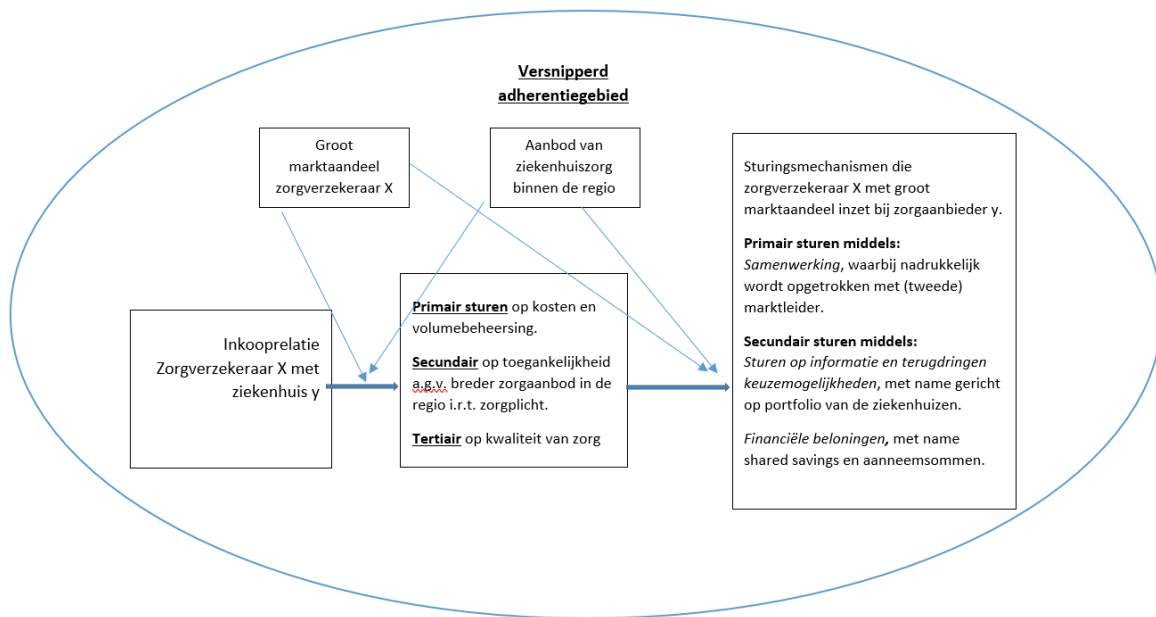




Fig. 8. Vier configuraties die op hoofdlijnen naar aanleiding van het adherentiegebied afgeleid kunnen worden.

6.2. Discussie

Verschillende resultaten en conclusies zijn binnen het onderzoek naar voren gekomen. Deze worden hieronder bediscussieerd, waarbij tevens de theoretische implicaties worden aangegeven.

In Nederland wordt ervan uitgegaan dat gereguleerde marktwerking bijdraagt aan het inkopen van kwalitatief betere zorg voor een concurrerende prijs. Het model van gereguleerde marktwerking wordt daarbij als leidraad aangehouden (Enthoven, 1993). De verwachting is dan ook dat zorgverzekeraars in een regio met meer

concurrentie beter in staat zijn om kwalitatief hoogwaardige zorg in te kopen voor een concurrerende prijs. Voorliggend onderzoek laat echter zien dat, in tegenstelling tot hetgeen de theorie van concurrerende marktwerking aangaf, een toename van het aantal concurrerende zorgverzekeraars in een regio niet tot meer integraal sturen op de drie doelen, kosten- en volumebeheersing, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg leidt.

Meer concurrentie leidt in de praktijk namelijk ertoe dat specifiek meer focus ligt op kosten- en volumebeheersing. Een gegeven dat voortkomt uit een serie van praktische implicaties die worden genoemd om in een versnipperd gebied te kunnen sturen op integrale doelen. Het feit dat veel onderlinge samenwerking tussen zorgverzekeraars wordt gevraagd, veel verschillende belangen van zorgaanbieders geharmoniseerd moeten worden alvorens stappen gezet kunnen worden en beperkingen spelen ten aanzien van informatiedeling kwamen daarbij regelmatig als verklaring naar voren. Concurrentie van zorgverzekeraars kan daardoor ertoe leiden dat projecten niet van de grond komen omdat zij weigeren elkaars onderlinge beleid te volgen. Hierdoor blijven veranderingen juist stil staan. Een risico waar in Nederland, ook in het kader van de juiste zorg op de juiste plek, op gewezen wordt (*IJOJP, 2018*). Vaak wordt daardoor teruggegrepen op een kosten- en volume-focus in plaats van integrale sturing waarin ook kwaliteit van zorg en toegankelijkheid wordt meegenomen. Een gegeven dat mogelijk ook als verklaring gebruikt kan worden voor het feit dat competitie in de gezondheidszorg nog niet eenduidig heeft kunnen aantonen dat het leidt tot kwaliteitsverbetering (*Gaynor, 2007*).

De resultaten van voorliggend onderzoek geven dan ook aanleiding te veronderstellen dat een meer regisserende rol van de zorgverzekeraar ertoe leidt dat tijdens het inkoopproces meer integraal gestuurd kan worden op doelen. In lijn met Klasa et al. (2018) hangt dat samen met het feit dat zorgverzekeraars dan meer oog hebben en verantwoordelijkheid voelen voor de gehele populatie in de regio. Dat uit zich in de praktijk doordat zorgverzekeraars in het geval van een groot marktaandeel binnen een geconcentreerd adherentiegebied ook daadwerkelijk integraal op duren gaan sturen. Zorgverzekeraars sturen bovendien in die gebieden gericht doordat zij over meer betrouwbare informatie beschikken. Zij hebben daar niet alleen informatie over verzekerden die naar het ziekenhuis gaan, maar ook over zorgconsumptie in de zorg die voorafgaat aan het ziekenhuis, zoals de huisartsenzorg, en zorgconsumptie die kan volgen op ziekenhuiszorg, zoals de langdurige zorg. Dit kan omschreven worden als variëteit van data. Eén van de vijf V's die door López-Robles et al. (2019) benoemd wordt als vereiste voor het verkrijgen van verdiepend inzicht en innovatieve manieren van besluitvorming.

Op basis van dat geheel aan gegevens kunnen zorgverzekeraars dan ook in de verschillende zorgketens congruente afspraken maken over de in- en uitstroom van zorg. Zorgverzekeraars pakken op die manier dan ook eigenlijk de regisserende rol waar Zuiderent-Jerak et al. (2011) naar verwijzen. In een versnipperde regio met meerdere zorgverzekeraars die een vergelijkbaar marktaandeel hebben, wordt dat een stuk moeilijker omdat geen van de

betrokken partijen over dat totaaloverzicht beschikt. López-Robles et al. (2019) laten in dat kader ook zien dat de vijfde V, van value ofwel waarde, pas maximaal kan worden gebruikt als een zorgverzekeraar ook de overige V's passend kan waarborgen. Eén en ander maakt dat zorgverzekeraars daadwerkelijk gericht kunnen sturen op het moment dat zij over meer en diversere data kunnen beschikken, zoals in een geconcentreerde regio met een groot marktaandeel het geval is.

Voorliggend onderzoek bracht echter niet enkel nadelen aan het licht voor wat betreft toenemende concurrentie. Toenemend zorgaanbod in een bepaalde regio zorgt, evenals een toenemend aantal concurrerende zorgverzekeraars, voor hardere onderhandelingen. Deze richten zich dan wel vaak op prijsdiscussies of pogingen keuzemogelijkheden terug te dringen/het koppelen van voorwaarden aan gebruik. In dat opzicht brengt meer marktwerking, zoals onder andere door Porter & Lee beschreven (2013), dan ook mogelijkheden tot het realiseren van concurrentievoordeel. Een verklaring voor het feit dat meer concurrentie echter niet tot meer integraal sturen op doelen leidt, zou gevonden kunnen worden in de Nederlandse marktstructuur. In de literatuur werd reeds gesteld dat voor een model van gereguleerde marktwerking balans aanwezig dient te zijn in zowel de vraag- als de aanbodzijde (Halbersma, van Manen, & Sauter, 2012). Daar lijkt in Nederland voor wat betreft ziekenhuiszorg geen sprake van. Zuiver genomen is enkel Zuid-Holland, met een $HHI < 2000$, versnipperd (NZa, 2019). Gevolg is dat zorgverzekeraars zich vooral focussen op de geconcentreerde gebieden waar zij zelf marktleider zijn.

Niet voor niets worden die geconcentreerde gebieden door zorgverzekeraars omschreven als hun kernwerkgebieden. Willen zij in Nederland concurrentievoordeel behalen dan zijn het de kernwerkgebieden waarin vaak een groot financieel voordeel te behalen valt. Daarmee wordt het belang van passende afspraken ook groter, evenals de bereidheid daar extra te investeren. Wanneer zorgverzekeraars in een kernwerkgebied één procent aan kosten of volume weten te besparen, heeft dat immers meer impact dan in een buitengebied waar hun totale schadelast slechts beperkt is. Tevens is het voor zorgaanbieders gemakkelijker om de zorg anders in te richten als zij dit kunnen afspreken met één tot maximaal twee zorgverzekeraars die gezamenlijk meer dan 50% van het marktaandeel hebben, dan met vier zorgverzekeraars in een regio als Haaglanden die niet allen congruent zijn in het te volgen beleid. Daarmee lijkt het erop dat het gebrek aan de noodzakelijke balans in het Nederlandse zorgstelsel, zoals omschreven door Halbersma et al. (2012), ertoe leidt dat echte regionale concurrentie niet van de grond komt.

Het zijn in de praktijk dan ook vooral de integrale afspraken die daadwerkelijk het verschil maken. Zorgverzekeraars Nederland, de overkoepelende instantie voor zorgverzekeraars, geeft zelf ook aan dat afspraken over gepast gebruik van zorg, doelmatigheid en transformatie de sleutel hebben gevormd tot het afremmen van de groei van zorgkosten in Nederland (ZN, 2020). Op basis van dit onderzoek kan gesteld worden dat, conform hetgeen Raftery

et al. (1996) stellen, die afspraken het beste gemaakt kunnen worden in de kernwerkgebieden. Voor zorgverzekeraars zijn dat de kritische gebieden waarlangs een concurrentievoordeel behaald kan worden.

De genoemde combinatie van gebrek aan voldoende concurrentie aan zowel de vraag als aanbodzijde van de Nederlandse ziekenhuiszorg, de minder integrale sturing op doelen in de versnipperde regio en de focus van zorgverzekeraars op hun kernwerkgebieden in Nederland zetten het huidige model van gereguleerde marktwerking dan ook onder druk. Daarbij zou gezocht kunnen worden naar een systeem waarin zorgverzekeraars mogelijk meer concurreren tussen regio's dan binnen regio's. Zorgverzekeraars Nederland benoemt in dat opzicht ruimte, flexibiliteit en variatie als sleutelvariabelen om binnen het zorgsysteem onderscheidend te zijn (ZN, 2020). In navolging op voorliggend onderzoek lijkt het dan ook zinvol die drie variabelen vooral te zoeken in een variant waarbij zorgverzekeraars onderling concurreren op basis van kernwerkgebieden. De marktleider in dat gebied krijgt dan de ruimte om zijn economische macht uit te oefenen door het geheel aan zorgverzekeraars in die regio te vertegenwoordigen. Een vorm van ketenintegratie waar Lambert et al. (1998) over spreekt. In principe wordt dan van de overige zorgverzekeraars verwacht dat zij congruent zijn aan de koers van de marktleider. Iets dat vervolgens van diezelfde marktleider wordt verwacht in gebieden waar een andere zorgverzekeraar de markt aanvoert. Om toch een stem te hebben in iedere regio zou gedacht kunnen worden aan het oprichten van klankbordgroepen van waaruit de volgende verzekeraars het gevoerde beleid kunnen aanscherpen, bijsturen of aanhaken.

Ruimte, flexibiliteit en variatie kan dan gevonden worden in het inregelen van systeemprikkels voor die zorgverzekeraars die in hun kernwerkgebied het beste in staat zijn om de doelen kosten- en volumebeheersing, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te regelen. Zo blijft ook een zekere mate van onderlinge concurrentie gewaarborgd. De zorgverzekeraar die dit het beste doet in zijn/haar kernwerkgebied, kan daarmee binnen het zorginkoopproces ook een significant concurrentievoordeel behalen. Door dit zorgsysteem op een passende wijze uit te werken zou de rol van de zorgverzekeraar als regisseur voor een bepaald adherentiegebied gewaarborgd zijn, terwijl tevens principes van (gereguleerde-) marktwerking aanwezig blijven.

Belangrijk is dat daarbij ook de rol van wederzijds vertrouwen wordt meegenomen en nadrukkelijker gespecificeerd als sturingsmechanisme. In het huidige theoretische framework werden wederzijds vertrouwen en samenwerking als losstaande sturingsmechanismen gezien. Onderzoek maakte echter duidelijk dat verschillende componenten van wederzijds vertrouwen vooral een basis vormen van een langdurige samenwerking. Om resultaat te behalen in kernwerkgebieden dient dan ook meer inzicht gegeven te worden op de inhoud van vertrouwen, welke in ieder geval opgedeeld kan worden in interorganisatorisch en interpersoonlijk vertrouwen.

Aangegeven werd dat vertrouwen tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar opgebouwd moet worden. Gezien de onderlinge afhankelijkheid vinden zorgverzekeraars het belangrijk dat ziekenhuizen zich opstellen als een betrouwbaar partner en voorspelbaar gedrag vertonen. Dat wil zeggen dat interacties vanuit het verleden opgevolgd worden door gedragingen die als passend ervaren worden in de eerdere lijn van handelen. Een gegeven dat aansluit bij hetgeen Gulati en Nickerson (2008) in het onderzoek benoemden als facetten die voorafgaan aan interorganisatorisch vertrouwen. Zaheer et al. (1998) hebben voor zowel organisatorisch als interpersoonlijk vertrouwen drie elementen genoemd die daarbij belangrijk zijn. Achtereenvolgens zijn dit betrouwbaarheid, voorspelbaarheid en eerlijkheid. Daarmee lijkt het erop dat in de praktijk eerst andere omstandigheden geborgd dienen te zijn, alvorens gestuurd kan worden vanuit wederzijds vertrouwen.

Bovendien is er nog een extra variabele waar zorgverzekeraars rekening mee houden alvorens zij gaan sturen op een bepaald doel, namelijk de media impact. Deze variabele kwam naar voren in het onderzoek maar stond niet als zodanig opgenomen in het conceptueel model. Media impact wordt in het bijzonder vooraf gewogen in relatie tot het inzetten van het sturingsmechanisme onthouden van middelen/tegendringen van keuzemogelijkheden. Ookal weten zorgverzekeraars dat zij, zonder te tornen aan hun zorgplicht, in een bepaalde regio selectief kunnen inkopen, zullen zij eerst doorspreken welk effect dit kan hebben vanuit de media. Hoewel media-exposure uiteindelijk nooit van doorslaggevend belang werd geacht, vinden zorgverzekeraars het belangrijk dat zij hun keuzes passend kunnen uitleggen aan zowel hun verzekerden als ook aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het zou interessant zijn als bekeken wordt of marktconcentratie eveneens invloed heeft in die afweging.

6.3. Praktische implicaties

Op basis van huidig onderzoek wordt duidelijk dat de marktstructuur van het adherentiegebied belangrijk is voor de wijze waarop zorgverzekeraars sturen op doelen en de sturingsmechanismen die zij vervolgens inzetten. In met name geconcentreerde regio's met een groot marktaandeel valt daarbij concurrentievoordeel te behalen. Dat wordt gedaan door integraal te sturen op de doelen kosten- en volumebeheersing, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Die doelen worden behaald vanuit het sturingsmechanisme samenwerking. Voor het tot stand komen van goede samenwerkingsafspraken is het realiseren van wederzijds vertrouwen belangrijk. Het gebiedt dan ook aanbeveling om specifiek in geconcentreerde adherentiegebieden oog te hebben voor zowel de organisatorische vertrouwensband als de interpersoonlijke banden. Dat betekent dat zowel de bestuurlijke verhoudingen tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar goed moeten zijn, alsook tussen de zorginkopers en zorgverkopers. Door zo te bouwen aan wederzijds vertrouwen kan de basis gelegd worden voor een meerjarige samenwerking.

Daarnaast is het in versnipperde regio's belangrijk dat uiteindelijk de focus niet verzandt in enkel kosten- en volumebeheersing. Ondanks de spelende zaken die integraal sturen bemoeilijken, blijkt een integrale sturing het meest passend. Het is dan ook belangrijk dat zorgverzekeraars dit belang blijven zien voor de betreffende regio. Zonder regels met betrekking tot concurrentie te overtreden zou het aan te bevelen zijn in die betreffende regio een stip op de horizon te zetten voor het integrale einddoel dat men op de lange termijn beleidsinhoudelijk wenst te bereiken. Van daaruit zou dan ook de samenwerking met de zorgaanbieders gezocht kunnen worden.

De gevonden configuraties kunnen dan ook als leidraad gebruikt worden door beleidsmedewerkers van zowel zorgverzekeraars als ziekenhuizen. Zo zou een algemeen ziekenhuis gelegen in een versnipperde regio vooral moeten inzetten op zorg die zij in hoge volumes kunnen leveren tegen concurrerende tarieven. Op die manier kunnen zij inspelen op het doel kosten- en volumebeheersing dat zorgverzekeraars nastreeft, als ook op de sturingsmechanismen sturen op portfolio en het bieden van financiële beloningen die zij daarvoor inzetten. Een algemeen ziekenhuis in een geconcentreerde regio daarentegen zou veel meer moeten nadenken hoe de zorgverzekeraar integraal op de doelen kosten- en volumebeheersing, toegankelijkheid en kwaliteit kan sturen en de samenwerking die zij daarvoor inzetten. Voor dat algemene ziekenhuis is het vooral belangrijk dat zij hun rol in de regio goed voor ogen hebben en hun zorgportfolio daarop afstemmen. In de regionale zorgketen dienen zij hun zorg dusdanig ingericht te hebben dat enerzijds instroom van zorg alleen plaatsvindt voor zorg waarin zij een rol dienen te hebben, terwijl anderzijds ook de uitstroom van patiënten goed geborgd wordt. Goede samenwerking met de marktleidende zorgverzekeraar, alsook met andere zorginstanties is daarbij essentieel.

6.4. Methodologische issues, limitaties en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Deze paragraaf beschrijft allereerst een aantal methodologische issues die, ondanks de acties die genomen zijn om ze te minimaliseren, mogelijk een effect hebben op de resultaten van het onderzoek. Daarbij kent het onderzoek tevens een aantal limitaties. Ook deze worden aangegeven in deze paragraaf. Als laatste worden enkele suggesties voor vervolgonderzoek gedaan.

Met het houden van pilot interviews is getracht een goede itemlijst op te stellen voor het semigestructureerde interview. Gedurende het geheel aan onderzoeken werd desalniettemin duidelijk dat sommige items anders opgebouwd hadden kunnen worden. Het onderzoek is bovendien uitgevoerd door een onderzoeker met weinig ervaring in het voeren van interviews. Daarmee bestaat het risico op een interviewer bias, waardoor het risico aanwezig is dat op onderdelen niet altijd is doorgevraagd, terwijl dat wel tot extra verdiepende inzichten had kunnen leiden. Ook aan de kant van de geïnterviewden bestaat een risico op een bias, namelijk die van sociaal wenselijk antwoorden. Respondenten willen voorkomen dat hun zorgverzekeraar op een negatieve manier naar voren komt en/of dat hun antwoorden te herleiden zouden zijn tot specifieke zorgverzekeraars. Hoewel het gevoel

bestaat dat geïnterviewden open hebben gesproken, blijft het risico van sociaal wenselijke beantwoording aanwezig. Dat wordt versterkt door het feit dat de interviewer enkele zorginkopers van de zorgverzekeraars persoonlijk kent.

Als laatste hebben de resultaten duidelijk gemaakt dat de literatuur op onderdelen meer de verdieping in had mogen gaan. De onderzoeksresultaten brachten namelijk een aantal punten aan het licht die een extra inzicht gaven ten aanzien van het gebruikte theoretische framework. Dat geldt onder meer voor het aantal sturingsmechanismen. Hoewel de sturingsmechanismen vooraf namelijk grotendeels van elkaar te onderscheiden leken, werd vanuit de interviews duidelijk dat zij elkaar in de praktijk soms opvolgden of dat er nog een verdiepende laag onder een sturingsmechanisme aanwezig was. Eén van de voorbeelden die daarbij naar voren kwam, ging om het begrip vertrouwen dat belangrijk blijkt te zijn in de inkooprelatie. Hierdoor kwam uiteindelijk ook bij het uitgevraagde sturingsmechanismen enige mate van overlap voor. Het was dan ook beter geweest als hierin op subonderdelen meer verdieping was gezocht.

Naast methodologische issues zijn er ook limitaties. Een limitatie van het onderzoek kan gevonden worden in het feit dat de focus lag op het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Dat betreft een vrij specifieke markt waardoor het soms lastig kan zijn om extra verdiepende literatuur te vinden die specifiek voor de Nederlandse situatie kan worden gebruikt. Bovendien zijn daardoor de resultaten van voorliggend onderzoek niet direct te vergelijken met andere studies, noch zijn zij te generaliseren naar gezondheidszorgsystemen in andere landen.

Daarnaast is het inkopen van academische ziekenhuiszorg buiten beschouwing gelaten. Dit heeft te maken met het adherentie overstijgende karakter van de zorg die daar geleverd wordt. Bij één van de pilotinterviews kwam duidelijk naar voren dat hierdoor ook andere doelen worden nagestreefd in de inkooprelatie dan het geval is met STZ en algemene ziekenhuizen in Nederland. Hierdoor zijn de gevonden resultaten ook niet één op één toepasbaar voor academische ziekenhuizen.

Als gevolg van de COVID-19 crisis heeft de dataverzameling zich beperkt tot de kant van de zorgverzekeraar. Onduidelijk is daarom of de perceptie aan de kant van de zorgaanbieder hetzelfde is als de kant van de zorgverzekeraar. Interessant zou het dan ook zijn als gekeken wordt of zij het sturen op doelen vanuit samenwerking op eenzelfde wijze beleven als dat zorgverzekeraars dat doen. Tevens zou het goed zijn als ook gekeken wordt naar de verzekerden zelf alsook zorginstanties die een taak hebben in het controleren van het systeem, zoals de Nederlandse Zorgautoriteit.

Vervolgonderzoek zou specifiek kunnen inspelen op de benoemde theoretische implicaties en limitaties. Daarbij zou ook specifiek gekeken kunnen worden naar de uitkomsten van verregaande samenwerkingsvormen tussen

ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Op die manier kan verder inzichtelijk gemaakt worden of het inderdaad zo is dat een regisserende zorgverzekeraar betere resultaten bereikt op de doelen kosten- en volumebeheersing, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Ook zou onderzocht kunnen worden op welke wijze de gevonden 'hiccups' voor een versnipperde regio beter gemanaged kunnen worden.

Verwijzingen

- Allen, P., & Petsoulas, C. (2016). *Pricing in the English NHS quasi market: a national study of the allocation of financial risk through contracts*. *Public Money & Management* , 341-348.
- Baker, L. (2001). *Measuring Competition in Health Care Markets*. *Health Service Research* , 223-251.
- Bleijenbergh, I. (2013). *Kwalitatief onderzoek in organisaties*. Den Haag: Boom Lemma.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology* . *Qualitative Research in Psychology* , 77-101.
- Canterino, F., Cirella, S., Piccoli, B., & Shani, A. (2020). *Leadership and Change mobilization: The mediating role of distributed leadership* . *Journal of Business Research*, 42-51.
- Cascario, T., & Piskorski, M. (2005). *Power imbalance, mutual dependence and constraint absorption: A closer look at Resource Dependence Theory*. *Administrative Science Quarterly*, 167-199.
- Cooper, Z., Craig, S., Gaynor, M., & van Reenen, J. (2019). *The Price Ain't Right? Hospital Prices and Health Spending on the Privately Insured*. *The Quarterly Journal of Economics*, 51-107.
- Cresswell, J. (2014). *Research Design Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. London: SAGE Publications Ltd. .
- Dalmau-Matarrodona, E., & Puig-Junoy, J. (1998). *Market Structure and Hospital Efficiency: Evaluating Potential Effects of Deregulation in a National Health Service*. *Review of Industrial Organization*, 447-466.
- Davis, J., Schoorman, F., & Donaldson, L. (1997). *Toward a Stewardship Theory of Management* . *Academy of Management* , 20-47.
- Dohmen, P., & van Raaij, E. (2018). *A new approach to preferred provider selection in health care*. *Health Policy* , 300-305.
- Dranova, D., & White, W. (1998). *Emerging Issues In The Antitrust Definition of Healthcare Markets*. *Health Economics*, 167-170.
- Eijkenaar, F., & Schut, F. (2015). *Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?* . Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Enthoven, A. (1993). *The history and principles of managed competition*. *Health Affairs*, 24-48.
- Enthoven, A., & van de Ven, W. (2007). *Going Dutch—managed-competition health insurance in The Netherlands*. *The New England Journal of Medicine*, 2421-2423.
- Foss, N., & Mahoney, J. (2010). *Exploring knowledge governance*. *International Journal of Strategic Management*, 93-101.

- Frooman, J. (1999). *Stakeholder influence strategies*. *Academy of Management Review*, 191-205.
- Gaynor, M. (2007). *Competition and Quality in Health Care Markets*. *Foundations and Trends in Microeconomics*, 441-508.
- Gaynor, M., & Town, R. (2011). *Provider Competition*. *Amsterdam: Elsevier*.
- Gregory, R. (2007). *Psychological Testing History, Principles and Applications*. *Boston: Pearson International Edition*.
- Gulati, R., & Nickerson, J. (2008). *Interorganizational Trust, Governance Choice, and Exchange Performance*. *Organization Science*, 688-708.
- Halbersma, R., van Manen, J., & Sauter, W. (2012). *De verzekeraars als motor van het zorgstelsel*. *Zorg en financiering*, 10-23.
- Heijink, R., Mosca, I., & Westert, G. (2013). *Effects of regulated competition on key outcomes of care: Cataract surgeries in the Netherlands*. *Health Policy*, 142-150.
- Jensen, M., & Meckling, W. (1976). *Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs, and ownership structure*. *Journal of Financial Economics*, 305-360.
- JZOJP, T. r. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft?* *Utrecht : Taskforce*.
- Kaiser, E. (1995). *Hierarchies, Markets and Power in the Economy: An Economic Perspective*. *Industrial and Corporate Change*, 21-49.
- Klasa, K., Greer, S., & van Ginniken, E. (2018). *Strategic Purchasing in Practice: Comparing Ten European Countries*. *Health Policy*, 457-472.
- Kotler, P., & Keller, K. (2015). *Marketing Management*. *Boston: Pearson*.
- Kumar, N. (1996). *The Power of Trust in Manufacturer-Retailer Relationships*. *Harvard Business Review*, 92-106.
- Lambert, D., Cooper, M., & Pagh, J. (1998). *Supply Chain Management: Implementation Issues and Research Opportunities*. *The International Journal of Logistics Management*, 1-19.
- Lapré, R., & van Montfort, G. (1999). *Bedrijfseconomie van de Gezondheidszorg*. *Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom*.
- Loozen, E., Varkevisser, M., & Schut, E. (2016). *Goede zorginkoop vergt gezonde machtsverhoudingen: het belang van markt- en mededingingstoezicht binnen het Nederlandse zorgstelsel*. *Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg RSM*.
- López-Robles, J., Rodríguez-Salvador, M., Gamboa-Rosales, N., Ramirez-Rosales, S., & Cobo, M. (2019). *The last five years of Big Data Research in Economics, Econometrics and Finance: Identification and conceptual analysis*. *Procedia Computer Science*, 729-736.

Maarse, J., Jeurissen, P., & Ruwaard, D. (2016). *Results of the Market-Oriented Reform in the Netherlands: a review*. Health Economics, Policy and Law, 161-178.

Mentzer, J., de Witt, W., Keebler, J., Min, S., Nix, N., Smith, C., & Zacharia, Z. (2001). *Defining Supply Chain Management*. Journal of Business Logistics, 1-25.

Ministerie van Volksgezondheid, W. e. (2018, juni 06). Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 . Opgehaald van Rijksoverheid.nl:
<https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/brieven/2018/06/04/bestuurlijk-akkoord-medisch-specialistische-zorg-2019-t-m-2022/bestuurlijk-akkoord-medisch-specialistische-zorg-2019-t-m-2022.pdf>

NZa. (2011). Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw). Utrecht: NZa.

NZa. (2019). Monitor inhoud contracten medisch-specialistische zorg 2019. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa. (2019). Monitor Zorgverzekeringen 2019. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Pfeffer, J., & Salancik, G. (2003). *The external control of organizations: A resource dependence perspective*. Stanford: Stanford Business Classics.

Porter, M., & Lee, T. (2013). *The Strategy That Will Fix Health Care*. Harvard Business Review, 1-19.

Porter, M., & Teisberg, E. (2004). *Redefining Competition in Health Care*. Harvard Business Review, 64-76.

Porter, M., Pabo, E., & Lee, T. (2013). *Redesigning Primary Care: A Strategic Vision to Improve Value by Organizing Around Patients' Needs*. Health Affairs, 516-525.

Raftery, J., Robinson, R., & Mulligan, J.-A. S. (1996). *Contracting in the NHS quasi-market*. Economics of Health Care Systems, 353-362.

Ruwaard, S., Douven, R., Struijs, J., & Polder, J. (2014). *Hoe kopen zorgverzekeraars in bij ziekenhuizen*. TPEdigitaal, 98-117.

RVS. (2018). *Inkoop safari: Verkenning van de praktijk van zorginkoop*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

SER. (2012). *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg*. Den-Haag: Sociaal Economische Raad.

Smith, P., Stepan, A., Valdmanis, V., & Verheyen, P. (1997). *Principal-agent problems in health care systems: an international perspective*. Health Policy, 37-60.

Steenhuis, S., Struijs, J., Koolman, X., Ket, J., & van der Hijden, E. (2020). *Unraveling the Complexity in the Design and Implementation of Bundled Payments: A Scoping Review of Key Elements From a Payer's Perspective*. The Milbank Quarterly, 1-26.

- Suryani, A. (2008). *Comparing Case Study and Ethnography as Qualitative Research Approaches*. Jurnal Ilmu Komunikasi, 117-127.
- Temin, P., & Maxwell, J. (2003). *Corporate contracting for health care*. Journal of Economic Behavior & Organization, 403-420.
- van de Ven, W., & Schut, F. (2008). *Universal Mandatory Health Insurance In The Netherlands: A Model For The United States?* Health Affairs, 771-781.
- van Ginneken, E. (2015). *Perennial Health Care Reform - The Long Dutch Quest for Cost Control and Quality Improvement*. The New England Journal of Medicine , 885-889.
- van Raaij, E. (2016). *Purchasing Value: Purchasing and Supply Managment's Contribution to Health Service Performance*. Rotterdam: Erasmus Research Institute of Management.
- Varkevisser, M. (2016). *Economie van de Gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum .
- Willging, C., Aarons, G., Trott, E., Green, A., Finn, N., Ehrhart, M., & Hecht, D. (2015). *Contracting and Procurement for Evidence-Based Interventions in Public-Sector Human Services: A Case Study*. Administration And Policy In Mental Health and Metal Services Research , 675-692.
- Wilthagen, T. (2003). *De overgankelijke arbeidsmarkt en het (on)vergankelijke sociaal recht*. In T. Wilthagen. Tilburg: Universiteit van Tilburg .
- Wynstra, F., Spring, M., & Schoenherr, T. (2015). *Service Triads: A Research Agenda for Buyer-Supplier-Customer Triads in Business Services*. Journal of Operations Management , 1-20.
- Yin, R. (2018). *Case Study Research and Applicatons*. In R. Yin, Case Study Research and Applicatons: design and methods (pp. 80-109). London: SAGE Publications.
- Zaheer, A., McEvily, B., & Perrone, V. (1998). *Does Trust Matter? Exploring the Effects of Interorganizational and Interpersonal Trust on Performance*. Organization Science, 141-159.
- ZN. (2020, 07 30). *Terug- en vooruitblik zorgverzekeraars op de coronacrisis*. Opgehaald van [www.zn.nl: https://assets.zn.nl/p/32768/files/B-20-5345.pdf](https://assets.zn.nl/p/32768/files/B-20-5345.pdf)
- Zuiderent-Jerak, T., Grit, K., & Van der Grinten, T. (2011). *Markets and Public Values in Healthcare*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.