

# Marktwerking in de zorg; Contracteren of integreren?

Een onderzoek naar contractuele relaties en verticale integratie  
op de zorgcontracteringsmarkt

---

Erasmus Universiteit Rotterdam  
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

Afstudeerbegeleider: drs. B.M. van Ineveld  
Meelezer: E.A. de Knecht RA



Juni 2009

Maartje Hogenboom  
315403

# Voorwoord

Afgelopen half jaar was een bewogen jaar. Een jaar met ingrijpende gebeurtenissen in mijn privé leven en ondertussen de start met mijn afstudeeronderzoek. De combinatie van beide was zeker niet eenvoudig, nog nooit had ik voor hetere vuren gestaan. Des te trotser ben ik met het feit dat ik erin geslaagd ben het op tijd af te ronden!

De keuze van mijn afstudeeronderzoek ligt gelegen in mijn interesse voor het werkgebied van zorgverzekeraars. Omdat de opleiding Zorgmanagement weinig aandacht besteed aan de kant van de zorgverzekeraar in de zorg, was het voor mij een waardevolle aanvulling op de rest van mijn studie om een duik te nemen in deze wereld. Deze duik was lang en diep en gaf de complexiteit van de zorgmarkt goed weer. Eigenlijk is het dan jammer dat er slechts een beperkte hoeveelheid tijd staat voor dit onderzoek en ik niet dieper had kunnen duiken. Ik zou het namelijk leuk vinden hier meer over te weten en te ontdekken. Daardoor is mijn ambitie om een baan te vinden bij een zorgverzekeraar om mijn kennis en kunde daar in te zetten voor het maatschappelijk belang van goede zorg en verder te leren. De interviews voor dit onderzoek gebruikte ik dan ook mede als omgekeerde sollicitatie. Het veldonderzoek was dan ook het gedeelte van mijn onderzoek waar ik het meeste plezier uit heb gehaald! Wat een verschil met het vorige afstudeeronderzoek aan de Wageningen Universiteit. Na het schrijven van deze scriptie blijkt des te meer dat de keuze voor een 2<sup>e</sup> Master een goede keuze was.

Dan rest mij nog een aantal mensen te bedanken. Allereerst wil ik Martin van Ineveld, mijn afstudeerbegeleider, bedanken voor zijn inhoudelijke begeleiding afgelopen half jaar. Daarnaast wil ik Evert de Knecht bedanken voor het meelezerschap. Mijn studievriendinnen Anne-Fleur en Foke zijn mijn steun en toeverlaat geweest gedurende het afgelopen half jaar en waren nooit te beroerd zeer langdurig met mij, mijn onderzoek te overdenken en mij te blijven motiveren. Hoe belangrijk mijn ouders zijn en de stabiele basis die zij mij bieden bleek wel weer afgelopen half jaar. Dat vind ik uniek! En natuurlijk Willard, in good times and bad times. Dat weten we nu ook. Ik ben blij dat jij, ondanks alles, mij kon ondersteunen en motiveren voor het afronden van deze scriptie. Daardoor kunnen we nu eindelijk lekker de boel de boel laten en op vakantie. Dat hebben wij allebei hard verdiend!

Maartje

# Samenvatting

Het onderwerp van dit afstudeeronderzoek zijn verschillende samenwerkingsvormen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen; samenwerking op basis van contracten met onderlinge concurrentie en integratie waarbij zorgverzekeraars een risicodragend belang neemt in een ziekenhuis. Aanleiding voor dit onderzoek is de oprichting van de zorgcoöperatie van het Vlietland ziekenhuis met deelname van zorgverzekeraar DSW. Daarnaast lijken meerdere nieuwe vormen van samenwerking in de zorgmarkt te ontstaan.

## Doelstelling- en probleemstelling

Het doel van dit onderzoek is het doen van aanbevelingen aan zorgverzekeraar over hoe de relatie met ziekenhuis vormgegeven kan worden zonder dat kwaliteit en toegankelijkheid in het geding komt. Gedurende het onderzoek staat de volgende vraag centraal; *Wat zijn de mogelijkheden en beperkingen betreffende de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor zorgverzekeraars in hun strategische keuzes om een risicodragend belang te nemen in ziekenhuizen, selectiever gaan contracteren of een voorkeursaanbieders of investeringsrelatie met ziekenhuizen aan gaan?*

## Methodologie

Om de probleemstelling te beantwoorden is kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Er is uitgebreid literatuuronderzoek gedaan en 10 semi-structureerde interviews zijn afgenomen. Vijf daarvan waren met zorgverzekeraars, één met een ziekenhuis en vier met zorgexperts vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen, Prismant en Roland Berger. Vervolgens zijn de theorie en resultaten met elkaar geconfronteerd en zijn er aanbevelingen gedaan.

## Resultaten

Selectieve zorginkoop, het aangaan van investeringsrelatie en/of voorkeursrelatie of het nemen van risicodragend belang in ziekenhuizen hebben effecten op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Factoren die een rol spelen liggen gelegen in de afhankelijke relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, de onderlinge transactiekosten, de mate van contracteerflexibiliteit van de organisatie en bedreigingen voor uitsluiting van concurrentie. Zeggenschap in ruil voor investeren in een ziekenhuis, wat leidt tot een stewardship benadering op basis van vertrouwen, biedt niet aantoonbaar meer kansen voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg dan investeren op basis van contracten, een agency benadering, en dus zonder zeggenschap in een ziekenhuis. Zeggenschap brengt daarentegen ten opzichte van geen zeggenschap beperkingen met zich mee op het gebied van transactiekosten en mededinging. Vanwege de noodzaak van een flexibele organisatie met uitwijkmogelijkheden voor contractering van andere ziekenhuizen en goede relaties met ziekenhuizen kan geconcludeerd worden dat samenwerken op basis van contracten in tegenstelling tot verticale integratie de voorkeur heeft in de huidige zorgmarkt.

# Summary

The objective of this study is to investigate different cooperation models between health insurers and hospitals; cooperation on basis of contracts or cooperation through integration where insurers obtain a share in hospitals. The Dutch healthcare market is changing and different cooperation models appear. An example is the founding of the cooperation, with a share for health insurer DSW, for the Vlietland hospital.

## Research objective and central question

The aim of this research is to make recommendations to healthcare insurers about their choice for different cooperation models with hospitals without harming the quality and accessibility of care. The research is built around the following central question: *What are possibilities and restrictions for the quality and accessibility of care in the strategic choices of health insurers when choosing to take a share in hospitals, utilize selective contracting or to start a preferred provider relationship or a relationship with hospitals for financing quality improvement without taking a share?*

## Methodology

In order to answer the research question, a qualitative research is executed. A literature review is performed and interviews are conducted. Semi-structured interviews have been held among 10 respondents; 5 health insurers, 1 hospital and 4 health care experts from the 'Raad voor de Volksgezondheid en Zorg', 'Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen' and two independent research and consultancy offices.

## Results

Selective contracting, preferred provider relationships or relationships for financing quality improvements without taking a share or integration between hospitals and health insurers have effects on the quality and accessibility of care. Related factors are, the mutual dependency, transaction costs, the flexibility for the organization in contracting and threats for competition on the market.

Taking a share in a hospital when investing, a stewardship approach, does not lead to more opportunities for the quality and accessibility of care when investing in hospitals on the basis of contracts, a more agency approach. Several threats related to transaction costs and market competition are specifically related to taking a share in a hospital. Besides, in the current market there is a need for a flexible organization with options to change contracts without harming the relationship with hospitals. Therefore cooperation with hospital on the basis of contracts are more appropriate in the current health care market.

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b> .....	<b>2</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>3</b>
<b>Summary</b> .....	<b>4</b>
<b>Inhoudsopgave</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b> .....	<b>8</b>
1.1 <i>Aanleiding</i> .....	8
1.2 <i>Doelstelling</i> .....	11
1.3 <i>Centrale onderzoeksvraag</i> .....	11
1.4 <i>Deelvragen</i> .....	11
1.5 <i>Relevantie</i> .....	13
1.6 <i>Begrippen</i> .....	14
1.7 <i>Leeswijzer</i> .....	15
<b>2. Onderzoeksmethodiek</b> .....	<b>16</b>
2.1 <i>Kwalitatief onderzoek</i> .....	16
2.2 <i>Dataverzamelingsmethoden</i> .....	16
2.4 <i>Semi-gestructureerde interviews</i> .....	17
2.4.1 <i>Zorgverzekeraars</i> .....	17
2.4.2 <i>Ziekenhuizen</i> .....	17
2.4.3 <i>Experts</i> .....	18
2.5 <i>Data-analyse en interpretatie</i> .....	18
2.6 <i>Validiteit en betrouwbaarheid</i> .....	18
<b>3. Context</b> .....	<b>20</b>
3.1 <i>De Nederlandse gezondheidszorgmarkt</i> .....	20
3.1.1 <i>Het driemarkten-model</i> .....	20
3.1.2 <i>Gereguleerde marktwerking</i> .....	22
3.1.3 <i>Financiering van zorginstellingen</i> .....	23
3.2 <i>Marktwerking in de zorgcontracteringsmarkt</i> .....	25

3.2.1 Zorginkoop.....	25
3.2.2 Toezichthouders op de zorgcontracteringsmarkt.....	26
<b>4. Theoretisch kader .....</b>	<b>29</b>
4.1 <i>Stakeholdermanagement</i> .....	29
4.1.1 Waardeketen.....	29
4.1.2 Het leveren van zorg via distributiekkanalen .....	30
4.1.3 Relatiemanagement.....	32
4.2 <i>Economische aspecten van samenwerken en concurreren</i> .....	33
4.2.1 De transactiekostentheorie .....	34
4.2.2 Wantrouwen of vertrouwen .....	36
4.3 <i>Verticale relaties</i> .....	40
4.3.1 Effecten van verticale relaties .....	40
4.3.2. Mechanismen voor concurrentiebeperking .....	40
4.4 <i>Casus: De zorgcoöperatie en het Vlietland ziekenhuis</i> .....	43
<b>5. Resultaten.....</b>	<b>44</b>
5.1 <i>Gereguleerde marktwerking</i> .....	44
5.1.1 Zorgverzekeraars aan het woord .....	44
5.1.2 Zorgverzekeraars aan de onderhandelingstafel met ziekenhuizen .....	45
5.1.3. Experts aan het woord .....	46
5.1.3 Conclusie .....	46
5.2 <i>Selectieve zorginkoop</i> .....	47
5.2.1 De bestaande praktijk .....	47
5.2.2 Motivatie inkoopbeleid .....	48
5.2.3 Kwaliteitsaspecten .....	50
5.2.4 Toegankelijkheidsaspecten.....	51
5.2.3 Relationale aspecten van selectieve zorginkoop .....	52
5.2.4 De toekomst van selectieve zorginkoop.....	54
5.2.5 Conclusie .....	54
5.3 <i>Voorkeurs- en investeringsrelaties</i> .....	55
5.3.1 Voorkeursaanbieders en investeringen.....	56
5.3.2 Kwaliteitsaspecten .....	58
5.3.3. Experts over voorkeursaanbieders .....	58

5.3.4 Conclusie .....	60
<b>5.4 Participatie van zorgverzekeraars in ziekenhuizen.....</b>	<b>61</b>
5.4.1 Zorgverzekeraars ten aanzien van de zorgcoöperatie .....	61
5.4.3 Experts over de zorgcoöperatie en participatie.....	62
5.4.3. Zorgverzekeraars over participatie in ziekenhuizen .....	63
5.4.4 Kwaliteit en toegankelijkheid.....	65
5.4.5 Conclusie .....	66
<b>6. Slotbeschouwing .....</b>	<b>68</b>
6.1 Conclusies .....	68
6.2 Antwoorden op de deelvragen .....	68
6.3 Antwoord op de probleemstelling .....	78
6.4 Discussie .....	81
6.4.1 Reflectie op de gehanteerde methode .....	81
6.4.2 Reflectie op de rol van de onderzoeker .....	82
6.4.3 Reflectie op het gebruik van de theorie.....	82
6.4.4 Sterke punten van het onderzoek .....	83
6.5 Aanbevelingen .....	84
6.5.1 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek .....	84
6.5.2 Aanbevelingen aan zorgverzekeraars.....	84
<b>Referentielijst.....</b>	<b>86</b>
<b>Bijlagen.....</b>	<b>91</b>
<i>Bijlage 1: Conceptueel model .....</i>	<i>91</i>
<i>Bijlage 1: Vragenlijsten interviews.....</i>	<i>92</i>
<i>Bijlage 3: Casus zorgcoöperatie Vlietland ziekenhuis .....</i>	<i>96</i>

# 1. Inleiding

Dit onderzoek richt zich op de effecten van verschillende vormen van contractuele relaties tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

## 1.1 Aanleiding

In 2005 heeft een stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg plaatsgevonden. Aanleiding hiervoor was de steeds duurder wordende zorg, de lange wachtlijsten en de sinds de jaren '90 terugtrekkende overheid. Om de kosten voor zorg onder controle te houden moet betere afstemming plaatsvinden tussen vraag en aanbod van zorg. Vraagsturing vervangt de centrale aanbodsturing. (Nyfer 2003:9) Daartoe heeft men gereguleerde marktwerking ingevoerd. Marktwerking wordt als instrument gezien om tot een betere afstemming tussen vraag en aanbod te komen en daarmee flexibiliteit, doelmatigheid, keuzevrijheid en kostenbeheersing te bevorderen (Commissie Dekker, 1987:9). Deze doelen zijn conform de randvoorwaarden voor marktwerking in de zorg; de waarborging van de grondwettelijk verankerde publieke belangen van een kwalitatief voldoende, algemeen toegankelijke en doelmatige gezondheidszorg (Meurs & van der Grinten 2005:2). Door de invoering van de gereguleerde marktwerking krijgen de 3 partijen, te weten de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en de verzekerde, een nieuwe rol. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten onderling en met elkaar gaan concurreren wat moet leiden tot een doelmatiger stelsel met kwalitatief betere zorg. De patiënt dient daarnaast in grotere mate zijn stem te laten horen in haar keuze voor zorg waardoor zij de verzekeraars en zorgaanbieders stimuleert kwalitatief goede en betaalbare zorg te leveren. (RVZ 2008)

De nieuwe rol van de zorgverzekeraar is sinds 2006 geregeld in de Zorgverzekeringswet. Het hoofddoel van deze wet is de financiële toegankelijkheid van de zorg – ook op langere termijn – te borgen, onder andere door prikkels tot doelmatigheid te introduceren. Verzekeraars komen hiermee in een positie waarin zij zich in onderlinge concurrentie actiever dienen in te spannen om voor hun verzekerden een gunstige prijs/prestatieverhouding bij zorgaanbieders te bedingen. Hiertoe treden zij op als onderhandelingspartners van de zorgaanbieders. (Hamilton 2008) De onderhandelingen vinden plaats in het proces van zorginkoop. Zorginkoop is een proces dat leidt tot een contract tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder, zoals een ziekenhuis. Hierin worden afspraken gemaakt over de hoeveelheid zorg, het type zorg en over de prijs en kwaliteit van de zorg (RVZ 2008:7). Er is sprake van selectieve zorginkoop wanneer de zorgverzekeraar slechts selectief, dus niet met elke zorgaanbieder, contracten afsluit met



ziekenhuizen. Zorgverzekeraars kiezen hiermee hun voorkeursaanbieders en dientengevolge komen polissen op de zorgverzekeringsmarkt waarbij de verzekeraar de verzekerde enkel dié zorg aanbiedt die ingekocht is bij de gecontracteerde zorgaanbieders. Deze polissen kunnen door de selectieve zorginkoop een lagere premie hebben of kwalitatief betere zorg bieden (NZa 2007a). Zo maakt zorgverzekeraar Menzis met ziekenhuizen met het Menzis TopZorg predicaat, een eigen kwaliteitskeurmerk, aparte afspraken over bijvoorbeeld wachttijden. Hier kunnen Menzis verzekerden exclusief gebruik van maken. Zorgverzekeraars ontplooiën daarnaast initiatieven voor het kwijtschelden van het eigen risico wanneer verzekerden informatie inwinnen bij de zorgverzekeraar over de te kiezen zorgaanbieder. Ook hiermee hopen zij verzekerden richting voorkeursaanbieders te sturen.

Naast de wijzigingen in de Zorgverzekeringswet hebben zich wijzigingen in de bekostiging van de zorg en financiering van de ziekenhuizen plaatsgevonden. Sinds 2005 is de zorg verdeeld in een A- segment (66%) en een B- segment (34%). Voor het B-segment geldt dat de zorg wordt gefinancierd middels Diagnose Behandel Combinaties (hierna: DBC's) met vrije prijsvorming en volume in plaats van per verrichting of via een instellingsbudget zoals in het A-segment. DBC's zijn zorgproducten die het hele traject van diagnose, behandeling en nazorg bevatten waaraan een kostprijs wordt toegekend. Hierdoor worden de kosten voor een bepaalde behandeling inzichtelijker en kunnen de prestaties van ziekenhuizen beter met elkaar vergeleken worden. Dit komt ten goede aan de transparantie in de zorg en concurrentie tussen ziekenhuizen. Zorgverzekeraars krijgen meer zicht in de prestaties van ziekenhuizen en kunnen daardoor kritischer en selectiever zorg inkopen (VWS 2005). De contracteervrijheid in het B-segment maakt mogelijk om voor dit deel van de zorg selectief in te kopen.

De wijzigingen in de financiering van ziekenhuizen zijn per 1 januari 2009 van start gegaan. De kapitaallasten zijn opgenomen in de DBC tarieven waardoor ziekenhuizen zelf verantwoordelijk worden voor hun investeringen in gebouwen en apparatuur. Door de opkomst van selectieve zorginkoop in het B-segment verdwijnt de garantie op voldoende productie. Het financiële risico is daardoor toegenomen waardoor rendement op vastgoed erg belangrijk is (RVZ 2006). Om de financiële risico's op te vangen moet het eigen vermogen op peil blijven. Het Waarborgfonds voor de Zorgsector adviseert daarom ook een eigen vermogen van 10-15% voor een gezonde vermogenspositie.

Door de kredietcrisis, zichtbaar geworden in 2008, krijgen ziekenhuizen te maken met een terughoudende bankwereld waardoor verstrekking van vermogen bemoeilijkt wordt. (NZa 2008a). Dientengevolge zoeken ziekenhuizen alternatieven wegen voor kapitaalverstrekking voor het doen van investeringen. Deze verstrekking gaat steeds vaker via het aantrekken van risicodragend eigen vermogen in plaats van via vreemd vermogen. Zorgverzekeraars

zijn mogelijke partijen die ziekenhuizen eigen vermogen kunnen en willen verschaffen. Een voorbeeld daarvan is zorgverzekeraar DSW die 36% van het risicodragend belang krijgt door in collectiviteit met andere partijen te investeren in kwaliteit van zorg. Maar ook het Beatrix ziekenhuis in Gorinchem heeft de intentie om samen te werken met een zorgverzekeraar, te weten UVIT. Zij zien vooral grote baten van de fusie als gevolg van verbeterde preventie, met lagere premies als gevolg wanneer een verzekerde van UVIT gebruik maakt van de zorg van het Beatrix ziekenhuis (Bijlsma & Shestalova 2009). Zorgverzekeraar CZ en Maxima Medisch Centrum in Eindhoven zijn in 2005 samen eigenaar geworden van een orthopedische kliniek waarin CZ een belang van 25% heeft (Hermans 2009:10).

Deze genoemde ontwikkelingen passen in de trend dat steeds meer ziekenhuizen te weinig eigen vermogen hebben voor noodzakelijke investeringen en zoeken naar kapitaal van buitenaf. Private partijen, zoals zorgverzekeraars, kunnen in ziekenhuizen investeren en in ruil daarvoor een risicodragend belang krijgen. In dat geval is er sprake van een risicodragende deelname van de zorgverzekeraar in het ziekenhuis of het zelfstandig behandel centrum (hierna: ZBC). Het eigen vermogen van het ziekenhuis of ZBC wordt immers een deel van het eigen vermogen van de zorgverzekeraar. Het is daardoor in het belang van de zorgverzekeraar dat het ziekenhuis/ZBC waarin geïnvesteerd wordt financieel gezond blijft.

De zorgverzekeringswet staat toe dat zorgverzekeraars, uit het oogpunt van de zorgplicht, zelf zorg aanbieden. Daarnaast hebben zowel oud-minister Hoogervorst en minister Klink aangegeven geen principiële bezwaren te hebben tegen verticale integratie; het volledig of deels samengaan van zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Toch roepen de ontwikkelingen vragen op. Een ruime meerderheid van de Tweede Kamer vindt dat de 3 partijen in de zorgmarkt gescheiden rollen moeten behouden. Zorgverzekeraars zouden zich bij hun leest moeten houden en niet op de stoel van zorgaanbieder moeten gaan zitten. Men is bang dat zorgconsumenten uiteindelijk minder keuzevrijheid zullen krijgen wanneer verzekeraars ook zorgdiensten gaan aanbieden. Of de publieke belangen toegankelijkheid en kwaliteit van zorg gewaarborgd blijven hangt af van hoe de zorgverzekeraar haar zorginkoop kan loskoppelen van het commerciële belang in het desbetreffende ziekenhuis. Het is daardoor interessant te onderzoeken in hoeverre de zorgverzekeraar met commerciële, risicodragende, belangen in een bepaald ziekenhuis zijn rol als kritische en selectieve zorginkoper weet waar te maken. Of is het voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg beter wanneer zorgverzekeraars geen risicodragend belang nemen maar zich richten op andere vormen van samenwerking zoals door selectieve zorginkoop of een investeringsrelatie zonder zeggenschap?

## 1.2 Doelstelling

Deze scriptie gaat over de startende marktwerking in de zorg. Sinds de invoering van de gereguleerde marktwerking doen zich nieuwe ontwikkelingen in de zorgmarkt voor. De RVZ (2008) roept zorgverzekeraars op om selectief zorg in te kopen ten behoeve van de marktwerking. Daarnaast zijn ziekenhuizen steeds vaker op zoek naar kapitaal en kloppen daarvoor aan bij zorgverzekeraars. Deze financiële afhankelijkheid kan resulteren in nieuwe samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars waarbij de zorgverzekeraar een risicodragende belang neemt in een ziekenhuis of zorgverzekeraars voorkeursaanbieders aanwijzen of andere investeringsrelaties zonder zeggenschap opbouwen of selectief ziekenhuizen gaan contracteren. Deze samenwerkingsvormen kunnen van invloed zijn op de marktwerking in de zorg waarbij de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg gewaarborgd moeten blijven. Daarom is het doel van deze scriptie om te onderzoeken wat de effecten zijn van verschillende contractuele samenwerkingsvormen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen; het nemen van risicodragend belang, selectieve zorginkoop of het aangaan van een investeringsrelatie zonder zeggenschap, op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg.

## 1.3 Centrale onderzoeksvraag

Uit de bovenstaande doelstelling volgt de volgende onderzoeksvraag:

*Wat zijn de mogelijkheden en beperkingen betreffende de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor zorgverzekeraars in hun strategische keuzes om een risicodragend belang te nemen in ziekenhuizen, selectiever gaan contracteren of een voorkeursaanbieders of investeringsrelatie met ziekenhuizen aan gaan?*

## 1.4 Deelvragen

### Theorie

1. Hoe is de Nederlandse gezondheidszorgmarkt opgebouwd en wat is de invloed van gereguleerde marktwerking op de zorgcontracteringsmarkt?
2. Wat is de rol van zorginkoop in de zorgcontracteringsmarkt en hoe kan het ten dienste zijn van de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg?
3. Wat is voor zorgverzekeraars de rol van stakeholdermanagement in de positionering op de zorgcontracteringsmarkt en de relatie met ziekenhuizen?
4. Hoe kan vanuit de transactiekosten theorie de ontwikkelingen in het nemen van risicodragend belang van een zorgverzekeraar in een ziekenhuis, het investeren in een ziekenhuis zonder zeggenschap en het selectief contracteren in ziekenhuizen verklaard worden?

5. Wat is de optimale verhouding, vanuit het perspectief van de Agency theorie en de Stewardship theorie, tussen de zorgverzekeraars en ziekenhuizen om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te waarborgen, kijken naar het nemen van risicodragend belang, het aangaan van een investeringsrelatie zonder zeggenschap en selectieve contractering?
6. Wat zijn de effecten van selectieve contracten en het nemen van risicodragend belang op de concurrentie op de zorgverlenings- en zorgcontracteringsmarkt?

#### Praktijk

7. Hoe tracht de zorgverzekeraar in de casuïstiek het risicodragend belang in het ziekenhuis vorm te geven en wat is het effect op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg?
8. Wat is de houding van zorgverzekeraars ten aanzien van selectieve contractering, het aangaan van een investeringsrelatie zonder zeggenschap en het nemen van een risicodragend belang in ziekenhuizen en wat zijn volgens hen de effecten op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg?
9. Wat is de attitude van experts ten aanzien van selectieve contractering, zorgverzekeraars die een investeringsrelatie zonder zeggenschap aangaan met ziekenhuizen en het nemen van een risicodragend belang in ziekenhuizen en wat zijn de effecten op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg?

#### Onderzoekende vragen

10. Kunnen er criteria worden opgesteld waar het risicodragende deelname van zorgverzekeraars in een ziekenhuis, een investeringsrelatie zonder zeggenschap of selectieve contractering aan moet voldoen om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te waarborgen?
11. Wat is voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg de meest gunstige contractuele samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, zoals het nemen van risicodragend belang, het aangaan van een investeringsrelatie zonder zeggenschap of selectieve contractering?

Ten opzichte van het onderzoeksvoorstel zijn de probleemstelling en de deelvragen gewijzigd. Eerdere doelstelling was het onderzoeken van verschillende casussen rondom zorgverzekeraars die een risicodragend belang nemen in ziekenhuizen. Helaas was veel inspanningen de toegang tot slechts één casus mogelijk. Daarom is ervoor gekozen om verschillende samenwerkingsvormen met elkaar te vergelijken in plaats van het vergelijken van verschillende vormen van integratie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Ook het theoretisch perspectief is dientengevolge aangepast. Omdat het fundament van de samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen ligt in stakeholdersmanagement is

ook hier aandacht aanbesteed. Het perspectief van waar uit dit onderzoek wordt belicht is daardoor verbreed.

De deelvragen zijn verdeeld in drie onderdelen: theorie, praktijk en onderzoekende vragen. De theorie omvat 6 deelvragen die met behulp van een literatuur zullen worden beantwoord en tezamen het theoretisch kader voor dit onderzoek vormen. Er zijn 3 vragen geformuleerd die beantwoord zullen worden in de praktijk door het houden van interviews. Hiermee wordt inzicht gekregen in de attitude van verschillende partijen ten aanzien van het onderwerp van het onderzoek. De laatste twee onderzoekende vragen zullen resulteren in aanbevelingen ten aanzien van verschillende contractuele samenwerkingsvormen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

## 1.5 Relevantie

De scriptie is relevant voor zowel de zorgverzekeraars als voor de overheid en de toezichthouders in de zorg. Dit onderzoek richt zich op de veranderende verhouding tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen na de stelselwijziging en de invoering van gereguleerde marktwerking. Iedere partij moet zijn positie opnieuw bepalen en in de markt is te zien dat partijen dat op een verschillende manier doen. Zo adviseert de RVZ dat selectieve zorginkoop een meer centrale rol zou moeten gaan innemen in de zorgcontracteringsmarkt (RVZ 2008). Selectieve zorginkoop resulteert in nieuwe onderlinge verhoudingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen maar ook tussen ziekenhuizen onderling. Het impliceert zowel samenwerking als concurrentie; samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen door het maken van exclusieve afspraken en concurrentie tussen ziekenhuizen onderlinge ten gunste van de zorgverzekeraar en de patiënt. Deze exclusieve afspraken zijn vaak tijdelijk van aard, het ziekenhuis moet zich jaar in jaar uit bewijzen om als voorkeursaanbieder te worden aangewezen. Wanneer het aangewezen wordt als voorkeursaanbieder dan kan dit resulteren in een grotere patiëntenstroom. Dit rendement biedt mogelijkheden voor nieuwe investeringen. Selectieve zorginkoop kan dus gezien worden als een stimulans voor doelmatigheid en het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor de ziekenhuizen. De vraag is ook of door selectieve zorginkoop de zorg toegankelijk blijft voor de patiënt en hij niet 'gedwongen' wordt naar een voorkeursaanbieder te gaan.

De contractuele samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen kunnen ook van langdurige aard zijn wanneer zorgverzekeraars risicodragend belang nemen in ziekenhuizen. In deze vorm van samenwerking is een duidelijk direct financieel belang voor beide partijen. De zorgverzekeraar heeft belang bij een gezonde financiële positie van het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft belang bij de kapitaalverstrekking van de zorgverzekeraar voor het doen van investeringen. De zorgverzekeraar zal mogelijk proberen zijn verzekerden te sturen naar dit ziekenhuis vanwege zijn belang daarin en is er dus bij gebaat dat dit ziekenhuis het beste

ziekenhuis is in de regio van zijn verzekerden. Ook hierbij is het de vraag wat de uitwerking is op de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg. Hierdoor is de inhoud van deze scriptie relevant voor de overheid en haar toezichthouders die hierover een standpunt moeten gaan vormen en beleid moeten gaan maken.

In dit onderzoek wordt niet alleen gekeken naar de marktwerking in de zorg maar ook naar de bedrijfsvoering van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars moeten zich in deze concurrerende markt blijven onderscheiden. Ondanks dat verzekerden zich niet interesseren voor het vergelijken van prijzen polissen (Bouman et al. 2008) en in 2007 nog maar 4,4% overstapte naar een andere zorgverzekeraar (NZa 2007b) zullen zorgverzekeraars ook hun bedrijfsprocessen willen optimaliseren. Transactiekosten kunnen hierdoor een rol spelen bij de te kiezen samenwerkingsvormen met ziekenhuizen. Dit kan helpen bij het creëren van het onderscheidend vermogen.

## 1.6 Begrippen

In deze scriptie staan verschillende begrippen centraal. Deze begrippen zullen achtereenvolgens gedefinieerd en verklaard worden zodat het begrippenkader van dit onderzoek eenduidig is.

*'Risicodragend aandeel'*: Wanneer een zorgverzekeraar een risicodragend aandeel neemt in een ziekenhuis betekent dit dat de zorgverzekeraar door het verkrijgen van een aandeel een deel van het risico van het ziekenhuis overneemt. De risico's die het ziekenhuis loopt zullen dus ook voor een deel de risico's van de zorgverzekeraar. In deze scriptie wordt ook wel over 'verticale integratie' of 'participatie' gesproken.

*'Selectieve zorginkoop'*: (zie ook hoofdstuk 2.2.1.) De inkoop van zorg door zorgverzekeraars bij ziekenhuizen waardoor niet alle ziekenhuizen of alle zorg in het ziekenhuis wordt gecontracteerd. Voor bepaalde zorg kunnen aparte kwaliteits-, prijs- en volume afspraken gemaakt worden.

*'Toegankelijkheid van zorg'*: Hieronder wordt verstaan dat 'noodzakelijke zorg in voldoende mate en van voldoende kwaliteit beschikbaar is voor iedereen die dit nodig heeft en deze zorg zonder drempels tijdig gebruikt kan worden'. Toegankelijkheid gaat over zowel financiële toegankelijkheid, tijdige toegankelijkheid, geografische toegankelijkheid en culturele toegankelijkheid. (Mackenbach & van der Maas 2007:239)

- Voor de financiële toegankelijkheid geldt dat de zorg betaalbaar moet zijn voor iedere burger. De NZa stelt dat 'de eigen betaling geen belemmering moet vormen voor mensen om medische zorg te krijgen' (NZa 2008b).
- Tijdige toegankelijkheid binnen de reguliere zorg gaat over de aanwezigheid van wachtlijsten en wachttijden. De maximale wachttijden, gerelateerd aan de lengte van de wachtlijst, zijn vastgelegd in het Treeknorm-overleg (RIVM 2008).

- Geografische toegankelijkheid is met name van belang bij acute zorg. Patiënten moeten tijdig (zie tijdige toegankelijkheid) zorg kunnen krijgen.
- Culturele toegankelijkheid gaat over rechtvaardigheid (equity). Alle burgers hebben evenveel recht op toegankelijke zorg, onafhankelijk van hun opleidingsniveau of afkomst of andere persoonskenmerken (RIVM 2008).

Keuzevrijheid, in waar men zich verzekerd en door wie of hoe zorg wordt verleend, hangt nauw samen met de toegankelijkheid van zorg. Voorwaarde voor keuzevrijheid is dat wettelijke en financiële regelingen het maken van keuzes ook toestaan. Ook dient er voldoende diversiteit in het zorgaanbod aanwezig te zijn, zodat de burgers de kwaliteit van zorg kunnen afwegen tegen de 'kosten'. (RIVM 2008)

*'Kwaliteit van zorg'*: Hierover bestaat geen eenduidige definitie aangezien het meerdere aspecten omvat. Het is een relatief begrip waarbij het gaat om te beoordelen of de zorg die uitkomsten oplevert die redelijkerwijs verwacht mogen worden door de patiënt, de professional en de gehele bevolking. In de Nederlandse Wet op kwaliteit van zorginstellingen deelt men 'kwaliteit' op in 3 dimensies: effectiviteit, efficiëntie en patiëntgerichtheid. Het gaat dus ook over in hoeverre de kosten voor zorg in verhouding staan tot de geleverde kwaliteit (doelmatigheid). (Mackenbach & van der Maas 2007:241-242)

## 1.7 Leeswijzer

Dit hoofdstuk vormde de aanleiding en de doelen van dit onderzoek. Hoofdstuk 2 gaat in op de methodiek die gebruikt is om het onderzoek uit te voeren. In hoofdstuk 3 zal de context waarin dit onderzoek plaatsvindt schetsen. Hoofdstuk 4 vormt het theoretisch kader van waaruit het empirisch onderzoek plaatsvindt en zal ingegaan worden op de bevindingen uit het literatuuronderzoek over contractuele samenwerkingsvormen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. In hoofdstuk 5 zullen de resultaten worden gepresenteerd. Hoofdstuk 6 vormt de afsluiting van dit onderzoek met daarin de beantwoording van de deelvragen en de centrale onderzoeksvraag. Daarnaast worden conclusies getrokken en in de discussie kritisch gereflecteerd op dit afstudeeronderzoek. Afgesloten zal worden met aanbevelingen voor zowel zorgverzekeraars als vervolgonderzoek.

## 2. Onderzoeksmethodiek

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke manier het onderzoek is uitgevoerd en hoe antwoorden verkregen worden op de gestelde onderzoeksvragen. Allereerst zal het type onderzoek worden toegelicht waarna dieper in wordt gegaan op de dataverzameling. Ook wordt aandacht besteed aan de wijze waarop de validiteit en betrouwbaarheid wordt gewaarborgd.

### 2.1 Kwalitatief onderzoek

Met behulp van kwalitatief onderzoek zal antwoord verkregen worden op de onderzoeksvragen. Kwalitatief onderzoek kenmerkt zich door het onderzoek wordt gedaan in een zo natuurlijk mogelijke setting waarbij menselijke en tekstuele bronnen gebruikt worden. Deze manier van het doen van onderzoek is geschikt voor het doen van aanbevelingen zoals wordt beoogd in dit onderzoek. Bij kwalitatief onderzoek zijn de data onderhevig aan de interpretatie van de onderzoeker. Om de validiteit en betrouwbaarheid te waarborgen speelt triangulatie een belangrijke rol bij kwalitatief onderzoek. (Creswell 2003: 179-196) Triangulatie houdt in dat voor informatie uit meerdere bronnen en onderzoeksmethoden worden gebruik om antwoord te geven op de onderzoeksvragen.

### 2.2 Dataverzamelingsmethoden

Om antwoorden te krijgen op de onderzoeksvragen 1 tot en met 6, gerelateerd aan theoretische perspectieven, wordt een literatuuronderzoek uitgevoerd. Er wordt gezocht via online databanken en de bibliotheek van de Erasmus Universiteit naar relevante wetenschappelijke artikelen. Daarbij ligt de focus op literatuur over stakeholdermanagement, de transactiekosten theorie, Agency- en Stewardship theorie en effecten van verticale relaties op de concurrentie op de zorgmarkt.

Het empirische gedeelte van dit onderzoek is uitgevoerd met behulp van semi-gestructureerde interviews om antwoord te krijgen op de vragen 7 tot en met 9. De gegevens verkregen uit de interviews zullen worden ondersteund met informatie uit rapporten van betrokken instanties. Tevens vindt extra literatuuronderzoek plaats ten behoeve van de casuïstiek (deelvraag 6). De laatste twee 'onderzoekende' deelvragen zullen kunnen worden beantwoord op basis van de gegevens die zijn verkregen uit zowel de literatuur, de semi-gestructureerde interviews en de documentenanalyse.



## 2.4 Semi-gestructureerde interviews

Het veldonderzoek van deze scriptie wordt gedaan middels semi-gestructureerde interviews. Om een compleet beeld te schetsen van de praktijk en meningen van deskundige en betrokken partijen zullen verschillende partijen bij het veldonderzoek worden betrokken. Zo zijn zorgverzekeraars (5x), één ziekenhuis, de RVZ, de NVZ en deskundigen (2x) geïnterviewd. De interviews zijn opgenomen en na afloop uitgetypt. Deze transcripten dienden als basis voor de analyse en de interpretatie van de data.

### 2.4.1 Zorgverzekeraars

Het doel van de interviews met zorgverzekeraars waren tweeledig. Enerzijds waren sommige zorgverzekeraars betrokken bij de casuïstiek, het nemen van risicodragend belang in ziekenhuizen of het aanwijzen van voorkeursaanbieders door selectieve zorginkoop, en kon hier informatie over worden gekregen. Anderzijds kon middels de interviews beeld gekregen worden in de keuzes van zorgverzekeraars ten aanzien van contractuele samenwerkingsvormen en de onderlinge beoordeling van deze keuzes.

De volgende zorgverzekeringsmaatschappijen en respondenten zijn geïnterviewd;

- DSW, lid Raad van Bestuur
- Achmea, manager cluster ziekenhuizen en GGZ
- CZ, directeur zorg
- Menzis, contractmanager 2<sup>e</sup> lijn
- UVIT, zorginkoper ziekenhuizen

DSW is gekozen vanwege het ingenomen belang in het Vlietland ziekenhuis en geeft daarom informatie over de casus en inzage in de gemaakte keuzes. CZ heeft een belang in een ZBC en is ook daarom interessant. Menzis profileert zich op de zorgverzekeringmarkt door het aanwijzen van voorkeursaanbieders en Achmea en UVIT hebben ook hun eigen kijk op zorginkoop en relaties met ziekenhuizen.

### 2.4.2 Ziekenhuizen

Ook het perspectief van de ziekenhuizen is meegenomen in dit onderzoek. Daartoe zijn de volgende interviews afgenomen;

- Het Vlietland ziekenhuis, lid Raad van Bestuur
- Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ), dr.mr. H.E.G.M (Bert) Hermans juridisch beleidsadviseur Zorg en tevens hoofddocent Gezondheidsrecht aan de Erasmus Universiteit.

Het Vlietland ziekenhuis is het eerste ziekenhuis in Nederland waarin een zorgverzekeraar een belang neemt. Het interview geeft zicht in deze casus en de keuzes van het ziekenhuis.

Het interview met de NVZ belicht de juridische kant van contractuele samenwerkingsvormen vanuit het perspectief van ziekenhuizen.

### 2.4.3 Experts

Als laatste zijn drie adviseurs op het gebied van de gezondheidszorg geïnterviewd. Hen is gevraagd naar hun visie op de ontwikkelingen in de zorg met betrekking tot het nemen van risicodragend belang van zorgverzekeraars in ziekenhuizen en het actief doen aan selectieve zorginkoop. De volgende interviews hebben plaatsgevonden;

- Prismant, algemeen directeur Guus van Montfort. Primant is een kennis- en expertisecentrum in de zorg. De heer Van Montfort is tevens hoogleraar bedrijfseconomie van de gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit en was tot 2007 werkzaam als directeur Zorg bij Achmea.
- Roland Berger, Robin Alma, projectmanager en medeoprichter van het Healthcare Competence Center van Roland Berger in Nederland. Roland Berger is een strategy consultancy bureau voert jaarlijks een Zorgstudie uit.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), Patrick Jeurissen, senior adviseur marktdynamiek. Er is voor de RVZ gekozen vanwege de rol als onafhankelijk adviesorgaan voor parlement en regering. De heer Jeurissen is naast zijn adviseursfunctie bij de RVZ bezig met een proefschrift over marktwerking in de zorg.

## 2.5 Data-analyse en interpretatie

De transcripten van de semi-gestructureerde interviews vormen de basis van de analyse van de data. De data uit de interviews zijn gecodeerd en verdeeld in categorieën, conform de onderwerpen in de deelvragen. Deze verschillende categorieën uit de verschillende interviews kunnen met elkaar worden vergeleken. Verschillen en overeenkomsten tussen de interviews vormen de basis van het hoofdstuk Resultaten. Vervolgens wordt in het hoofdstuk Conclusie en Discussie de data geïnterpreteerd en worden de gegevens uit de praktijk en uit de theorie met elkaar geconfronteerd om uiteindelijk een antwoord te kunnen geven op de onderzoekende deelvragen en de centrale onderzoeksvraag.

## 2.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Bij het doen van kwalitatief onderzoek zijn zowel de validiteit en betrouwbaarheid van belang. De validiteit is onder te verdelen in de interne validiteit en de externe validiteit en betreft of gemeten wordt wat gemeten moet worden. De betrouwbaarheid kan ook onderverdeeld worden in interne en externe betrouwbaarheid en gaat over de herhaalbaarheid van het onderzoek.

De interne validiteit gaat over de mate waarin de bevindingen uit het empirisch onderzoek adequaat kunnen worden geïnterpreteerd en de juistheid van deze interpretaties. Een manier om de interne validiteit te waarborgen is datatriangulatie; het verkrijgen van data uit verschillende bronnen met elk hun eigen perspectief. Daartoe zijn verschillende zorgverzekeraars en organisaties betrokken bij dit onderzoek, elk met een eigen perspectief op het te onderzoeken onderwerp van deze scriptie. Daarnaast adviseert Creswell (2003:196-197) een externe audit voor het gehele onderzoek. Deze auditor is in mijn onderzoek betrokken in de vorm van de scriptiebegeleider. Met name de scriptiebegeleider zal gedurende het gehele onderzoek de interpretaties meelesen, becommentariëren en met de onderzoeker bespreken.

De externe validiteit verwijst naar de mate waarin de resultaten van het empirisch onderzoek generaliseerbaar zijn naar andere organisaties en/of andere omstandigheden. Generaliseerbaarheid staat volgens Creswell (2003:195) bij kwalitatief onderzoek niet centraal. Dit geldt dan ook voor dit onderzoek wat gaat over een specifiek onderwerp en een specifieke doelgroep. De resultaten hoeven daarom niet te gelden voor andere organisaties dan zorgverzekeraars. Het verhogen van de externe validiteit wordt gedaan door gedurende het hele onderzoek kritisch te reflecteren op de verkregen resultaten en deze te vergelijken met resultaten uit andere onderzoeken. Daarnaast zal de scriptiebegeleider hier ook een rol in spelen en door zijn kritische reflectie de externe validiteit verhogen.

Of het onderzoek betrouwbaar is hangt af van de consistentie en de repliceerbaarheid van de methoden, de omstandigheden en de resultaten van dat onderzoek.

De interne betrouwbaarheid kan worden verhoogd door de gebruikte begrippen en termen nauwkeurig uit te leggen en deze consistent te gebruiken. De betrouwbaarheid kan worden verhoogd door methodetriangulatie toe te passen; het doen van zowel literatuuronderzoek, documentenanalyses en het afnemen van semi-gestructureerde interviews. Ook wordt de betrouwbaarheid verhoogd door alle interviews op dezelfde manier uit te voeren en uit te werken.

De externe betrouwbaarheid verwijst naar de mate waarin onafhankelijke onderzoekers het onderzoek onder gelijke omstandigheden kunnen repliceren. Deze wordt gewaarborgd door de rol van de onderzoeker te expliceren, zicht te geven in de geïnterviewde personen en instanties en aan te geven welke keuzes zijn gemaakt en waarom.

## 3. Context

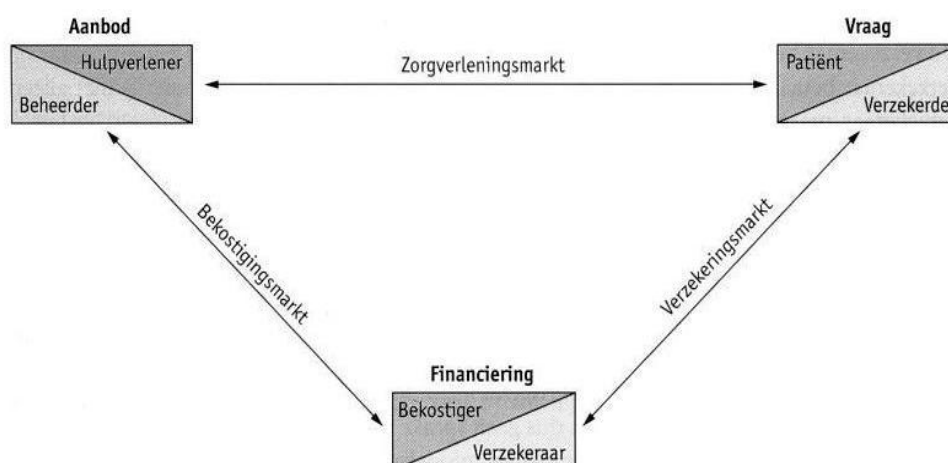
Dit onderzoek vindt plaats in de context van de gezondheidszorg. In dit hoofdstuk wordt de relevante context nader toegelicht.

### 3.1 De Nederlandse gezondheidszorgmarkt

Deze scriptie omvat een onderzoek binnen de Nederlandse gezondheidszorgmarkt. Basiskennis over de structuur en de financiering van deze markt is essentieel. In dit hoofdstuk wordt het model voor het ontwerp voor de Nederlandse gezondheidszorg beschreven. Onderdeel daarvan is een bespreking van de 3 deelmarkten. Daarnaast zal ingegaan worden op de invoering van gereguleerde marktwerking.

#### 3.1.1 Het driemarkten-model

De structuur van de Nederlandse gezondheidszorg wordt gekenmerkt door zorgvragers, zorgaanbieders en de financiers van de zorg, de zorgverzekeraars. De zorgvragers zijn zorgbehoevende patiënten en verzekerden die op een bepaald moment een zorgvraag zouden kunnen krijgen. De zorgvraag legt druk op de zorgaanbieders die hun aanbod moeten afstemmen op de vraag. Kenmerkend ten opzichte van de commerciële markt is de 3<sup>e</sup> partij, de zorgverzekeraar. De zorgconsument kan niet altijd kiezen uit zorgaanbod door onvoldoende transparantie of door de complexiteit van het aanbod. Het zorgaanbod is soms niet toegankelijk voor hem of het is te duur. In het algemeen: hij is vaak niet in staat in zijn eentje voldoende countervailing power ten opzichte van de zorgaanbieder te ontwikkelen. In de tweede plaats is het derde partij-model een noodzakelijk element voor de borging van publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. (RVZ 2008)



*Figuur 1: Driemarktenmodel ( Lapré en Van Montfort 1999)*

Figuur 1 laat het drie marktenmodel zien. Hieruit valt op te maken dat de Nederlandse gezondheidszorgmarkt bestaat uit drie deelmarkten; de zorgverleningsmarkt, de

zorgcontracteringsmarkt en de zorgverzekeringsmarkt (Lapré & Van Montfort 1999). De overheid ziet toe op deze markten en schept randvoorwaarden waar de actoren zich aan moeten houden en heeft daardoor grote invloed op de werking van de deelmarkten. Hier zal in de volgende paragraaf verder op ingegaan worden.

De zorgverleningsmarkt: Deze markt gaat over de zorg die door een zorgaanbieder verleend wordt aan een zorgconsument die ziek is en behandeld moet worden. Er vindt hier interactie plaats tussen de zorgvragers, de patiënten, en de zorgaanbieders. Hier is sprake van een uitgebreide regelgeving door de overheid. In dit verband valt onder meer te denken aan de kwaliteitswetgeving en de wetgeving die de rechten van de vragers van zorg alsmede medisch-ethische kwesties regelt. (Maarse 2001) Deze markt heeft een sterk individueel karakter en is dus een individuele markt in plaats van een collectieve markt (Lapré & Van Montfort 1999).

De zorgverzekeringsmarkt: De spelers op deze markt zijn de zorgverzekeraars en de zorgconsument. De verzekeraar verkoopt polissen aan de zorgconsument en deze consument vermindert hierdoor de financiële onzekerheid als gevolg van ziekte en de bijbehorende medische kosten. Door het financiële risico van ziekte en zorgkosten over een groot aantal mensen te spreiden kunnen zorgverzekeraars het risico reduceren (Lapré e.a. 2001). De zorgverzekeringsmarkt is dus in tegenstelling tot de zorgverleningsmarkt een collectieve markt. De markt is onderhevig aan overheidsregulering die iedereen toegang moet bieden tot een zorgverzekering. Verzekeringen zijn opgebouwd uit een basisverzekering, verplicht voor alle burgers. Het pakket van de basis verzekering is centraal vastgesteld. Voor de zorgverzekeraar geldt dan ook een algemene acceptatieplicht van verzekerden voor een basisverzekering. De principes van risico- en inkomenssolidariteit spelen hierbij een belangrijke rol. Daarnaast kan een zorgconsument zich aanvullend verzekeren waarvoor voor de zorgverzekeraar géén acceptatieplicht geldt.

De bekostigingsmarkt / zorgcontracteringsmarkt: Op deze derde markt zijn de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars betrokken. Zorgverzekeraar kopen op deze markt zorg in namens zijn verzekerden die zorgvraag behoevend zijn. Daarnaast maakt de zorgverzekeraar afspraken met zorgaanbieders over de afname van zorg. Het maken van afspraken over de zorgafname geldt echter alleen voor het B- segment waarvoor een andere bekostigingsstructuur (DBC bekostiging) geldt dan voor het A- segment (budgetbekostiging). Door met zorgaanbieders afspraken te maken over de prijs, organisatie en inhoud van de zorgverlening kunnen zorgverzekeraars proberen aanbodgeïnduceerde vraag (de doelen en het aanbod van de zorgverlener stuurt de zorgvraag) te voorkomen en de variatie in het aanbod van zorg te reduceren (Lapré e.a. 2001).

Tussen de drie markten bestaan allerlei vormen van samenhang. Beslissingen op de zorgcontracteringsmarkt hebben vaak direct invloed op de zorgverleningsmarkt, bijvoorbeeld in de vorm van wachtlijsten. Aan beslissingen over de inhoud van het verzekeringspakket zitten allerlei gevolgen vast voor processen op de zorginkoop- en zorgverleningsmarkt. Evenzo kunnen ontwikkelingen op de zorgverleningsmarkt doorwerken in de zorgverzekeringsmarkt. (Maarse 2001)

Deze scriptie zal met name ingaan op de zorgcontracteringsmarkt. Deze markt is het meest relevant omdat hier in wordt gegaan op de onderlinge relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Het biedt een basis voor het analyseren van de casuïstiek.

### 3.1.2 Gereguleerde marktwerking

Sinds 2005 zijn deze drie markten onderhevig aan gereguleerde marktwerking. Midden jaren '80 werd marktwerking gepresenteerd als alternatief voor de beheersing van de gezondheidszorg. Het grootste problemen in de zorg waren de betaalbaarheid van de zorg, ondoelmatigheid en de overmaat aan regelgeving door de overheid. De institutionele structuur waarin zich zorgverzekering, zorginkoop en zorgverlening afspeelden bood onvoldoende prikkels voor doelmatig gedrag. Goed gedrag werd onvoldoende beloond, slecht gedrag onvoldoende afgestraft. Ook werd de gesegmenteerde structuur van de zorgverzekering als probleem gedefinieerd. De scheiding tussen de sociale en particuliere ziektekostenverzekering enerzijds en tussen de verzekering van langdurige en kortdurende zorg anderzijds werkte in de praktijk als een bron van onrechtvaardigheid en ondoelmatigheid. Zij stond eveneens de noodzakelijke vernieuwing van de zorg in de weg. Ten slotte was er sprake van een overmaat aan regelgeving die de partijen in het veld niet alleen in de verleiding bracht tot afwenteling van eigen verantwoordelijkheid, maar ook tot het nemen van onorthodoxe initiatieven. (Maarse 2001)

In 1987 presenteerde de commissie-Dekker haar rapport *Bereidheid tot Verandering* waarin zij de hoofdlijnen van een omvangrijke structuurverandering in de gezondheidszorg schetste. De nadruk in het rapport lag op de herstructurering van de zorgverzekering via de invoering van een basisverzekering met een breed pakket voor de gehele bevolking en de introductie van een systeem van gereguleerde marktwerking. (Maarse 2001) In de regulering moet de overheid voorwaarden scheppen voor de werking van het gezondheidszorgsysteem volgens de principes van doelmatigheid en efficiency (Boot&Knapen 2005). Zuurbier et al. (2004) definieert gezonde marktwerking als 'marktwerking die resulteert in een meer doelmatige, innovatieve en vraaggerichte zorgverlening zonder dat de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg wordt aangetast'. De marktwerking beoogd door financiële prikkels zuinig en doeltreffend gedrag te stimuleren en zo doelmatig handelen van de

verschillende actoren in de gezondheidszorg te bevorderen (Boot&Knapen 2005:193). De vrijere keuze uit het zorgaanbod dient de zorgaanbieders te stimuleren tot het verstrekken van meer klantgerichte zorg en op efficiëntere manier (Boot&Knapen 2001). Het idee van de invoering van gereguleerde marktwerking heeft door de jaren heen stand gehouden en is realiteit geworden bij de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. Terwijl de overheid vroeger zich vooral richtte op de aanbodzijde wordt nu via marktwerking een systeem voor vraaggestuurde zorg bewerkstelligd.

### 3.1.3 Financiering van zorginstellingen

In 2005 is het zorgstelsel fundamenteel gewijzigd van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg. Daarbij is ook de bekostiging van de zorg op de schop genomen door de aanpassing van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). De eerdere budgetsystematiek met beschikbaarheidsfinanciering en contracteerplicht maakt plaats voor een integrale prestatiebekostiging, door middel van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), waarbij de verzekeraars geen contracteerplicht hebben en er een ruimere vrije toetreding is voor nieuwe zorgaanbieders. Een diagnose-behandelcombinatie (DBC) is het geheel van activiteiten van ziekenhuis én medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee de patiënt de medisch specialist in het ziekenhuis consulteert. Een DBC is te beschouwen als een herkenbaar eindproduct van het ziekenhuis. Het bestaat uit een ingreep of behandeling die een medisch specialist nodig acht op grond van de zorgvraag van de patiënt en op basis van de medisch gestelde diagnose. Uit deze diagnose vloeit een reeks van zorgactiviteiten voort. Dit vormt een standaard behandelprofiel welke een vastgesteld prijskaartje heeft. Deze prijs bevat zowel een ziekenhuiskostendeel als een honorariumcomponent. (Zuurbier&Krabbe-Alkemade, 2007)

De ziekenhuismarkt is vanaf 2005 ingedeeld in verschillende segmenten, zie tabel 1. Onder het A-segment vallen de acute zorg, de beschikbaarheidsfunctie van het ziekenhuis en de WBMW (Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen)-zorg en topreferentie (Zuurbier&Krabbe-Alkemade, 2007). Het B-segment bestaat uit electieve zorg waarin ziekenhuizen en zorgverzekeraars verplicht worden tot niet-collectieve, vrije prijsonderhandelingen (ibid). De DBC-systematiek geldt slechts voor het B-segment van een ziekenhuis. In 2009 breidt het DBC zich uit naar 34% van het totale aanbod van zorg in het ziekenhuis.

In tabel 1 worden de verschillende segmenten schematisch weergegeven. Het Ministerie van VWS (2007) onderscheidt vier segmenten in de curatieve zorg:

**A0:** Door de beschikbaarheidsfunctie zullen de vaste kosten niet altijd gedekt worden door de inkomsten uit behandelingen. Daarom is er een beschikbaarheidsvergoeding voor een ziekenhuis.

**A1:** In dit segment is er sprake van prestatiebekostiging maar vindt geen onderhandeling plaats over de prijzen.

**B1:** Binnen dit segment mag onderhandelt worden over de prijs van de zorg. Men dient de prijs binnen de maatstaf te houden. De landelijke maatstaf is een uniform bedrag per 'gemiddelde' DBC.

**B:** Binnen dit segment is er sprake van vrije prijzen. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen mogen met elkaar onderhandelen over de prijs zonder dat zij zich hoeven te houden aan een maatstaf.

De maatstaf geldt als een maximum op de gemiddelde prijs per DBC die een ziekenhuis in rekening mag brengen. Maatstafconcurrentie betekent dat ziekenhuizen door de NZa onderling worden vergeleken op prijzen en (minimum) kwaliteit, en dat afwijkingen van het gemiddelde worden beloond of bestraft. Ondanks de plannen om per januari 2009 de maatstafconcurrentie in te voeren, is dit nog niet van start gegaan. Mogelijk wordt deze op een later tijdstip ingevoerd.

Tabel 1: Verschillende segmenten in de financiering van ziekenhuizen (Min VWS 2007)

<b>A 0</b>	<b>A 1</b>	<b>B 1</b>	<b>B</b>
Geen prestatiebekostiging	Prestatiebekostiging met maatstafconcurrentie		Prestatiebekostiging met vrije prijsvorming
	Vaste tarieven binnen de maatstaf	Onderhandelbare prijzen binnen de maatstaf	

Vanaf 2009 heeft er zich een verandering plaatsgevonden in de financiering van de kapitaallasten van zorginstellingen. Eerder liepen ziekenhuizen geen risico over hun vastgoed en investeringen. Wanneer zij in het bezit waren van een bouwvergunning ontvingen ziekenhuizen van de overheid de kosten via nacalculatie terug. Vanaf 2009 worden de kapitaallasten van de ziekenhuizen opgenomen in de DBC prijzen. In de prijs van de zorg moeten alle kosten die de instelling maakt - personeel, apparatuur, vastgoed - zijn verwerkt. Die prijs brengt de instelling in rekening bij de zorginkopende partij, de zorgverzekeraar. Dit is 'integrale prestatiebekostiging'. (RVZ 2006) Vastgoed wordt een integraal onderdeel van de bedrijfsvoering. Kapitaallasten vormen een groot deel van het budget en liggen voor een langere periode vast. Aangezien ziekenhuizen hun oude zekerheden op de zorgcontracteringsmarkt aan het verliezen zijn door de opkomst van selectieve zorginkoop, nemen de financiële risico's op deze markt toe. (RVZ 2006) Hierdoor ontstaat er een financiële onzekerheid op het gebied van de financiering van de kapitaallasten; contracten met ziekenhuizen worden jaarlijks vastgesteld terwijl de kapitaallasten liggen voor een langere periode vast. Instellingen lopen daarom meer risico



over hun kapitaallasten waardoor investeringen veel meer door rendement worden gedreven (RVZ 2006). Dit betekent een extra prikkel voor efficiency en klantgericht werken wat moet resulteren in goede contracten met zorgverzekeraars zodat kapitaallasten gedekt kunnen blijven. (ibid)

## 3.2 Marktwerking in de zorgcontracteringsmarkt

De ontwikkeling naar gereguleerde marktwerking heeft effect op alle drie de markten in de gezondheidszorg waaronder de zorgcontracteringsmarkt. In deze markt vindt de inkoop van zorg plaats en hebben toezichthouders een rol ingenomen om de gereguleerde marktwerking te bewaken.

### 3.2.1 Zorginkoop

In de nieuwe Zorgverzekeringswet wordt beschreven dat een zorgverzekeraar zorgplicht heeft ten aanzien van zijn verzekerden. Hij moet invulling geven aan bepaalde vormen van zorg of diensten in de vorm van naturapolissen, in de vorm van restitutiepolissen of een combinatie van beide. (Essers et al. 2008) Een naturapolis is een zorgverzekeringvorm van het basispakket waarbij de verzekerde voor alle dekkingen te maken heeft met gecontracteerde zorg. Een zorgverzekering die uitgaat van gecontracteerde zorg houdt in dat de verzekerde de geneeskundige zorg die hij nodig heeft in principe moet afnemen van een zorgverlener die door zijn zorgverzekeraar is gecontracteerd. Een restitutiepolis is een zorgverzekeringvorm van het basispakket waarbij de verzekerde voor geen enkele dekking te maken heeft met gecontracteerde zorg. Een zorgverzekering zonder gecontracteerde zorgverleners is een zorgverzekering op grond waarvan de verzekerde voor zijn geneeskundige zorg in principe naar alle zorgverleners mag gaan. (KiesBeter 2009) De zorgplicht heeft ook betrekking op de toegankelijkheid van de zorg; een verzekerde moet binnen een redelijk termijn de zorg krijgen die hij nodig heeft. De verschillende type verzekeringen (natura, restitutie en een combinatie hiervan) biedt de zorgverzekeraar vele mogelijkheden daaraan invulling te geven. De zorgplicht is het grootst daar waar gesproken kan worden van een naturapolis. Met name zorginkoop is hierbij het middel bij uitstek en deze inkoop vindt plaats op de zorgcontracteringsmarkt.

De zorgverzekeraar heeft op grond van de nieuwe wet volledige contracteervrijheid. Dit betekent dat hij niet gehouden kan worden een bepaalde zorgaanbieder, zoals een ziekenhuis, te contracteren. In de wet staan uitzonderingen. Zo kan de zorgverzekeraar worden verplicht om in die gevallen waarin dit door AMvB wordt bepaald, een overeenkomst te sluiten voor zover verwacht mag worden dat de verzekerden van de zorgverzekeraar de zorg regelmatig zullen invoeren. (Essers 2008)

In het proces van zorginkoop onderhandelen zorgverzekeraars en ziekenhuizen over de prijs, de kwaliteit en het volume van de zorg. Dit resulteert in volumeafspraken en vaststelling voor de prijs per DBC. Aangezien de DBC prijs de integrale kosten moeten dekken zijn, moet een ziekenhuis zijn kwaliteitsverbeterings- en innovatietrajecten ook hieruit financieren. Omdat de zorgverzekeraar geen contracteerplicht heeft, is de onderhandelingspositie van de zorgverzekeraar sterk ten aanzien van het ziekenhuis waarmee onderhandeld wordt. Dit kan zich uiten in selectieve/gedifferentieerde zorginkoop; een zorgverzekeraar die gedifferentieerd inkoop contracteert niet alle zorg die de zorgaanbieder beschikbaar stelt en contracteert bij selectieve zorginkoop niet alle zorgaanbieders (RVZ 2008). Hij contracteert alleen zorgaanbod en zorgaanbieders waaraan behoefte bestaat. Selectieve en gedifferentieerde zorginkoop gaat gepaard met het sturen van verzekerden naar voorkeursaanbieders. (ibid) Het belang van het sturen van verzekerden wordt van nog groter belang door de opname van de vaste kosten in de DBC's. Hierdoor zullen de normale en werkelijke bezetting van zorginstellingen een belangrijke rol gaan spelen in het terugverdienen van de kapitaallasten (Klink 2007). Gegeven de hoge vaste lasten hoeft maar 5% van de patiënten naar een ander ziekenhuis te gaan om een ziekenhuis in serieuze problemen te brengen (Heida 2008). Een gevolg voor de zorgverzekeraars is dat in de onderhandelingen naast prijs en kwaliteit ook volume een belangrijke rol speelt.

Geconcludeerd kan worden dat door selectieve en gedifferentieerde zorginkoop er veel druk komt te liggen op ziekenhuizen. Selectieve en gedifferentieerde zorginkoop gaat gepaard met financiële onzekerheden voor het ziekenhuis. Zij willen immers goede contracten afsluiten met zorgverzekeraars om gegarandeerd te zijn van een goede patiëntenstroom om onder andere de vaste kosten mee te kunnen dekken. Het ziekenhuis wordt daarom gedwongen de kwaliteit te leveren die nodig is en die de patiënt vraagt (RVZ 2007). Hierbij wordt aangenomen dat de verzekerde de zorgverzekeraar dwingt die kwaliteit in te kopen. Kwaliteit staat daarbij voor verantwoorde zorg, voor veilige zorg, voor klantvriendelijke zorg en voor doelmatige zorg en dient voor een deel bekostigd te worden uit de DBC opbrengsten. Selectieve en gedifferentieerde zorginkoop vormt daarom een marktmechanisme om de kwaliteit en functionaliteit van de zorg te verbeteren. (ibid)

### **3.2.2 Toezichthouders op de zorgcontracteringsmarkt**

Gereguleerde marktwerking vormt binnen het Nederlandse zorgstelsel een belangrijke randvoorwaarde voor een doelmatige en kwalitatief goede zorgverlening. De concurrentie op de zorgmarkt moet daarbij wel op een eerlijke wijze verlopen. Het mededingingsrecht is erop gericht die eerlijke concurrentie te kunnen waarborgen. Het gaat daarbij om ongewenste economische effecten van beperkingen van concurrentie tegen te gaan. Met de Wet

Marktordening Gezondheidszorg (hierna: WMG) kan de overheid nog steeds de regie over het zorgstelsel voeren; het reguleren van de marktwerking.

In de WMG staat de oprichting van de Nederlandse Zorgautoriteit (Hierna: NZa) centraal. Dit orgaan vloeit voort uit het samengaan van het College Toezicht Zorgverzekeringen en het College Tarieven Gezondheidszorg. De NZa is een zelfstandig bestuursorgaan onafhankelijk van de minister van VWS, die haar wel enkele aanwijzingen kan geven over de bevoegdheden. Haar bevoegdheden zijn de tarief- en prestatieregulering binnen de verschillende zorgsegmenten (zie paragraaf 2.1.3) en het op gang brengen en houden van marktwerking. Zo houdt de NZa toezicht op de regelmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Daartoe controleert de NZa de zorgverzekeraars op het naleven van de acceptatieplicht van verzekerden, het verbod op premiedifferentiatie, de dekking van de basisverzekeringen en de invulling van de zorgplicht. (Essers 2008) Met name dit laatste punt is essentieel wanneer gekeken wordt naar de zorgcontracteringsmarkt. Zoals staat beschreven in paragraaf 2.2.1. is er een ontwikkeling gaande dat zorg selectiever of gedifferentieerd wordt ingekocht. Dit is toegestaan mits zorgverzekeraars voldoen aan de zorgplicht. De NZa ziet daarop toe. Zij kan aanwijzingen geven om de verplichtingen uit de WMG te doen naleven wat kan leiden tot bestuursdwang, openbaarmaking van informatie en boetes (ibid).

Naast de NZa houdt ook de Nederlandse Mededingingsautoriteit (Hierna: NMa) toezicht op de markt. Tussen de NZa en de NMa kunnen overlappende bevoegdheden ontstaan.

De NMa houdt toezicht op de naleving van de Mededingingswet. Dit orgaan vindt zijn oorsprong in het Nederlandse mededingingsrecht die is neergelegd in de Mededingingswet, sinds 1998 van kracht. Deze wet is gericht op het tegengaan van ongewenste economische effecten van concurrentiebeperkingen. (Essers 2008) Het bestaat uit (ibid):

Het kartelverbod. Ondernemingen mogen niet door middel van gezamenlijke gedragingen de mededinging op een markt beperken. Dit kan door het sluiten van verschillende vormen van overeenkomsten tussen ondernemingen. De besluiten van een ondernemingvereniging en haar statuten en reglementen en aanbevelingen vallen onder het kartelverbod. Ook onderling afgestemde feitelijke gedragingen die niet formeel in een overeenkomst zijn vastgelegd vallen onder het verbod. Dit verbod vereist dat betrokken gedragingen ertoe leiden dat de mededinging wordt beperkt, verhinderd of vervalst. Men maakt hier onderscheid tussen horizontale en verticale gedragingen. Horizontale gedragingen zijn bijvoorbeeld samenwerkingsvormen tussen ondernemingen met dezelfde functie in de bedrijfskolom, zoals ziekenhuizen. Verticale gedragingen zijn bijvoorbeeld samenwerkingsvormen tussen ondernemingen die werkzaam zijn in diverse geledingen van een bedrijfskolom. Dit beperkt

de mededinging van een of meer van hen met andere ondernemingen. Samenwerking valt buiten het kartelverbod indien deze bijdraagt tot een verbetering van de zorg, het ten goede komt aan de patiënt, de concurrentie niet verder wordt beperkt dan noodzakelijk en er voldoende concurrentie in de markt overblijft.

Het verbod op misbruik van een economische machtspositie. Een machtspositie wordt gedefinieerd als een positie die een onderneming in staat stelt de instandhouding van een daadwerkelijke mededinging op de relevante markt te verhinderen, omdat zij sterk genoeg is zich in belangrijke mate onafhankelijk van haar concurrenten, afnemers en uiteindelijk ook de consumenten te gedragen. Het hebben van machtspositie is op zichzelf niet verboden, het gaat om het misbruiken van deze positie. Het gaat om gedragingen die resulteren in benadeling van handelspartners en concurrenten in hun mededigingsmogelijkheden en de benadeling van consumenten bij hun afnamemogelijkheden. (ibid) Welke uitwerkingen van machtsposities in de zorg kunnen ontstaan wordt toegelicht in hoofdstuk 4.3.2.

De gereguleerde marktwerking in de zorg onder toezicht staat van de NZa en de NMa. Zij zorgen ervoor dat concurrentie op de verschillende zorgmarkten eerlijk verloopt. Met betrekking tot de zorgcontracteringsmarkt houdt dit in dat er vanuit de toezichthouders zicht wordt gehouden op de afspraken die worden gemaakt tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Hierbij valt de denken aan de afspraken in de vorm van contracten bij selectieve en gedifferentieerde zorginkoop. Vanuit de centrale probleemstelling van deze scriptie kan de genoemde verhouding tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis vanuit de mededinging als een verticale gedraging worden getypeerd. Deze samenwerking wordt wel eens gezien als een ultiem voortvloeiende van marktwerking; voor verzekeraars 'ideaal' om patiëntenstromen te sturen en invulling te geven aan hun regierol. Wanneer echter exclusiviteit is bedongen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars, en de ziekenhuizen een economische machtspositie hebben, dan is de verwachting dat de NZa zal ingrijpen. Echter, het is op dit moment onduidelijk wanneer in de ogen van de NZa een economische machtspositie ontstaat met daaraan gerelateerde negatieve effecten op de zorgmarkt. Bediscussieerd kan worden of de NZa daardoor zijn rol als toezichthouder kan uitvoeren in de huidige turbulente en aan ontwikkeling onderhevige zorgmarkt.

## 4. Theoretisch kader

Het volgende hoofdstuk is het resultaat van een literatuuronderzoek. Er wordt vanuit een theoretisch perspectief beschreven wat relevante informatie is voor het beantwoorden van de probleemstelling.

### 4.1 Stakeholdermanagement

In de diensten- en zorgmarketing van zorgverzekeraars is het creëren van klantenwaarde van groot belang om duurzame relaties te hebben met en een goede reputatie te hebben onder stakeholders. Naast de verzekerden, de directe klant, zijn ziekenhuizen voor zorgverzekeraars zeer belangrijke stakeholders omdat zij via hen aan de zorgplicht kunnen voldoen. Ziekenhuizen krijgen voor het leveren van deze zorg financiering om deze zorg mogelijk te maken en ontlene hieraan hun bestaansrecht. De relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen is daarom een afhankelijke relatie waardoor er een drang tot nauwere samenwerking ontstaat zoals bijvoorbeeld via het proces van (selectieve) zorgcontractering of integratie. Bij integratie is er sprake van het volledig of gedeeltelijk samengaan van een zorgverzekeraar en een ziekenhuis waardoor de zorgverzekeraar zelf zijn zorgplicht kan vervullen. Vanwege de afhankelijke relatie tussen beide partijen zal de relatie met ziekenhuizen en de reputatie van de zorgverzekeraar binnen het netwerk van ziekenhuizen gemanaged moeten worden. In dit hoofdstuk worden marketingprincipes gepresenteerd over het ontwerpen van distributiekkanalen en het onderhouden van relaties binnen de distributiekkanalen voor het leveren van zorg aan de patiënt waarin zowel de verzekeraar als het ziekenhuis een rol spelen.

#### 4.1.1 Waardeketen

Om waarde te creëren voor de klant moeten diensten of producten succesvol geleverd worden. Daarom moet vanuit een breed perspectief naar dit proces van het leveren van diensten of producten gekeken worden. Immers veel partijen zijn betrokken in het indirecte distributiekanaal waarbij de zorgverzekeraar met tussenkomst van zorgverleners in het ziekenhuis zorg levert aan de patiënt. De focus in dit onderzoek ligt op de relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen in distributiekkanalen. Zij vormen samen een marketing channel, een set van afhankelijke organisaties betrokken bij het proces van het maken van het product of dienst beschikbaar voor gebruik of consumptie (Kotler en Keller 2009:450). Zij zijn daarmee onderdeel van een waarde netwerk.

Waarde creëren voor de klant betekent inspelen op de wensen van de klant. Deze wensen kunnen sterk uiteenlopen, factoren zijn; de prijs, het product assortiment, de doelen van de

klant en persoonlijke factoren die bepalen of een bepaalde dienst of product bij hen past. Deze factoren verdelen volgens Child et al. (2002) consumenten in 3 verschillende groepen:

- Consumenten die met name letten op de service en de kwaliteit. Zij vinden de verscheidenheid aan producten en diensten en de kwaliteit hiervan belangrijk in hun keuze.
- Consumenten die met name letten op de prijs en de waarde van het product of de dienst. Zij kiezen op basis van de prijs, kwaliteit verhouding zodat het geld efficiënt en effectief wordt besteed.
- Consumenten die hun keuzes maken op basis van de affiniteit met de leverancier van het product of de dienst.

Op basis van onder andere deze aspecten kan de leverancier, in dit geval de zorgverzekeraar, de markt segmenteren en verschillende diensten aanbieden. Dit resulteert in het creëren van verschillende distributiekanaalen waar verschillende organisaties deel van uitmaken. (Kotler & Keller 2009: 458) Zorgverzekeraars kunnen verschillende polissen aanbieden om op de zorgverzekeringsmarkt verschillende marktsegmenten (doelgroepen) te bedienen. Binnen elk distributiekanaal moeten een waarde netwerk gecreëerd worden om het doel van het kanaal te realiseren. De zorgverzekeraar kan gezien worden als het centrale punt binnen het waarde netwerk; een systeem van partnerships en alliances dat de verzekeraar creëert om de best mogelijk waarde voor de klant, de verzekerde, te creëren (Kotler & Keller 2009:454). Voor de zorgverzekeraar is het dus de uitdaging om de juiste leveranciers voor zorg, de ziekenhuizen, te selecteren voor de verschillende distributiekanaalen en met hen een goede relatie te onderhouden.

#### **4.1.2 Het leveren van zorg via distributiekanaalen**

Vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar zijn ziekenhuizen intermediairs tussen de verzekerde en de zorgverzekeraar. Immers, de verzekerde betaalt premie aan de verzekeraar die vervolgens de plicht heeft de verzekerde zorg te verlenen wanneer hij dat nodig heeft. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht die hij enerzijds zelf uit kan voeren of kan uitbesteden aan bijvoorbeeld een ziekenhuis. De zorgverzekeraar 'verkoopt' dus zijn zorgtaak aan het ziekenhuis en verliest daarmee een stuk controle op de levering van de zorg. Daar staat tegenover dat door deze constructie de kwaliteit van de levering van de dienst beter wordt aangezien de intermediairs zich kunnen gaan specialiseren, veel ervaring op doen binnen andere distributiekanaalen (Kotler & Keller 2009:254). In de praktijk zijn er binnen een distributiekanaal verschillende intermediairs, ziekenhuizen, aanwezig. Het wordt daarbij lastiger om informatie te vergaren over de resultaten van zorg binnen het specifieke kanaal en de controleaspecten worden ingewikkelder omdat het kanaal complex is met veel spelers (ibid). Samen met de wensen van de klant hangen deze aspecten samen met het

aantal te kiezen intermediairs in het kanaal welke de polis dient, wat resulteert in selectief of gedifferentieerd contracteren: (Kotler & Keller 2009:469-460)

- Exclusieve distributie: Er worden weinig intermediairs opgenomen in het kanaal vanwege het specifieke gespecialiseerde karakter van de dienst of het product. Hiervoor wordt gekozen wanneer men controle wil behouden over de kwaliteit en uitkomsten van de service. Deze strategie vereist nauwe samenwerking tussen de contracterende partijen. Deze strategie is in de zorgcontracteringsmarkt te vergelijken met contractering waarbij er voor de zorgverzekeraar weinig keuzemogelijkheden zijn omdat slechts enkele ziekenhuizen de zorg kunnen leveren.
- Selectieve distributie: Er worden eveneens weinig intermediairs opgenomen in het kanaal maar minder dan het aantal wat zich voor het kanaal wil aanbieden om de service te leveren. Deze strategie is in de zorgcontractering te vergelijken met selectieve contractering.
- Intensieve distributie: Er worden zoveel mogelijk intermediairs opgenomen in het kanaal zodat de dienst door al deze organisaties kan worden geleverd. Ten opzichte van exclusieve of selectieve distributie leidt dit op korte termijn tot een vergrote marktdekking en sales maar kan op de lange termijn de prestaties schaden. Bij deze strategie wordt controle van de kwaliteit van de dienst bemoeilijkt omdat veel spelers deel uitmaken van het distributiekanaal. In de zorgcontracteringsmarkt is deze strategie te vergelijken met contractering ten behoeve van restitutiepolissen en vaak ook naturapolissen waarbij alle ziekenhuizen worden gecontracteerd of er een betalingsovereenkomst is gesloten.

Zorgverzekeraars zijn actief in verschillende van bovengenoemde typen distributiekanaalen. Dit komt enerzijds door de verscheidenheid aan wensen van de klant maar ook door het verschil in type zorg. Zo zijn zorgverzekeraars verplicht om voor de acute zorg de zorg intensief te distribueren. Voor de planbare, electieve zorg kan selectiever worden gedistribueerd. De te kiezen distributiestrategie hangt ook samen met economische aspecten zoals transactiekosten. Deze zullen worden besproken in hoofdstuk 3.2.

Welke intermediairs worden geselecteerd hangt af van de karakteristieken waarop de verschillende intermediairs zijn te onderscheiden. Factoren zijn (Kotler & Keller 2009:463):

- Leeftijd en historie
- Specialismen
- Groei en rentabiliteit
- Financiële situatie
- De bereidheid om samen te werken
- Reputatie op het gebied van het leveren van de dienst

Bovenstaande distributiestrategieën gaan uit van het samenbrengen van onafhankelijke organisaties in een kanaal. Elke organisatie probeert daarbij zijn eigen nut te maximaliseren wat ten koste kan gaan van de winst voor het totale systeem (zie ook hoofdstuk 3.2.2). Een andere mogelijkheid om de dienst of het product te leveren aan de klant is door integratie van marketingsystemen waarbij de partijen zich samenvoegen tot één organisatie. (Kotler & Keller 2009: 466) In deze situatie worden controle aspecten en onderlinge conflicten geminimaliseerd of geëlimineerd.

Een voorbeeld van een geïntegreerd systeem waarbij zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn betrokken zijn de zogenaamde Health Maintenance Organisations in de Verenigde Staten. Verschillende vormen van verticale integratie binnen de gezondheidszorg zullen worden besproken in hoofdstuk 3.3.

#### 4.1.3 Relatiemanagement

Er zijn verschillende factoren vanuit marketing- en economisch perspectief te benoemen die bepalen welke relatie zorgverzekeraars en ziekenhuizen met elkaar aangaan. De keuze voor samenwerken of concurreren is complex. De Agency theorie en Stewardship theorie geven in hoofdstuk 3.2 twee uitgangspunten voor de te kiezen onderlinge relatie. In de praktijk zal niet bewust van een bepaald perspectief gekozen worden maar een combinatie van beide waarin zorgverzekeraars en ziekenhuizen met elkaar en onderling concurreren maar ook samenwerken de onderlinge relatie zal karakteriseren. Relatiemanagement is essentieel om de samenwerking te optimaliseren en gestelde doelen te bereiken, het optimaliseren van de klantenwaarde.

Kenmerkend binnen het principe van relatiemanagement is de aanwezigheid van conflicten tussen samenwerkende partijen. Conflicten hoeven niet per definitie de relatie te schaden maar kunnen ook het distributiekanaal versterken en verbeteren (Coughlan et al. 2006:244). Conflicterend gedrag is volgens Coughlan (2006) het gedrag van een organisatie in een distributiekanaal dat tegenovergesteld is aan het gedrag van de counterpart. Of het schadelijk of versterkend werkt hangt af van het type conflict en hoe omgegaan wordt met het conflict. Zo bestaan er 'latente' conflicten die altijd aanwezig zijn en voortkomen uit het feit dat organisaties afhankelijk zijn ten opzichte van mekaar maar desondanks hun eigen autonomie behouden. Dit type conflict zorgt doorgaans voor weinig problemen. 'Perceived conflict' daarentegen geven grotere onderlinge tegenstellingen weer. Standpunten en percepties maar ook interesses en intenties komen onderling niet overeen. Kenmerkend voor dit type conflict is de cognitieve aard. Dergelijke conflicten kunnen evolueren in 'latente' conflicten of de ontwikkeling van nieuwe distributiekanaalen omdat organisaties op rationele gronden niet de juiste samenwerkingspartners blijken te zijn. Schadelijker voor de relatie zijn conflicten waarbij emotie in het spel is. Dit type conflict bereikt in tegenstelling tot de andere



typen conflicten de medewerkers van de organisaties en schaad het de onderlinge transactie waarbij medewerkers van weerszijden bij zijn betrokken. Wanneer emoties de overhand gaan krijgen en de besluitvorming dan is er sprake van 'manifest conflict'. Er is geen sprake meer van een vruchtbare relatie omdat organisaties elkaar gaan tegenwerken en van het gezamenlijk bereiken van doelen geen sprake meer is. (Coughlan 2006: 245)

Interessant is te bekijken wanneer conflicten wel zijn vruchten afwerpen. Dit is het geval bij functionele conflicten, waar organisaties in hetzelfde distributiekanaal elkaars bijdragen erkennen en zich beseffen dat het succes van de ene partij tevens het succes van de andere partij is. Oftewel, de erkenning dat de organisaties zich in een van elkaar afhankelijke positie bevinden. Pas dan is het mogelijk om elkaar soms tegen te werken zonder dat het de onderlinge relatie schaadt. De resultante hiervan kan zelfs zijn dat door deze verschillen tussen organisaties, organisaties elkaar prikkelen om betere prestaties te leveren en innovatief te zijn. Voorwaarde hiervoor zijn:

- Goede en regelmatige onderlinge communicatie
- Het creëren van een uitlaatklep voor klachten
- Kritische evaluatie
- Het gebalanceerd verdelen van macht in de onderlinge relatie
- Het ontwikkelen van gestandaardiseerde manieren om om te gaan met toekomstige conflicten om ze in bedwang te houden.

Hoe organisaties binnen het distributiekanaal deze voorwaarden inrichten kan sterk verschillen. Hoofdstuk 4.2.2. zal hier inzicht in geven.

## **4.2 Economische aspecten van samenwerken en concurreren**

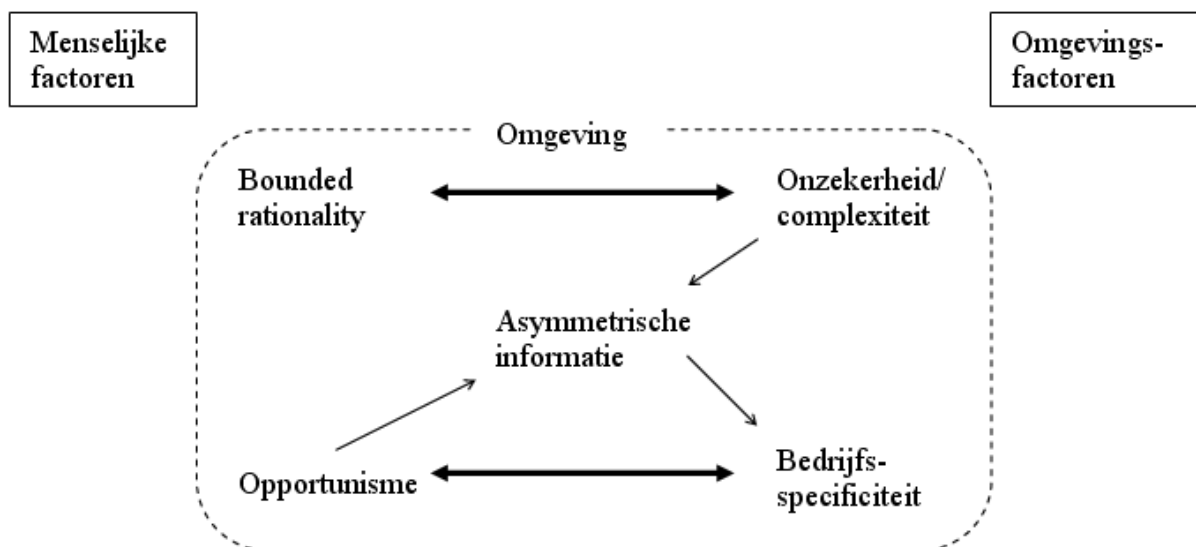
Vanuit het principe van gereguleerde marktwerking in de zorg wordt gezonde concurrentie tussen de verschillende actoren actief gestimuleerd. Deze concurrentie vindt onder andere plaats doordat selectief en gedifferentieerd gecontracteerd wordt door zorgverzekeraars. Echter, naast concurrentie vindt er steeds vaker ook samenwerking plaats tussen de verschillende actoren. Hierbij kan gedacht worden aan de specifieke kwaliteitsafspraken die zijn gemaakt binnen een selectief contract zoals de ontwikkeling van ketens. Voor de keuze van zowel concurrentie als samenwerking liggen onder andere economische redenen ten grondslag. De transactiekosten theorie geeft een verklaring voor concurrentie op basis van het streven van organisaties naar economische verzelfstandiging (Ganzedam, Homburg 1999). In die benadering krijgt het streven naar een vergroting van de effectiviteit en efficiëntie van organisaties veel aandacht (ter Bogt 1998). Vanuit de Agency theorie en de Stewardship benadering zal ingegaan worden op de strategische keuze om te concurreren of samen te werken.

#### 4.2.1 De transactiekostentheorie

De transactiekostentheorie is een onderdeel van neo-institutionele economie. De neo-institutionele economie richt zich op de vraag, welke organisatievormen in een bepaalde situatie optimaal zijn, dat wil zeggen welke organisatievormen leiden tot maximale economische efficiëntie. (ter Bogt 1998) In de transactiekostentheorie worden twee ideaaltypische vormen van coördinatie van activiteiten onderscheiden: coördinatie via het marktmechanisme en hiërarchische coördinatie (Ganzendam en Homburg 1999). In de Nederlandse zorgmarkt is gekozen voor een gereguleerde marktwerking met gereguleerde concurrentie. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen concurreren met elkaar en krijgen te maken met meer financiële risico's. In de zorgcontracteringsmarkt uit dit zich in de selectieve inkoop van zorg van verzekeraars bij ziekenhuizen. Ziekenhuizen moeten om de gunst van de patiënt en de zorgverzekeraar met elkaar concurreren. Zorgverzekeraars willen daarnaast ten behoeve van de verkoop van hun polissen kwalitatief goede en betaalbare zorg inkopen. Het uiteindelijke doel van het zorgstelsel is een efficiënter en betaalbaar stelsel.

Het uitgangspunt van de transactiekostentheorie is, dat naast de productiekosten ook de transactiekosten bepalend zijn voor de organisatievorm die wordt gekozen (ter Bogt 1998). Transactiekosten zijn kosten die ontstaan bij het voorbereiden, sluiten, naleven en uitvoeren van transacties tussen partijen (Wilthagen 2003). Zij zijn daarmee onderdeel van het planning en controle systeem van een organisatie omdat de kosten gestuurd en beheerst moeten worden.

Onderstaande figuur geeft de essentie van de transactiekostentheorie weer.



Figuur 2: De transactiekostentheorie (Williamson, 1975)

De figuur geeft weer welke factoren een rol spelen bij transactiekosten. De hoogte van de transactiekosten hangt af van de eigenschappen van de betrokken partijen en van de kenmerken van de desbetreffende transacties (Williamson 1985) Williamson (1985) formuleert expliciet enkele veronderstellingen omtrent het menselijk gedrag, te weten:

- Bounded rationality; dit houdt in dat mensen wel rationeel willen handelen, maar daartoe maar in beperkte mate in staat zijn, bijvoorbeeld omdat ze niet alle alternatieven kennen;
- Opportunisme; dit wil zeggen dat mensen hun eigen belangen nastreven, waarbij ze soms gebruik maken van "list en bedrog" (er is dus sprake van gedragsrisico's). (ter Bogt 1998)

Daarnaast bestaan er omgevingsfactoren die gaan over onvoorspelbaarheid en onzekerheid, complexiteit en het aantal betrokken partijen bij de transactie.

Als het gaat om de kenmerken van transacties die bepalend zijn voor de te kiezen besturingsstructuur, onderscheidt Williamson (1985):

- De specificiteit van activa ("asset specificity"), dat is de mate waarin voor een bepaalde transactie gebruik wordt gemaakt van specifieke technische produktiemiddelen, of werknemers met specifieke vaardigheden, die moeilijk alternatief aanwendbaar zijn;
- De onzekerheid waaraan transacties onderhevig zijn;
- Frequentie en schaal waarop de transacties zich voordoen. (ter Bogt 1998)

Vooraf de aandacht voor de aspecten bounded rationality, frequentie en specificiteit, kunnen worden gezien als kenmerkende punten van de transactiekostentheorie (ibid).

De vraag is waarom bepaalde transacties plaatsvinden binnen een organisatie, zoals bij verticale integratie, en andere via de markt, zoals bij vormen van contratering. Belangrijk is hierbij het besef dat verschillende organisatievormen kunnen leiden tot verschillende transactiekosten. (ter Bogt 1998) De transactiekosten zullen hoog zijn, als veel gebruik wordt gemaakt van specifieke activa, de onzekerheid groot is en de desbetreffende transactie zich vaak voordoet (Williamson 1979). Lage interne transactiekosten en een efficiënte besturingsstructuur kunnen worden bewerkstelligd door onder meer een goede afstemming van de organisatiestructuur en de in een organisatie gehanteerde systemen op het gebied van management accounting en control. (ter Bogt 1998) Het is daarom interessant om te weten op grond van welke prikkels een organisatie besluit veranderingen aan te brengen in de wijze van afhandeling van transacties. Hierbij moet bij gegeven productiekosten voor elk type transactie gezocht worden naar de meest efficiënte contractvorm, oftewel het voordeligste sturingsmechanisme. Men spreekt hierbij van 'governance structuur', ook wel aangeduid als besturingsstructuur of beheersingsmethode. (ibid)

Binnen de zorgcontracteringsmarkt is te zien dat door de invoering van de gereguleerde marktwerking de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders naar een meer individueel niveau gaan. Zorgverzekeraars gaan immers steeds selectiever en gedifferentieerder zorg inkopen en aparte afspraken maken met ziekenhuizen op het gebied van prijs, kwaliteit en volume. Dit resulteert in een toename van het aantal contractonderhandelingen en de grotere differentiatie in contracten brengt hoge transactiekosten met zich mee (Lapr e et al. 2001). Wanneer zorgverzekeraars investeren in ziekenhuizen, door risicodragend belang te nemen in het ziekenhuis in ruil voor verschaffing van eigen vermogen, dan ontstaat er een nieuwe contractuele relatie. Deze relatie kost geld omdat er transactiekosten bij gemoeid zijn. Aan de andere kant kan de nieuwe samenwerkingsvorm tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis door het gedeelde risicodragend belang leiden tot een organisatievorm waarbij de transactiekosten lager zijn doordat andere contractvormen een rol spelen. Om de risico's van deze contractuele relatie te dekken zal geinvesteerd moeten worden in een goede beheersingsmethode.

De keuze voor samenwerken, concurreren of beide kan meerdere motieven hebben. Theoretisch zal dit vraagstuk worden benaderd vanuit de Agency theorie en het principe van Stewardship. Waar in hoofdstuk 3.1 het ziekenhuis werd gezien als intermediair en de zorgverzekeraar als producent in het distributiekanaal, wordt het ziekenhuis en de zorgverzekeraar binnen de gepresenteerde economische theorieën gezien als respectievelijk de agent en de principaal.

#### **4.2.2 Wantrouwen of vertrouwen**

Wanneer partijen een contractuele relatie met elkaar aangaan zullen de afspraken en werkzaamheden op een bepaalde manier gecontroleerd en beheerst moeten worden. De Agency theorie is een model om de relatie tussen twee partijen en de beheersingsproblematiek te beschrijven.

De Agency theorie gaat uit van een relatie tussen twee nutmaximaliserende actoren. Beide actoren willen het maximale resultaat uit hun handelen halen. Zij zijn aan elkaar verbonden vanwege een contract waarin staat welke verplichtingen beide partijen hebben. Aan elke contractuele relatie zijn transactiekosten verbonden. De ene actor, de agent of opdrachtnemer, is uitvoerder en doet (in theorie) wat de andere partij, de principaal of opdrachtgever, hem opdraagt. In feite neemt de agent daarmee een deel van de beslissingsbevoegdheid van de principaal over (Smith et al. 1997). In ruil voor deze inspanning van de agent ontvangt deze een beloning van de principaal. Er zijn twee fundamentele problemen:

- Moral hazard: De principaal heeft niet de mogelijkheid te achterhalen wat te agent feitelijk doet. Er is onzekerheid over de uitkomsten van de handelingen van de agent. De handelingen zelf zijn moeilijk te observeren, alleen de uitkomsten zijn zichtbaar. (Laffont 2003) De agent weet dus veel meer over de omstandigheden en werkelijke kosten en inspanningen dan de principaal.
- Adverse selection: Informatieasymmetrie en belangenverstremming kunnen resulteren in adverse selection; een tegendraadse keuze van de agent.  
De agent is door de principaal gecontracteerd vanwege de specifieke kennis die de principaal niet heeft. Deze kennis resulteert in een informatieachterstand voor de principaal die de inspanningen van de agent moeilijk kan observeren en beoordelen. De inspanningen waarvan de principaal wil dat de agent die verricht, zijn echter niet per definitie dezelfde inspanningen die de agent voor de principaal wil doen. De agent ontvangt een bepaalde beloning van de principaal. Hij zal proberen om de taken zo uit te voeren, dat het hem minder kost om deze taken uit te voeren dan de hoogte van de beloning die hij ervoor terugkrijgt.

Er zijn drie mechanismen aan te wijzen die de principaal kan gebruiken om het gedrag van de agent te kunnen beïnvloeden (Kapteijns 1998):

- Financiële prikkels zoals winstuitkering of een bonus. Dit moet negatief gedrag ten aanzien van de organisatie tegengaan.
- Dwang en beheersing door het invoeren van regels en voorschriften om het gedrag te reguleren. Dit beperkt de agent in zijn vrije handelingsmogelijkheden.
- Sturing door overreding en informatie.

Deze drie mechanismen hebben alle drie een bepaald effect, maar brengen ook alle drie bepaalde transactiekosten met zich mee. Dit zijn zogenaamde agency kosten; kosten die gemaakt worden voor het meten van de prestaties van de agent om te controleren of deze ook daadwerkelijk blijft handelen in het belang van de principaal. Deze zijn wederom onder te verdelen in (Jensen&Meckling 1976):

- Monitoring costs: kosten van toezicht en controle door de principaal
- Bonding costs: kosten van informatieverstrekking door agent om goede wil te tonen
- Residual losses: kosten die ontstaan doordat toezicht en informatieverstrekking nooit perfect zijn.

Het is voor de principaal dus belangrijk een afweging te maken tussen de 'benefits' van het een contract afsluiten met de agent en de transactiekosten (agency kosten) die hieraan verbonden moeten worden.

Ook in de gezondheidszorg zijn agent-principaal relaties te herkennen. Zo kan de zorgconsument gezien worden als de principaal die de zorgverzekeraar in de hand neemt om namens hem zorg in te kopen bij ziekenhuizen. De zorgverzekeraar is dus de agent die niet alleen in het belang van de zorgconsument maar ook in het belang van zichzelf handelt. Gezien de informatieachterstand van de zorgconsument kan deze consument de zorgverzekeraar moeilijk controleren. De NZa houdt daarom toezicht op de markt. De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie behartigt publiekelijk de belangen van de zorgconsument. Maar ook de zorgverzekeraar en het ziekenhuis hebben een agent-principaal relatie. De zorgverzekeraar heeft zorgplicht jegens haar verzekerden maar kan deze zorg zelf niet leveren. Hiervoor sluit hij (selectief) contracten af met ziekenhuizen die deze zorg aan hem kunnen leveren. De zorgverzekeraar kan hier gezien worden als de principaal en het ziekenhuis als de agent. Ook hier spelen de factoren moral hazard en adverse selection een rol. Alleen de agent, het ziekenhuis, weet bijvoorbeeld hoeveel de zorg daadwerkelijk kost en wat de kwaliteit van zorg is. Zoals de zorgverzekeraar niet altijd handelt in het belang van zijn verzekerden, zo heeft het ziekenhuis andere belangen dan de zorgverzekeraar.

Wanneer zorgverzekeraars risicodragend belang nemen in of integreren met ziekenhuizen doen zich veranderingen voor in de genoemde relaties. Het belang van de zorgverzekeraar in het ziekenhuis kan tegengesteld werken op het belang van zijn verzekerden. De afstand tussen de zorgverzekeraar en zijn verzekerden kan hierdoor veranderen. De verzekerden zouden in het geval van negatieve veranderingen nieuwe controlemiddelen willen inzetten om het gedrag van de zorgverzekeraar in de gaten te houden of overstappen naar een zorgverzekeraar die zij meer vertrouwen. Dit is slechts een mogelijke uitwerking op de genoemde ontwikkelingen van het nemen van risicodragend belang. Maar er doet zich ook een verandering voort in de relatie tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis. Door het nemen van belang gaat de zorgverzekeraar voor een deel op de stoel van het ziekenhuis zitten. Waar het ziekenhuis eerst informatie kon achterhouden aan de zorgverzekeraar zal dit wellicht moeilijker worden. Vanwege het belang van de zorgverzekeraar in het ziekenhuis, is het ziekenhuis financieel afhankelijk van de zorgverzekeraar. Dit zal mogelijk effect hebben op hun onderlinge relatie en uiteindelijk effect hebben op de relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgconsument.

Waar de Agency theorie een contractuele relatie bekijkt vanuit het oogpunt van concurrentie, beheersing en sturing kijkt de Stewardship theorie naar de mogelijkheden voor samenwerking in een contractuele relatie (Donaldson & Davis 1991), een relatie op basis van vertrouwen. De Stewardship theorie gaat er van uit dat de agent niet altijd alleen gemotiveerd worden door individuele opportunistische doelen. De agent zou zijn nut ook

kunnen maximaliseren door de doelen van de organisatie na te streven in plaats van enkel zijn eigen doelen die voortkomen uit zijn individuele belangen. (Bouillon 2006) Zoals wordt benoemd door Simon (1991:41) kunnen loyaliteit, de mogelijkheid je te identificeren met de organisatie en daardoor trots te zijn op de organisatie motiverend werken voor medewerkers. Dientengevolge dalen de agency kosten; het gevaar voor moral hazard of adverse selection is minder aanwezig. Medewerkers (agenten) handelen dan als 'stewards'; zij handelen in het belang van de organisatie om op deze manier voldoening te halen uit hun werk. Het uitgangspunt van de Stewardship theorie is dus dat partijen die op een bepaalde manier met elkaar een contract aangaan van nature gemotiveerd zijn om juist te handelen (Donaldson & Davis 1991).

Het concept van Stewardship is een relatie op basis van vertrouwen. Dit is door Kumar (1996) onderzocht tussen producenten en retailers. Zijn conclusie was dat vertrouwen een noodzakelijke basis is voor het gezamenlijk bereiken van doelen. Vertrouwen komt tot stand door het geloof van beide partijen dat men geïnteresseerd is in elkaars succes en geen acties uitvoert welke een negatieve impact heeft op de ander. Wanneer men elkaar vertrouwd kan gevoelige informatie worden uitgewisseld en in elkaar worden geïnvesteerd, informatiesystemen en - bronnen op elkaar worden afgestemd. Monitoring costs zijn dientengevolge minder groot. In hoeverre dit mogelijk is hangt af van de exclusiviteit van de relatie. Hoe exclusiever de relatie hoe groter de kans dat er vertrouwen is in de onderlinge relatie want de exclusiviteit maar de afhankelijkheid extra groot. Daarnaast moet rekening gehouden worden met het feit dat vertrouwen vaak niet alomvattend is. Het is denkbaar dat onderling vertrouwen aanwezig is voor slechts bepaalde onderwerpen en niet het gehele werkgebied. (Kumar 1996)

Vanuit dit perspectief van Stewardship is het voor de principaal niet nodig om na het aangaan van een contract, beheersingsmethodiek toe te passen. De contracten die ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar aangaan zijn vanuit dit perspectief een basis van vertrouwen en samenwerking. Beide partijen zouden dezelfde doelen nastreven; betaalbare en kwalitatief goede zorg. Er is echter in de praktijk geen sprake van volledige exclusiviteit, zorgverzekeraars en ziekenhuizen sluiten onderling ook contracten af met anderen. Ook kan in het geval van contractering slechts eens bepaald deel van de zorg gecontracteerd worden, gedifferentieerde zorginkoop. Vertrouwen is dan vooral aanwezig voor dat specifieke aspect en niet het gehele ziekenhuis. De resultanten van vertrouwen zoals het uitwisselen van informatie ligt binnen de context van zorg zeer gevoelig. Zo mogen zorgverzekeraars niet zo maar medische informatie inzien van zijn verzekerden. Dit geeft weer dat vertrouwen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen een relatief begrip is en afhangt van de te kiezen onderlinge relatie, middels contractering of integratie, en wetgeving.

### 4.3 Verticale relaties

Als laatste zal in dit theoretisch kader verschillende verticale relaties tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen worden beschreven en onderzocht. Verticale relaties worden onderverdeeld in verticale contracten en verticale integratie.

In hoofdstuk 4.1 over stakeholdermanagement en de selectie van intermediairs werden contractuele relatievormen gepresenteerd waarbij de betrokken organisatie volledige autonomie behouden. Dit kan resulteren in exclusieve verticale contracten waarin bijvoorbeeld investeringsafspraken of afspraken rondom kwaliteit worden gemaakt. Een meer intensieve verticale relatie is die van een integratie waarbij zorgverzekeraars en ziekenhuizen fuseren. Om het effect van een dergelijke fusie te onderzoeken kan geleerd worden van de Health Maintenance Organisations (Hierna: HMO's) in de Verenigde Staten.

#### 4.3.1 Effecten van verticale relaties

Bijlsma et al. (2008) onderzochten de effecten van verticale relaties. Gesteld wordt dat een verticale relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen de efficiëntie in de zorgsector kunnen verhogen. Efficiëntie kan worden bevorderd door toenemende concurrentie tussen zorgaanbieders om een verticale relatie met een zorgverzekeraar aan te gaan waardoor zij gestimuleerd worden de efficiëntie en kwaliteit van diensten te verbeteren. Het effect van verticale integratie is empirisch onderzocht in de Verenigde Staten bij de eerder genoemde HMO's (Bijlsma & Shestalova 2009). Uit dit onderzoek blijkt dat verticale integratie kan leiden tot grotere investeringen in preventieve zorg, en integratie leidt tot algemeen lagere kosten en daardoor lagere verzekeringspremies. Over de verbetering van de kwaliteit van zorg is geen eenduidig beeld. Wél neemt stelt men dat de toegankelijkheid van zorg en de klanttevredenheid afneemt bij verticale integratie. (ibid)

De toegankelijkheid van zorg kan afnemen zowel in het geval van verticale integratie als verticale contracten. Dit komt doordat verticale relatie ook de concurrentie kunnen beperken waardoor de toegang van concurrenten op de markt wordt beperkt. Dit kan resulteren in hogere kosten voor concurrenten of uittreding van de markt door grote kostenverschillen tussen geïntegreerde en niet-geïntegreerde ziekenhuizen of zorgverzekeraars. Het gevaar van concurrentiebeperking door zowel verticale integratie als verticale contracten heeft invloed op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Mechanismen voor concurrentiebeperking worden daarom apart besproken.

#### 4.3.2. Mechanismen voor concurrentiebeperking

Bijlsma et al. (2008) onderscheidt drie mogelijke mechanismen van verticale uitsluiting in de zorg; 'exclusiviteit', het 'waterbed effect' en 'sabotage'. Per mechanisme zal toegelicht



worden wat de effecten zijn en in hoeverre ze optreden in het geval van verticale contracten of verticale integratie.

### Exclusiviteit

Er is sprake van exclusiviteit wanneer er selectieve contracten worden afgesloten en zorgverzekeraars dus met bepaalde ziekenhuizen geen contracten sluit. Exclusiviteit kan ook een mildere vorm aannemen, dat is wanneer er sprake is van een prijsdiscriminerende strategie van de zorgverzekeraar. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer zorgverzekeraars ziekenhuizen voor dezelfde behandelingen verschillend belonen. Twee situaties kunnen zich voordoen:

1. Wanneer sprake is van schaalvoordelen bij het leveren van zorg kunnen verticale contracten en verticale integratie concurrerende ziekenhuizen buiten de markt sluiten. Onduidelijk is of dit concurrentiebeperkend effect, wat de welvaart verlaagd, groter is dan het welvaartsverhogende effect zoals toenemende efficiëntie en lagere kosten.
2. Daarnaast kan exclusiviteit zich voordoen wanneer een exclusief contract of fusie plaatsvindt tussen een ziekenhuis met marktmacht en een zorgverzekeraar. Dit beperkt de concurrentie tussen zorgverzekeraars en daardoor kan het ziekenhuis met marktmacht hogere prijzen vragen waar niet alle zorgverzekeraars mee in zee kunnen gaan. Deze manier van uitsluiting is vooral relevant bij integratie, maar ook bij contracten waar sprake is van vrij onderhandelbare prijzen, zoals in het B-segment. Exclusiviteit in verticale contracten doet zich dan voor als concurrerende zorgverzekeraars niet gecontracteerd worden door het ziekenhuis met marktmacht. Dit is echter gemakkelijk zichtbaar en te controleren door de toezichthouders in de zorg. In het geval van een fusie is ook volledige uitsluiting te controleren maar is moeilijker te achterhalen of door middel van prijsdiscriminatie (de integrale organisatie vraagt veel hogere prijzen aan de concurrerende verzekeraar) zorgverzekeraars worden uitgesloten.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat het gevaar van exclusiviteit zich voor doet bij zowel verticale contracten als verticale integratie. Echter, door toezichthouders is volledige uitsluiting in contracten zichtbaar en kan dit dus worden tegengegaan. In een geïntegreerde organisatie is een mildere vorm van exclusiviteit zoals prijsdiscriminatie minder goed te controleren waardoor het gevaar van exclusiviteit zich voordoet. Exclusiviteit zal in de praktijk dus sneller voordoen in het geval van een verticale integratie dan bij verticale contracten. (Bijlsma et al. 2009)

### 'Waterbed effect'

Waar bij exclusiviteit werd gesproken over marktmacht van ziekenhuizen doet het waterbed-effect zich voor wanneer er sprake is van regionale zorgverzekeraars met marktmacht. Deze zorgverzekeraars hebben door hun marktmacht ook een relatief grote onderhandelingsmacht

in die regio. Deze macht wordt vergroot door zowel verticale contracten als verticale integratie. Door de onderhandelingsmacht zijn deze zorgverzekeraars kunnen zij in de contracten of door een fusie lagere prijzen bij ziekenhuizen bedingen dan de concurrerende zorgverzekeraar. Hierdoor wordt de marktmacht extra vergroot, het waterbed-effect. Het effect op de welvaart is tweeledig. Doordat de verzekeraar met marktmacht lagere prijzen kan bedingen zullen waarschijnlijk de premies van deze verzekeraar lager zijn dan van de concurrerende verzekeraar. De concurrerende verzekeraar moet hogere prijzen gaan betalen aan ziekenhuizen waardoor zijn premies hoger zullen uitvallen. Te verwachten is dat klanten wisselen van zorgverzekeraar en kiezen voor de verzekeraar met de laagste premie. Wanneer dit resulteert in uitsluiting van de concurrerende en duurdere verzekeraar kan er in de regio één dominante verzekeraar overblijven die vervolgens zijn premies kan verhogen. Echter in Nederland bestaan er bijna geen regionale verzekeraars meer. De regionale verzekeraars die nog aanwezig zijn moeten echter dezelfde premie hanteren voor al haar verzekerden en deze hoeven niet regionaal te zijn georiënteerd. Deze landelijke en gelijke premiestelling voor alle verzekerden gaat het 'waterbed-effect' deels tegen.

Geconcludeerd kan worden dat het waterbed-effect, het extra vergroten van de regionale marktmacht van een regionale zorgverzekeraar, zich kan voordoen bij verticale contracten als verticale integratie. Het effect wordt verkleind door het gegevens dat regionale zorgverzekeraars landelijk opereren en geen onderscheid in de premie mogen maken tussen verzekerden. (Bijlsma et al. 2009)

### Sabotage

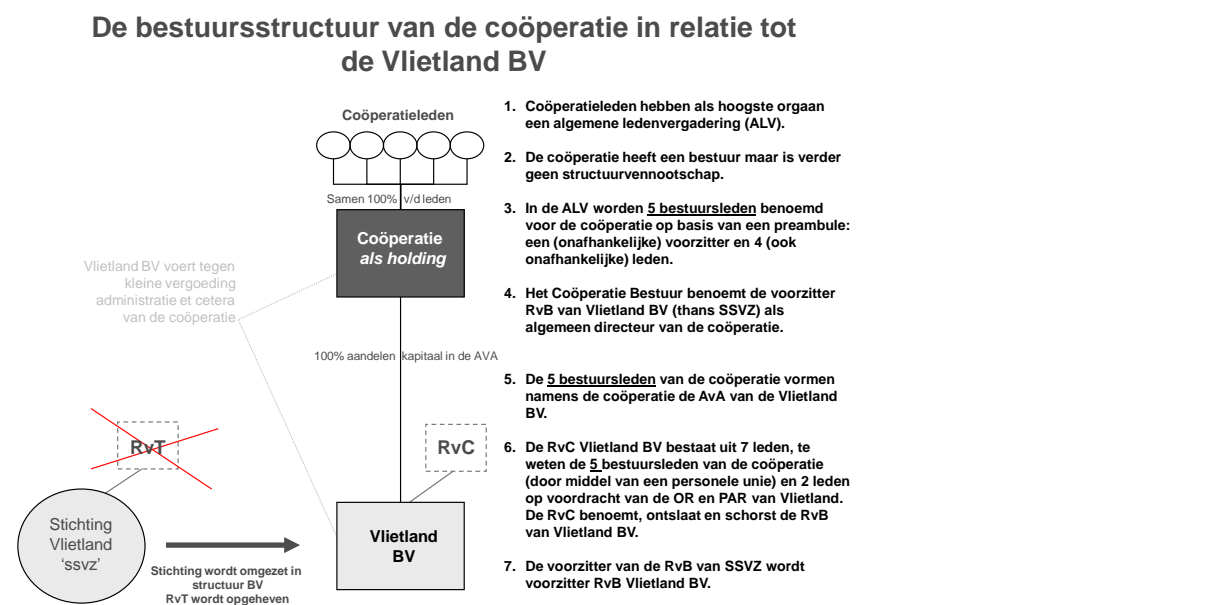
Bij gereguleerde prijzen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen kan sabotage als uitsluitingmechanisme optreden. Dit doet zich uitsluitend voor bij verticale integratie en niet in het geval van verticale contracten. Sabotage gaat namelijk over moeilijk aantoonbare acties die niet zijn opgenomen in contracten die een geïntegreerde organisatie kan ondernemen om de positie van de concurrenten te verslechteren. Dit kan zich voordoen wanneer een ziekenhuis met marktmacht integreert met een zorgverzekeraar. Sabotage in de vorm van het verlagen van de prioriteit van behandeling van andere klanten zoals het verlengen van de wachttijd voor deze patiënten. Of het op risico selecteren van patiënten. Het is aannemelijk dat de professionele ethiek deze effecten tegengaat. Bijlsma et al. (2009) adviseren daarnaast aanvullende beleidsmaatregelen zoals verfijning van het risicovereveningsmodel en de verbetering van de transparantie van zorg deze effecten kunnen tegengaan. (Bijlsma et al 2009)

Geconcludeerd kan worden dat uitsluiting van ziekenhuizen of zorgverzekeraars op de markt zich sneller voordoet in het geval van verticale integratie dan in het geval van verticale contracten. Exclusiviteit doet zich eerder voor in het geval van fusies en sabotage doet zich

enkel voor bij fusies. Oorzaak hiervan ligt in het flexibele karakter van een contract, elk jaar wordt een nieuwe gesloten en kan concurrentie plaats blijven vinden. Geïntegreerde bedrijven zijn daarentegen permanent van karakter en hebben daardoor het voordeel van periodieke concurrentie niet. De eerder genoemde positieve effecten op de welvaart doen zich daarom waarschijnlijk eerder voor in selectieve contracten. Verticale integratie heeft ook welvaartverhogende effecten maar daar tegenover staan de welvaartsverlagende effecten van uitsluiting van concurrentie. Volgens Bijlsma et al. (2009) moeten toezichthouders zoals de IGZ, de NZa en de NMa daarom fusieaanvragen extra nauwkeurig bekijken wanneer er sprake is van ten minste één partij met grote marktmacht.

#### 4.4 Casus: De zorgcoöperatie en het Vlietland ziekenhuis

Op 6 januari 2009 werd bekend dat er plannen zijn om het eerste ziekenhuiscoöperatie in Nederland op te richten. Zorgverzekeraar DSW, het Vlietland ziekenhuis en zes regionale zorgpartners maken deel uit van deze coöperatie. Zorgverzekeraar DSW heeft via Stichting Phoenix een belang van 37% in de coöperatie. De coöperatie heeft als doel te investeren in de kwaliteit van zorg in het ziekenhuis en in de regio met de coöperatiepartners. Onderstaande figuur geven de verhoudingen weer tussen de coöperatie, het ziekenhuis en de verschillende besturen en raden.



Figuur 3: Bestuurlijke structuur coöperatie. (Bron: presentatie Dhr. Van Zoelen 2009)

Door de financiële deelname van DSW in de coöperatie loopt DSW het risico het geld kwijt te raken wanneer rendement in de investeringen kwijt te raken. Aangezien dit geld afkomstig is uit oude ziekenfondspremies doen zich niet direct bedreigingen voor huidige verzekerden zich voor. Hoe zorgverzekeraar in de toekomst omgaat met haar zeggenschap, het sturen van verzekerden naar het Vlietland ziekenhuis en de zorginkoop bij andere ziekenhuizen is

onduidelijk en zal moeten uitwijzen. Voor een uitgebreidere beschrijving van de casus: zie bijlage 3.

## 5. Resultaten

De vorige hoofdstukken 3 en 4 gingen in op de context van dit onderzoek en de probleemstelling vanuit theoretisch perspectief. Deze theorie was leidend voor de semigestructureerde interviews die zijn gehouden met zorgverzekeraars, een ziekenhuis en diverse experts. Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van dit empirisch onderzoek. Gestart zal worden met de bestaande praktijk, vervolgens zal beschreven worden hoe aangekeken wordt tegen selectieve zorginkoop en het aangaan van investeringsrelaties, zonder zeggenschap van de zorgverzekeraar, tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Het hoofdstuk zal worden afgesloten met hoe zorgverzekeraars en experts aankijken tegen participatie, investeren met zeggenschap, van zorgverzekeraars in ziekenhuizen.

### 5.1 Gereguleerde marktwerking

In deze paragraaf zal kort worden beschreven wat de effecten zijn van de gereguleerde marktwerking op zorgverzekeraars en hoe experts aankijken tegen de effecten van gereguleerde concurrentie op de zorgmarkt.

#### 5.1.1 Zorgverzekeraars aan het woord

Sinds 2005 is de zorg onderhevig aan gereguleerde marktwerking. Al voor die tijd was er een tendens te zien waarin in meerdere mate werd geconcurrereerd in de zorgmarkt. Door de opheffing van de ziekenfondsgrenzen in 1992 begon de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt, verzekerden konden vanaf toen zelf kiezen bij elke maatschappij zij zich verzekerden (verzekeraar B). Doordat zorgverzekeraars zich ten opzichte van elkaar wilden profileren ging de serviceverlening omhoog en ontstond er een tweedeling in zorgverzekeraars; verzekeraars die zich enkel bezighielden met zorg of verzekeraars die ook andere producten aanbieden dan zorg. Nu een deel van de zorg, het B-segment, is vrijgegeven en zorgverzekeraars prijs, volume en kwaliteitsafspraken met ziekenhuizen kunnen maken voor 34% van de zorg, kunnen zorgverzekeraars zich hierdoor beter middels zorginkoop onderscheiden op de zorgverzekeringsmarkt. *'Ik denk dat het 2 jaar terug echt één pot nat was, maar nu zijn zeker wat accenten aan het verschuiven'* (zorgverzekeraar A). Volgens zorgverzekeraar B is er een tweedeling in type verzekeraars, zorgverzekeraars pur sang en verzekeraars die ook andere producten aanbieden naast zorg; *'Ze kunnen wel zeggen dat ze specialist zijn in de zorg maar eigenlijk zie je dat zorg gewoon naast alle*

*andere producten staan. Aan de andere kant staan zorgverzekeraars die zich willen profileren op alleen de zorg en je hele management aandacht en organisatie is dus gericht op zorg en je kunt veel meer investeren.'* (zorgverzekeraar B)

De heersende opvatting is dat zorgverzekeraars zich op prijs niet meer van elkaar kunnen onderscheiden en daarom ingezet wordt op het onderscheid in kwaliteit van zorg. *'Ik denk dat we als verzekeraar meer een shift maken van een meer schadeverzekeraar die meer naar de centen keek, naar een meer zorgverzekeraar'* (zorgverzekeraar D). Zo wil verzekeraar A zich onderscheiden op het gebied van kwaliteit en klantgerichtheid, verzekeraar B zegt specialist te zijn in de zorg en verzekeraar D streeft naar duurzame, kwalitatief goede en betaalbare zorg. *'Het gaat ons niet om de premie, die is vaak een paar euro duurder dan de rest, maar we willen onderscheid maken voor de afspraken die we maken voor onze klanten.'* (zorgverzekeraar A) Er is een zorgverzekeraar die hierin verschilt van mening. Volgens deze verzekeraar leiden kwaliteitsafspraken niet tot onderscheid, ziekenhuizen zouden patiënten immers allemaal hetzelfde behandelen ongeacht de verzekering die zij hebben. *'Ik vroeg aan een ziekenhuisdirecteur: 'wij zijn vergeten kwaliteitsafspraken met u te maken, dat is toch vervelend voor die verzekerden van ons. Worden ze nu wel goed geholpen? Hij zei toen: natuurlijk maken wij geen verschil, wij behandelen iedereen hetzelfde.'* (zorgverzekeraar C)

### **5.1.2 Zorgverzekeraars aan de onderhandelingstafel met ziekenhuizen**

De veranderingen die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden in de zorgmarkt hebben ook effect gehad op de relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Door het openstellen van een deel van de zorgmarkt is er in mindere mate sprake van een verplichte relatie maar blijft men afhankelijk van elkaar. Zorgverzekeraar D beaamt dit: *'We zijn afhankelijk van ze, in meer en mindere mate.'* De meeste zorgverzekeraars spreken desondanks van toenemende zakelijkheid aan de onderhandelingstafel vanwege de toenemende financiële risico's die ze lopen in het B-segment (zorgverzekeraar A).

- Volgens zorgverzekeraar A is het uitspreken van een inspanningsverplichting niet meer genoeg: *'We zeiden 'we beginnen een convenant en gaan zeggen dat het beter wordt'. Dat is zeker niet meer genoeg. Dat moet nu veel meer van te voren onderbouwd worden met business cases. Er zijn resultaatverplichtingen bijgekomen.'*
- Ook zorgverzekeraar B zegt hard te zijn in de onderhandeling. *'We blijven dooronderhandelen totdat we vinden dat het maximale eruit gehaald is terwijl we ook gekend staan als dat we ook erg op de inhoud zitten.'*
- Zorgverzekeraar D zegt streng maar rechtvaardig te zijn. *'Ik probeer onverklaarbare prijsverschillen eruit te krijgen. Dus vanuit dat het bewezen is dat het kan voor die prijs, dat is dan een marktprijs waarmee je je onderhandelingen ingaat.'*

Een uitzondering is zorgverzekeraar C, die ondanks de ontwikkelingen van marktwerking in de zorg zichzelf nog steeds ziet als een administratief kantoor. Van echt onderhandelen met ziekenhuizen is volgens deze verzekeraar geen sprake. *‘Als zorgverzekeraar heb je geen flikker te vertellen. Als ik ziekenhuisdirecteur zou zijn dan zou ik zeggen: ‘daar staan mijn prijzen en voor de rest tabee’.*’ Dit heeft volgens zorgverzekeraar C er ook mee te maken dat DBC prijzen moeilijk zijn vast te stellen en de snelle ontwikkeling van technologie de kostenprijzen steeds veranderen. Het geïnterviewde ziekenhuis deelt deze mening en zegt dat er van keiharde onderhandeling geen sprake is. *‘We praten in totaal over 30.000 DBC’s maar over 300 wordt soms wel onderhandeld. Ik heb DBC’s waarop ik verdien en waar ik op verlies. Dat heeft niets te maken dat de ene het nu beter doen dan de ander maar bij toeval zijn die prijzen zo betaald.’* (ziekenhuis 1)

### 5.1.3. Experts aan het woord

Marktwerking in de zorg is voor experts een breed containerbegrip. *‘Naar mijn mening is de de essentie dat zowel de verzekeraar als het ziekenhuis risico lopen over wat er in de contracten wordt afgesproken.’* (expert 2) Dit kan verder gespecificeerd worden. *‘Het idee van marktwerking is tweeledig, de ene kant is om de kwaliteit te verbeteren en de andere kant is voor efficiëntie.’* (expert 1) Het gaat dus over de kwaliteit en doelmatigheid waarbij financiële aspecten en risico’s een rol spelen en de koers bepalen. *‘Ik denk dat met name de veranderingen in de bekostiging van ziekenhuizen en de vrije tarieven, en niet zozeer de zorgverzekeringswet, de meest fundamentele verandering is.’* (expert 3)

Experts erkennen dat zorgverzekeraar in de markt zich aan het onderscheiden zijn en aan het zoeken zijn hoe zij hun nieuwe rol moeten gaan invullen (expert 3). Er bestaan verschillende opvattingen over op welke manier ze dat zouden moeten doen. *‘Marktwerking wordt nu door een hoop mensen gezien als het omlaag brengen van de kosten maar ze moeten op kwaliteit gaan concurreren.’* (expert 1) Een expert (3) is van mening dat het spel via collectiviteiten zal worden gespeeld. Aan het zich onderscheiden in de markt zitten risico’s voor zorgverzekeraars, de essentie van marktwerking. Toch bestaan er twijfels of zorgverzekeraars wel open staan voor marktwerking en de risico’s die zij dientengevolge lopen. *‘Mijn indruk is, verzekeraars die willen eigenlijk helemaal geen risico lopen. Ze willen in feite alle risico’s afdekken en veel geld verdienen net als ziekenhuizen.’* (expert 2)

### 5.1.3 Conclusie

Zorgverzekeraar zijn in te delen in twee groepen; verzekeraars die alleen maar zorg verzekeren en verzekeraars die naast zorg ook andere verzekeringsproducten aanbieden. Sinds de invoering van de gereguleerde marktwerking zijn beide type zorgverzekeraars op zoek naar manieren waarop zij zichzelf kunnen onderscheiden op de zorgverzekeringsmarkt. De onderhandelingen met ziekenhuizen zijn de afgelopen jaren zakelijker geworden.

Zorgverzekeraars verwachten resultaatverplichtingen en onderhandelen stevig door op de prijs. Slechts een zorgverzekeraar en het geïnterviewde ziekenhuizen verschillen hierin van mening en vinden dat zorgverzekeraars niet in de positie zitten om hard te onderhandelen op de prijs.

Ook experts zien veranderingen in de zorgmarkt, met name door de invoering van de gereguleerde concurrentie. Om marktwerking te laten slagen zullen zorgverzekeraars in de toekomst meer risico moeten gaan lopen. Risico zou een prikkels zijn voor het maken van onderscheidende afspraken met ziekenhuizen. Experts twifelen eraan of verzekeraars dit wel willen. Daarom wordt volgens hen op dit moment nog enkel prijsafspraken gemaakt en wordt er onvoldoende onderscheidend vermogen gecreëerd op het gebied van kwaliteit.

## 5.2 Selectieve zorginkoop

In 2007 heeft de Raad voor Volksgezondheid en Zorg een rapport uitgebracht over selectieve zorginkoop. Selectieve zorginkoop zou een logisch voortvloeisel zijn van marktwerking in de zorg. Onderzocht is hoe zorgverzekeraars en experts aankijken tegen selectieve zorginkoop, de kansen en belemmeringen met betrekking tot de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, het effect van deze typen zorginkoop op hun relatie met ziekenhuizen en de toekomst van selectieve zorginkoop.

### 5.2.1 De bestaande praktijk

Selectieve zorginkoop, waarbij ziekenhuizen worden uitgesloten, lijkt nog weinig van de grond te komen. Van de onderzochte zorgverzekeraars is er slechts één zorgverzekeraar die voor een polis selectief zorg heeft ingekocht. Maar ook deze zorgverzekeraar contracteert voor zijn andere naturapolissen alle ziekenhuizen. Alle andere zorgverzekeraars kopen voor geen enkele polis selectief zorg in bij ziekenhuizen.

Zorgverzekeraar A: *‘Wat wij op dit moment nog heel bewust doen is dat wij iedereen contracteren. ZBC’s doen we al langer niet of we contracteren bepaalde zorg niet.’*

Zorgverzekeraar B: *‘We hebben als beleid dat we alles contracteren, behalve de ZBC’s. In uitzonderingsgevallen contracteren we bepaalde specialismen niet of een ingreep.’*

Zorgverzekeraar D: *‘We contracteren iedereen. Ik denk dat je sneller bij ziekenhuizen zal gaan aangeven dat ze een bepaalde behandeling niet meer mogen doen dan een heel ziekenhuis niet contracteren.’*

Selectieve zorginkoop lijkt dus niet te passen bij het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zeggen dat ze, ondanks dat ze niet aan selectieve zorginkoop doen, wel eens op het punt hebben gestaan om een ziekenhuis niet te contracteren. *‘Ik heb vorig jaar op het punt gestaan om een ziekenhuis niet te contracteren omdat die slechtere kwaliteit had*



*dan het buurziekenhuis en ongeveer 30% meer vroeg. Toen heb ik ze gezegd dat ik ze niet ging contracteren en toen zijn we er uiteindelijk wel uitgekomen.'* (zorgverzekeraar D)

Experts onderschrijven het uitblijven van selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars. Volgens expert 1 is het op dit moment alleen nog een marketingtool naar de klant toe maar zouden zorgverzekeraars zich door selectieve zorginkoop zich kunnen onderscheiden op de markt, iets wat nu te weinig plaatsvindt. *'Ze concurreren nu alleen op prijs. Zorgverzekeraars zullen daar wel verhalen over houden dat ze daar heel hard mee bezig zijn maar wat ze eigenlijk doen is een stukje marketing naar patiënten toe.'* (expert 1)

In de bestaande praktijk is het beleid van zorgverzekeraars om niet gehele ziekenhuizen uit te sluiten door selectief zorg in te kopen.

### 5.2.2 Motivatie inkoopbeleid

Er zijn verschillende redenen te benoemen waarom zorgverzekeraars niet selectief zorg inkopen. Een van de redenen is dat zij het er over eens zijn dat de huidige marktomstandigheden niet geschikt zijn voor dit type inkoop. Verzekeraars doelen hiermee op de zorgverzekeringsmarkt, de klant zou selectieve zorginkoop niet accepteren en daardoor zit er teveel commercieel risico op selectieve zorginkoop. *'Op het moment dat je een aanbieder niet contracteert en de klant krijgt daardoor de rekening thuis dan moet je een goed verhaal hebben.'* (zorgverzekeraar A)

Zorgverzekeraar E is van mening dat er wél een groep verzekerden is die selectieve zorginkoop accepteert. Dit blijkt uit het feit dat 26.000 burgers zich verzekerd hebben bij de enige selectieve zorgpolis in Nederland. Zorgverzekeraars zijn daarom voornemens om uitvoerig klantenonderzoek te gaan en blijven doen om wensen en behoeften van de klant te onderzoeken en hier hun verzekeringsaanbod op af te stemmen. Zorgverzekeraar D deed eerder een klantenonderzoek en identificeerde verschillende typen klanten. Desondanks geloven zij dat geen van deze klanten het accepteert dat de keuzevrijheid minder wordt als gevolg van selectieve zorginkoop. *'Men maakt geen gebruik van de keuze maar als je eraan komt dan zitten ze tegen het plafond. Ik denk dus dat de nadelen, puur commercieel, niet opwegen tegen de voordelen.'* Het commerciële risico waar over gesproken wordt is het risico voor een zorgverzekeraar dat haar klanten bij ontevredenheid de jaarlijkse mogelijkheid om te switchen van zorgverzekeraar aangrijpen en de zorgverzekeraars hierdoor klanten verliest aan de concurrent verzekeraar. Dit belemmert de zorgverzekeraar om selectief zorg in te kopen.

Desondanks zijn er door zorgverzekeraars voldoende redenen te noemen wanneer wel selectief zorg ingekocht gaat worden. Dat is wanneer de kwaliteit onvoldoende is om niet transparant, de prijzen te hoog zijn of andere kosten optreden. *'Het kan ook zijn dat een ziekenhuis zegt dat hij niet weet of hij de kwaliteit kan bieden en daarnaast de prijs die wij*



*willen geven te laag vindt. Dan sluiten wij geen contract, zelf geen betaalovereenkomst.*' (zorgverzekeraar A) Het prijs aspect is voor zorgverzekeraars vrij eenvoudig meetbaar want zij kunnen ziekenhuizen op prijs benchmarken. Daarnaast zitten er volgens zorgverzekeraar B andere kosten verbonden aan selectieve zorginkoop. *'We kijken altijd eerst wat we zelf kunnen doen om de kwaliteit te verbeteren. Dat is altijd gunstiger dan verzekerden naar andere regio's te sturen. Een ziekenhuis waar geen van onze verzekerden komt zullen we niet snel contracteren. Pas na loop van tijd wordt het voor ons lucratief om daarheen te gaan en daar contracten te sluiten.'* (zorgverzekeraar B)

Zorgverzekeraars geven aan in plaats van selectief zorg in te kopen eerder besluiten om gedifferentieerd zorg te in kopen waarbij enkel specialismen of bepaalde behandelingen en niet een geheel ziekenhuis wordt uitgesloten in de contractering. Immers, *'een heel ziekenhuis is niet, niet of wel goed in alles.'* (zorgverzekeraar D) Er wordt gedifferentieerd zorg ingekocht wanneer de kwaliteit van zorg onvoldoende is. *'We contracteren niet als de kwaliteit zo slecht is dat we er niet garant voor willen staan, maar dat zijn redelijke unicums.'* (zorgverzekeraar B) Daarbij dient zich wel de problematiek van het meten van kwaliteit aan. Dit aspect zal worden besproken in hoofdstuk 5.2.3.

Experts erkennen de verschillende belemmeringen voor selectieve zorginkoop. Zij identificeren problemen rondom klantbeleving, de invulling van het zorgsysteem en financiële inkoopvoordelen. Expert 1 ziet net als zorgverzekeraars de beleving van de klant als belemmering. *'Patiënten moeten zorg ook als een product gaan zien en willen kiezen zoals ze ook doen als ze een tv willen kopen.'* (expert 1) Maar expert 3 onderschrijft dat de klant het gewoonweg ook nog niet accepteert dat zij niet naar bepaalde ziekenhuizen zouden mogen gaan. Daarnaast ligt volgens expert 2 de oorzaak in het uitblijven risico's. *'Pas sinds 1 januari 2009 lopen verzekeraars over het B-segment 80% risico. Dat betekent in feite dat zo lang het volumerisico bij de overheid ligt, het voor verzekeraars niet interessant is om daar dus samen afspraken over te maken.'* De financiële inkoopvoordelen van selectieve zorginkoop zouden voor zorgverzekeraars tevens niet helder zijn.

Redenen om niet selectief zorg in te kopen zijn veelal commercieel van aard zijn; de klant zou selectieve zorginkoop niet accepteren. Zorgverzekeraars zullen in plaats van het uitsluiten van volledige ziekenhuizen eerder bepaalde specialismen of behandelingen niet contracteren. Men koopt gedifferentieerd zorg in wanneer de kwaliteit onvoldoende is. Waar in de volgende hoofdstukken gesproken wordt over 'selectieve zorginkoop' wordt ook bedoeld op gedifferentieerde zorginkoop, een mildere vorm van selectieve zorginkoop.

### 5.2.3 Kwaliteitsaspecten

Een voorwaarde voor selectieve zorginkoop is dat ingekocht wordt op kwaliteit en dat de toegankelijkheid van zorg behouden blijft. Kwaliteit is echter moeilijker meetbaar, zorgverzekeraar lopen zichtbaar tegen dit probleem aan. Zo is het volgens zorgverzekeraar A op dit moment onmogelijk om een relatie te leggen tussen prijs, volume en kwaliteit op basis waarvan ingekocht kan worden. *'Er moet wel ergens een relatie zijn tussen volume, kwaliteit en prijs. Dat zit nu niet in de systemen bij geen enkele zorgverzekeraar en ik denk dat wij nu zelf aan zet zijn om deze relatie erin te brengen.'* (zorgverzekeraar A). Daarnaast zijn de indicatoren van de IGZ volgens zorgverzekeraar D nog niet geschikt om op basis daarvan aan te tonen dat bepaalde zorg onveilig is en niet ingekocht moet worden. Het probleem van het objectief meten van kwaliteit wordt zichtbaar bij de gemaakte selectie van ziekenhuizen voor de selectieve zorgpolis van zorgverzekeraar E. Zorgverzekeraar D zegt hier namelijk het volgende over: *'Wat zorgverzekeraar E doet is dat je voor 6 behandelingen kan gaan naar ziekenhuis A, B en C. Maar ik weet uit mijn eigen kwaliteitsbenchmark dat ziekenhuis A niet in alle 6 de behandelingen zeg maar de beste zorg levert.'* Hieruit blijkt dat naast de complexiteit van het meten van kwaliteit er geen uniformiteit is in het meten van kwaliteit. Dit aspect worden nader besproken in hoofdstuk 5.3.2.

Experts zien net als de zorgverzekeraars, de meetbaarheid van kwaliteit ook als belemmering voor selectieve zorginkoop. Volgens hen kan dit type zorginkoop alleen plaatsvinden op basis van kwaliteit. *'Je krijgt een hele hoop gebeuren met prestatie-indicatoren, dat moet je haast wel doen want als je dat niet doet moet je je dus afvragen wat de legitimiteit is van selectieve zorginkoop behalve dat het een kosten exercitie is.'* (expert 2) De prijs die een ziekenhuis voor een bepaalde behandeling vraagt mag dus niet de enige reden zijn om bepaalde zorg niet in te kopen. Volgens expert 2 is meetbare kwaliteit dan ook een absoluut noodzakelijke voorwaarde voor selectieve zorginkoop. *'Als je echt weet wat de kwaliteitsverschillen zijn dan zijn mensen echt wel bereid om daarvoor een stuk verder te reizen maar dat is allemaal nog niet transparant.'* (expert 2) Goede kwaliteitsmetingen kunnen dus de acceptatie van de klant vergroten.

Ondanks dat kwaliteit moeilijk meetbaar is kan selectieve en gedifferentieerde zorginkoop volgens experts positief van invloed zijn op de kwaliteit van zorg. Gesteld wordt dat selectieve zorginkoop kan leiden tot toenemende concurrentie op de zorgverleningsmarkt. Verwacht wordt dat deze concurrentie resulteert in verbeterde kwaliteit van zorg omdat ziekenhuizen zich daar op kunnen onderscheiden van elkaar en zich hiermee kunnen profileren naar zorgverzekeraars toe. *'In de concurrentieslag gaat het om de verhouding tussen prijs en kwaliteit. Als jij als ziekenhuis ziet dat jouw concurrenten voor dezelfde prijs betere kwaliteit bieden dan moet je zelf ook zorgen dat je de kwaliteit verhoogd.'* (expert 1)

Selectieve zorginkoop moet volgens zorgverzekeraars en experts plaatsvinden op basis van kwaliteitsgegevens. Op dit moment levert het objectief meten van kwaliteit problemen op waardoor selectieve zorginkoop veelal uitblijft. Selectieve zorginkoop kan wel de kwaliteit van zorg verhogen wanneer dit leidt tot toenemende concurrentie op de zorgverleningsmarkt.

#### 5.2.4 Toegankelijkheidsaspecten

Naast kwaliteit raakt selectieve zorginkoop het publieke belang van toegankelijke zorg. Voor het A-segment geldt dat voor de ambulante zorg, een ambulance binnen 45 minuten een ziekenhuis moet kunnen bereiken. Hier is sowieso geen markt voor selectieve zorginkoop. Voor de planbare zorg in het B-segment is er wel markt en mag selectief en gedifferentieerd gecontracteerd worden. (expert 4)

Expert 1 ziet de toegankelijkheid niet in gevaar komen door het uitsluiten van ziekenhuizen. De toegankelijkheid kan wel minder worden als men een afweging wil maken tussen prijs, toegankelijkheid en kwaliteit. *‘Dat is de discussie die je hebt, wil je gemak en alles dichtbij hebben of wil je goede zorg?’* Volgens deze expert raakt toegankelijkheid van zorg dus aan het maken van keuzes. Zo kan er volgens expert 1 door de klant een keuze worden gemaakt voor het type polis en dus of gekozen wordt voor een selectieve zorgpolis met beperkte keuzevrijheid in ruil voor kwaliteit. Toegankelijkheid en kwaliteit zijn dus met elkaar verweven. *‘De toegang is dus ook de transparantie van het hele kwaliteitssysteem.’*

Expert 2 ziet genoeg waarborgen voor het behoud van de toegankelijkheid van zorg in het systeem voor gereguleerde marktwerking. Toch zijn er situaties denkbaar wanneer selectief contracteren de toegankelijkheid raakt. *‘Ik denk dat het zo is dat een verzekeraar die dominant is in een bepaalde regio het zich niet kan veroorloven instellingen daar niet te contracteren.’* De marktpositie van de verzekeraar is dus voorwaarde voor behoud van toegankelijke zorg bij selectieve zorginkoop. Daarnaast kan de financiële toegankelijkheid in het geding komen. Ook met een selectieve zorgpolis mogen verzekerden naar alle ziekenhuizen, hier staat een eigen bijdrage van 20% tegenover. Wat de maximale hoogte van deze bijdrage is om alle ziekenhuizen financieel toegankelijk te houden is onduidelijk. *‘In de wet staat dat als je naar een ander ziekenhuis gaat er een redelijk bedrag tegenover moet staan. De NZa heeft gezegd toen, wij vinden eigenlijk alles redelijk en dat betekent dat je eigenlijk altijd de pineut bent.’* Wanneer een verzekerde met een selectieve zorgpolis dus toch naar een niet-gecontracteerd ziekenhuis gaat kan aan deze verzekerde een forse eigen betaling worden gevraagd. Dit financiële aspect belemmert een verzekerde om gebruik te maken van de zorg van een niet-gecontracteerd ziekenhuis en resulteert dus in verminderde toegankelijkheid.

Expert 3 vindt het toegankelijkheidsvraagstuk zo *'maatschappelijk politiek'* dat überhaupt niet verwacht hoeft te worden dat zorgverzekeraars *'hier aan gaan knutselen'*. Volgens deze expert zullen zorgverzekeraars nooit zo selectief gaan inkopen dat getwijfeld wordt over de toegankelijkheid.

Volgens expert 4 biedt selectieve zorginkoop vooral ook kansen voor de toegankelijkheid, en met name de tijdigheid van zorg. Als ingekocht wordt op kwaliteit van zorg, waar onder andere de lengte van wachtlijsten onder valt, dan kan een selectieve zorgpolis verzekerden 'sturen' naar ziekenhuizen waar de wachtlijsten korter zijn dan bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen. Dit zou betekenen dat de tijdige toegankelijkheid van zorg voor deze verzekerden verbetert. Wel moeten het verschil in wachtlijsten tussen ziekenhuizen berusten op objectieve redenen. Pas dan kan *'gelijkheid naar mate van gelijkheid worden beoordeeld.'* Expert 4 ziet desondanks net als expert 2 een gevaar optreden voor de financiële toegankelijkheid doordat geen maximum is vastgesteld aan de eigen betaling wanneer gebruik gemaakt wordt van zorg van een niet-gecontracteerd ziekenhuis.

Met betrekking tot de toegankelijkheid van zorg doen zich meerdere positieve en negatieve effecten voor. Of de toegankelijkheid van zorg in het geding komt hangt onder andere af van de marktpositie van de zorgverzekeraar. Daarnaast is tot op heden onduidelijk hoe hoog de eigen betaling van de verzekerden mag zijn om de zorg financieel toegankelijk te houden. Selectieve zorginkoop kan daarnaast de verbetering van de kwaliteit van zorg stimuleren door verlaging van de wachtlijsten. Dit komt de tijdigheid van zorg ten goede. De verwachting is dat zorgverzekeraars door het selectief inkopen van zorg niet snel de grenzen van de toegankelijkheid zullen opzoeken.

### 5.2.3 Relationale aspecten van selectieve zorginkoop

Zorgverzekeraars en experts noemen verschillende redenen om niet selectief zorg te contracteren. De klant zou dit niet accepteren en kwaliteit is moeilijk meetbaar. Opvallend is dat uit de interviews blijkt zorgverzekeraars vinden dat de onderlinge afhankelijke relatie met ziekenhuizen een complexiteit met zich meebrengt die moeilijk te verenigen is met selectieve zorginkoop. Dit zou eveneens een belemmering zijn voor selectieve zorginkoop.

Zorgverzekeraar A sprak al eerder van een toenemende zakelijkheid in de relatie. Met betrekking tot selectieve zorginkoop stelt deze verzekeraar zich hard op, op het gebied van prijs. *'Als ziekenhuizen zelf moeilijk gaan doen over de prijs die wij hanteren, dan hebben ze het verlies van het contract aan zichzelf te wijten.'* Dit geldt tevens voor ziekenhuizen in regio's waar deze zorgverzekeraar een dominant marktaandeel heeft. *'Dan hebben zij pech, niet wij. Maar het is toch wel lastig.'* Deze verzekeraar is zich ondanks zijn harde opstelling

zich wel bewust van het feit dat het een complexe relatie is. Selectieve zorginkoop is daarom volgens hen *'een strategische bom onder de relatie.'*

Zorgverzekeraar B gelooft dat selectieve zorginkoop kan fungeren als ultieme straf wanneer gemaakte afspraken niet nagekomen worden. Deze zorgverzekeraar zet selectieve contractering pas in als laatste redmiddel bij ziekenhuizen terwijl ZBC's als langer niet worden gecontracteerd. *'Een ziekenhuis wat al jarenlang gecontracteerd is en van het ene op de andere moment ga je dat niet meer doen, dat geeft zoveel rumoer dat je je moet afvragen wat het je waard is.'*

Zorgverzekeraar D is zich ook bewust van de complexe relatie. *'Als je toch niet tevreden bent over de zorg die ze leveren, moet je dan niet blijven inkopen en ben je dan je inkoopcontract bij dat ziekenhuis kwijt? Het levert denk ik een complexiteit in je relatie op die lastig is.'* Desondanks zei deze verzekeraar eerder bereid te zijn niet te contracteren wanneer de prijs niet overeengekomen werd.

Hieruit blijkt dat er bij een aantal zorgverzekeraars, waaronder ook zorgverzekeraar E, twijfels bestaan over wie afhankelijker is van de andere partij, de zorgverzekeraar of het ziekenhuis. Zorgverzekeraar C verschilt van de andere zorgverzekeraars van mening. *'De mogelijkheid van het sturen van patiënten bij een selectieve polis volkomen onzin. Een ziekenhuis heeft dus geen belang bij zo'n contract. Patiënten komen toch wel.'* (zorgverzekeraar C) Deze verzekeraar zegt hiermee, in tegenstelling tot de andere zorgverzekeraars, dat zorgverzekeraars in de relatie met ziekenhuizen in een meer afhankelijke positie zitten dan ziekenhuizen.

Experts zijn het hierover eens met zorgverzekeraar C. Expert 3 zegt daarover dat *'de positie van de zorgverzekeraar zwaar overschat wordt'* Wanneer onderhandeld gaat worden over een contract voor een selectieve zorgpolis dan trekt de zorgverzekeraar aan het kortste eind. *'In ultieme zin geldt dat als een ziekenhuisbestuurder gewoon geen contract sluit met een zorgverzekeraar omdat hij vindt dat de eisen te streng zijn, dan is de zorgverzekeraar de pineut.'* Ook expert 4 spreekt van een afhankelijke positie van zorgverzekeraars *'want die verzekeraar heeft een zorgplicht en die moet zorgen dat hij goed contracteert.'*

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen hebben een afhankelijke en daarom complexe relatie met elkaar. De meningen zijn verdeel over welke partij het meest afhankelijk is van de andere partij. Het overgrote deel van de zorgverzekeraars is van mening dat zij in een sterkere onderhandelingspositie zitten de contractbesprekingen. Als ziekenhuizen niet kunnen voldoen aan hun eisen is hun ultieme onderhandelingsmethode de dreiging om het ziekenhuis of een deel van het ziekenhuis niet te contracteren. Omdat dit inbreuk doet op de

relatie waar ook de zorgverzekeraar belangen bij heeft, zullen zij dit niet snel doen. Eén zorgverzekeraar en de experts stellen daarentegen dat zorgverzekeraars helemaal niet in de positie zitten om selectief te contracteren. Zorgverzekeraars zouden door hun zorgplicht afhankelijk zijn van ziekenhuizen en kunnen het zich daarom niet veroorloven geen contract te sluiten.

#### 5.2.4 De toekomst van selectieve zorginkoop

Uit voorgaande paragrafen kan geconcludeerd worden dat er nog weinig selectief wordt ingekocht door zorgverzekeraars en dat daar verschillende redenen voor zijn. Zorgverzekeraars zien desondanks wel degelijk een toekomst voor vormen van selectieve zorginkoop. Hoewel de marktomstandigheden nu nog niet goed zijn zou hier verandering in kunnen komen. *‘Je moet het zien vanuit een ontwikkelingsmodel, we nemen elke keer een stapje meer waarmee de weg terug moeilijk wordt.’* (zorgverzekeraar A) Een eerste stap daarin is meer gedifferentieerd zorg inkopen waarbij slechts delen van ziekenhuizen worden gecontracteerd of waarbij individuele afspraken worden gemaakt. Het uitblijven van concurrentie op de zorgverleningsmarkt of de hoogte van de prijzen kunnen hiervoor aanleiding zijn. *‘Ziekenhuizen moeten er op een gegeven moment ook last van krijgen dat ze te duur zijn. Ik verwacht dat de volgende stap in contracteren veel meer ligt in het feit dat je volumes gaan afspreken.’* (zorgverzekeraar B) Desalniettemin blijft de wens en de acceptatie van de klant een voorwaarde (zorgverzekeraar D).

Het maken van individuele afspraken met ziekenhuizen vindt op dit moment al plaats. Hier zal verder op ingegaan worden in hoofdstuk 5.3. Deze afspraken kunnen leiden tot het aangaan investeringsrelatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen waarbij de zorgverzekeraar het ziekenhuis middels een contract subsidieert. Wanneer in ruil voor investeringen zeggenschap in het ziekenhuis wordt verkregen wordt gesproken over ‘participatie’. Dit wordt besproken in hoofdstuk 5.4.

#### 5.2.5 Conclusie

Selectieve zorginkoop waarbij zorgverzekeraars niet alle ziekenhuizen contracteren vindt amper plaats op de zorgcontracteringsmarkt. Slechts één zorgverzekeraar koopt selectief zorg in voor een polis, de andere zorgverzekeraars contracteren in principe alle ziekenhuizen. Bij uitzondering kopen zorgverzekeraars op dit moment gedifferentieerd zorg in en contracteren ze bepaalde specialismen of ingrepen niet. Voor zorgverzekeraars is de acceptatie van klanten en dientengevolge het commerciële risico hiervoor de hoofdreden. Experts wijzen ook de klantbeleving aan als oorzaak en vinden dat er in het systeem te weinig prikkels voor zorgverzekeraars zijn om selectief zorg in te kopen.

Zorgverzekeraars zeggen wel bereid te zijn selectief in te kopen wanneer ziekenhuizen te hoge prijzen vragen of wanneer de kwaliteit onder de maat is. Kwaliteit blijkt echter moeilijk meetbaar, een voorwaarde voor selectieve zorginkoop volgens zowel de zorgverzekeraars als de experts. Selectieve zorginkoop kan volgens experts ziekenhuizen wel prikkelen om de kwaliteit te verhogen vanwege de toenemende concurrentie op de zorgverleningsmarkt. Met betrekking tot de toegankelijkheid van zorg doen zich meerdere positieve en negatieve effecten voor. De financiële toegankelijkheid kan in gevaar komen als onduidelijk blijft wat de financiële sancties zijn voor verzekerden die naar niet-gecontracteerde ziekenhuizen gaan. Daarnaast wordt door experts toegankelijkheid gezien als een afweging ten opzichte van prijs en kwaliteit. De vraag is wanneer verminderde toegankelijkheid nog acceptabel is. De tijdige toegankelijkheid van zorg kan juist toenemen door selectieve zorginkoop wanneer zorgverzekeraars die ziekenhuizen contracteren met de kortste wachtlijsten.

Selectieve zorginkoop heeft impact op de relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Deze relatie is complex vanwege het feit dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen van elkaar afhankelijk zijn. Zorgverzekeraars zeggen daarom niet snel een ziekenhuis niet te contracteren, dit zou de relatie negatief beïnvloeden. Toch lijken de meeste zorgverzekeraars te denken dat zij een sterkere onderhandelingspositie hebben dan ziekenhuizen. Experts vinden echter dat de zorgverzekeraar zich meer in een afhankelijke positie bevindt dan het ziekenhuis.

Zorgverzekeraars verwachten dat zij in de toekomst op een andere manier zorg zullen gaan inkopen. Door de complexe relatie tussen de zorgverzekeraars en ziekenhuizen zullen zorgverzekeraars in de toekomst niet selectief maar vaker gedifferentieerd zorg gaan inkopen en individuele volume- en kwaliteitsafspraken.

### **5.3 Voorkeurs- en investeringsrelaties**

Het vorige hoofdstuk ging over de bestaande praktijk van selectieve zorginkoop. Tot op heden wordt nog steeds bijna elk ziekenhuis gecontracteerd waarvoor verschillende redenen ten grondslag liggen. Zorgverzekeraars zullen steeds meer gedifferentieerd zorg inkopen en individuele afspraken met ziekenhuizen maken. Zo selecteren sommige zorgverzekeraars voorkeursaanbieders of gaan zij een investeringsrelatie met ziekenhuizen aan. In dit hoofdstuk zal uiteengezet worden hoe het beleid rondom het aanwijzen van voorkeursaanbieders er bij zorgverzekeraars uitziet en hoe investeringsafspraken worden gemaakt.

### 5.3.1 Voorkeursaanbieders en investeringen

Zorgverzekeraars willen graag met ziekenhuizen aanvullende kwaliteits- en volumeafspraken maken om zo goed mogelijke zorg te leveren aan hun verzekerden. Wanneer ziekenhuizen voldoen aan kwaliteitseisen en soms aan een bepaalde prijs, dan kan een ziekenhuis een voorkeursziekenhuis worden. Dit betekent dat zorgverzekeraars wanneer mogelijk haar verzekerden voor zorg zal verwijzen naar deze ziekenhuizen wat voor ziekenhuizen zou kunnen betekenen dat de patiëntenstroom groeit. Maar niet elke zorgverzekeraar selecteert voorkeursziekenhuizen, zij onderhandelen desondanks wel over prijs en kwaliteit en investeren in ziekenhuizen.

Zorgverzekeraar A selecteert jaarlijks voorkeursaanbieders voor 5 behandelingen. De selectie vindt plaats op basis van landelijke criteria van de inspectie, patiëntenverenigingen en medisch specialisten. De zorgverzekeraar bepaald uiteindelijk welke ziekenhuizen geselecteerd worden als voorkeursaanbieder. Op deze manier wordt kwaliteit beloond. Naast een vermelding op de website is de beloning terug te zien in de prijs. *'Een ziekenhuis of specialisme met een voorkeursstatus heeft een prijs die 6-8% hoger is dan een ziekenhuis met een standaard contract.'* Deze zorgverzekeraar realiseert zich dat het aanwijzen van voorkeursaanbieders net als bij selectieve zorginkoop effect kan hebben op de relatie. Volgens hen heeft dit vooral effect op de ziekenhuizen waar zij een groot marktaandeel hebben. *'Wat je wel ziet is dat ziekenhuizen waar we grote marktaandelen hebben en die maar beperkt voorkeursaanbieder zijn voor de 5 aandoeningen, dat je denkt hoe moet dit nu verder met hen. Daar kom je niet zomaar mee weg.'*

Naast het selecteren van voorkeursaanbieders investeert deze zorgverzekeraar daarom in ziekenhuizen waar het marktaandeel groot is. Dit doen zij bijvoorbeeld om de onderlinge relatie gezond te houden of een verslechterde relatie, doordat zij bijvoorbeeld niet zijn aangewezen als voorkeursziekenhuis, te *'lijmen'*. Voorwaarde is altijd dat er een goede business case aan ten grondslag ligt en het ziekenhuis verbonden wordt aan resultaatverplichtingen. *'We willen bepaalde garanties hebben en als bepaalde zaken niet lukken dan zijn in die afspraken clausules opgenomen dat we het geld terugkrijgen of dat we niet volledig blijven investeren.'* Dat ook andere zorgverzekeraars van deze investeringen profiteren is geen reden om deze investering niet te doen. *'Als ik die investeringen in de voor mij belangrijke ziekenhuizen net ietsje handiger doe dan profiteert een andere verzekeraar ook wel maar dan doe ik het toch nog beter.'*

Ook zorgverzekeraar D selecteert elk jaar opnieuw voorkeursaanbieders. Dit doen zij voor 9 aandoeningen waarvoor door deze verzekeraar kwaliteitsindicatoren voor zijn opgesteld en een benchmark is uitgevoerd. Zorgverzekeraar D selecteert in tegenstelling tot zorgverzekeraar A eerste instantie niet op de prijs die door ziekenhuizen wordt gevraagd.



*'We hebben geen koppeling gemaakt tussen de keuze van de aanbieder en de prijs die zij in rekening gebracht hebben.'* Toch lijkt er ook bij deze zorgverzekeraar een prijs tegenover kwaliteit te staan: *'Wij zijn bereid om meer te betalen als de kwaliteit beter is.'*

Om de kwaliteit van de belangrijkste ziekenhuizen voor zorgverzekeraars D, ziekenhuizen waar zij een groot marktaandeel hebben, te verbeteren maakt zorgverzekeraar D met sommige van deze ziekenhuizen meerjaren afspraken. Dit zijn investeringstrajecten waarin beoogd wordt om ziekenhuizen te optimaliseren en de kwaliteit en doelmatigheid te vergroten. Strenge eisen en randvoorwaarden zijn verbonden aan de investering. Er moet rendement te behalen zijn een deels terugvloeien naar deze verzekeraar en de organisatie en het bestuur moet in staat zijn te veranderen. Het maken van meerjaren afspraken voor de financiering van verbetertrajecten verandert de relatie tussen deze zorgverzekeraar en het ziekenhuis. Er is sprake van een meer structurele en intensievere relatie dan wanneer elk jaar opnieuw afspraken worden gemaakt.

Zorgverzekeraar B selecteert sinds dit jaar géén voorkeursaanbieders meer. Reden hiervoor is dat er geen betrouwbaar systeem voorhanden is om de kwaliteit inzichtelijk te maken en op basis daarvan ziekenhuizen te selecteren. Desondanks wordt er wel onderhandelt over kwaliteit en men merkt dat ziekenhuizen hier tevreden over zijn. Echter, *'Soms vinden ze dat we te ver gaan en vinden ze dat we als verzekeraars ons niet moeten bemoeien op de inhoud.'* In regio's waar voor een bepaalde aandoening weinig aanbod is wil deze zorgverzekeraar verbeterafspraken maken met deze ziekenhuizen om kwaliteitverbetering te realiseren. Maar ook deze zorgverzekeraar wil alleen investeren in ruil voor resultaten. *'Soms lukt het ziekenhuizen gewoon niet om iets goed te organiseren, dan kunnen we het 3 jaar proberen door bonussen te geven maar als het dan toch niet lukt moet je er toch voor gaan kiezen te stoppen met investeren en als ultieme sanctie daar niet meer in te kopen.'* Investeren door het geven van bonussen wordt dus gedaan om de kwaliteit te verbeteren op plaatsen waar het te wensen over laat. Daarnaast initieert deze zorgverzekeraar ketenzorg door partijen bij elkaar te brengen en te financieren, ook een vorm van investeren. Dit initiatief lijkt om te slaan in een groeiende belangstelling van zorgaanbieders om met elkaar ketens te realiseren wat door zorgverzekeraar B wordt beloofd. Ook hierdoor ontstaat er een meer structurele relatie tussen de zorgverzekeraar en de ziekenhuizen waarin geïnvesteerd wordt.

Van de onderzochte zorgverzekeraars wijst slechts één zorgverzekeraar bewust geen voorkeursaanbieders aan. De rest doet dit wel en op basis van indicatoren die zijn opgesteld voor een aantal aandoeningen. Zorgverzekeraar zijn er zich erg van bewust dat deze vorm van selectie invloed heeft op de onderlinge relatie met de voor hen belangrijke ziekenhuizen.

Om deze relatie te blijven bevorderen investeren alle zorgverzekeraar in de ziekenhuizen waar zij een groot marktaandeel hebben. Dit doen zij door het maken van meerjaren afspraken en het geven van bonussen. Deze investeringen zijn echter niet vrijblijvend, het ziekenhuis heeft resultaatverplichtingen. Door deze investeringsafspraken ontstaat er een meer structurele en intensievere relatie tussen deze zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

### 5.3.2 Kwaliteitsaspecten

Om voorkeursaanbieders te kunnen selecteren op kwaliteit of het doen van investeringen, moet kwaliteit inzichtelijk worden gemaakt. Op dit gebied doen zich wat problemen voor, zoals ook al werd besproken in hoofdstuk 5.3.3. Om kwaliteit inzichtelijk te maken moeten indicatoren worden opgesteld. Hiervan wordt door zorgverzekeraars veelal gebruik gemaakt van de indicatoren van de IGZ, echter deze zijn niet volledig. *'Wij brengen de punten die de klant belangrijk vindt naar voren. Bij de landelijke criteria van de Inspectie zit dat er niet echt in.'* (zorgverzekeraar A) Daarnaast hanteren zorgverzekeraars naast de landelijk criteria van de IGZ eigen criteria en bepalen zij afzonderlijk de weging van de indicatoren. Hierdoor is er nog geen uniformiteit tussen zorgverzekeraars over wat kwaliteit is. Zoals eerder werd gesteld door zorgverzekeraar B is de meetbaarheidproblemen bij kwaliteit voor hen een reden geen kwaliteitsselectie te maken.

Daarnaast blijkt het voor ziekenhuizen lastig te zijn kwaliteitsgegevens in kaart te brengen. Zorgverzekeraar A spreekt van koud-water-vrees bij ziekenhuizen. *'Ze willen het wel opengooien maar ze willen wel zekerheid hebben dat ze het niet veel slechter doen.'* Daarnaast zijn er ook beschikbaarheids problemen. Ondanks deze problematiek zien ziekenhuizen volgens zorgverzekeraars in dat zij kwaliteitsgegevens zullen moeten aanleveren om een goede marktpositie te behouden. *'Dit jaar hebben we gezegd: 'je komt niet in aanmerking als voorkeursaanbieder. En nu heeft 80% het aangeleverd. Dus dat helpt.'* (zorgverzekeraar D)

De selectie van voorkeursaanbieders vindt plaats op basis van indicatoren die per verzekeraar anders zijn. Ziekenhuizen hebben hier moeite mee maar lijken welwillend om gegevens aan te leveren om voorkeursaanbieder te worden.

### 5.3.3. Experts over voorkeursaanbieders

Eerder werd beschreven dat zorgverzekeraars zich van elkaar willen onderscheiden en dit doen op basis van de kwaliteit van de ingekochte zorg. In dat kader selecteren ook sommige zorgverzekeraars voorkeursaanbieders waarnaar de patiënten met bepaalde aandoeningen naar willen verwijzen. Daarover zijn de geïnterviewde experts gemengd positief en benaderen zijn de selectie vanuit verschillende perspectieven

Expert 1 vindt de initiatieven van zorgverzekeraars om voorkeursaanbieders aan te wijzen een goede ontwikkeling mits ze dit doen op basis van kwaliteit. *‘Je zou in theorie ook kunnen zeggen, degene met de laagste prijs die wijzen we aan als voorkeursaanbieder, maar dat is alleen lastig te controleren.’* De controleerbaarheid heeft te maken met het gegeven dat kwaliteit moeilijk meetbaar is en alle zorgverzekeraars op een andere manier kwaliteit meten. In het vorige hoofdstuk was te zien dat zorgverzekeraars hier zelf ook erg bewust van zijn. Het selecteren van voorkeursaanbieders kan weldegelijk resulteren in een stimulans voor verbetering van de kwaliteit. *‘Als ziekenhuis kun je dat voorkeursziekenhuis die zorg voor die aandoeningen laten leveren, of gaan investeren in kwaliteit om ook voorkeursaanbieder te kunnen worden.’*

Expert 2 ziet daarentegen weinig in de selectie van voorkeursaanbieders en vindt het niet de gewenste uitwerking van gereguleerde marktwerking in de zorg. *‘Het gaat over positief risico, en dus krijgt je een hangmat effect. Je kunt er niet doorheen vallen en als je het goed doet dan spring je een keer leuk de lucht in maar je wordt nooit ergens echt op afgerekend.’* Echte kwaliteitswinst valt volgens deze expert dus alleen te halen wanneer er echte risico's zijn in de markt en de concurrentie verhoogd.

Het selecteren van voorkeursaanbieders heeft volgens expert 3 de assumptie dat er patiënten naar specifieke ziekenhuizen ‘gestuurd’ kunnen worden. Aangezien dit volgens expert 3 niet mogelijk is, heeft het selecteren van voorkeursaanbieders weinig zin. *‘Dat ziekenhuis heeft er alleen maar baat bij als die verzekeraar kan garanderen dat het volume oplevert en dat kan niet.’* Ziekenhuizen zouden daarom een prikkel missen om kwaliteitsgegevens aan te leveren om voorkeursaanbieder te worden. Deze bevinding staat haaks op de ervaringen van verschillende zorgverzekeraars. Zo stelde zorgverzekeraar D dat elk jaar meer ziekenhuizen gegevens aanleveren omdat zij graag voorkeursaanbieder willen worden.

Een punt van discussie voor expert 4 is de legitimiteit van het aanwijzen van voorkeursaanbieder. De meningen in het veld van juristen zijn hierover verdeeld. Expert 4 benadert het vanuit een relatief gelijkheidsprincipe. *‘Als er objectieve redenen zijn waardoor de patiënt in het ene ziekenhuis sneller wordt geholpen dan is selectie op basis hiervan te rechtvaardigen.’* Deze expert vindt het selecteren van voorkeursaanbieders daarom een service van de verzekeraar naar de patiënt toe. *‘De patiënt kan het zelf thuis opzoeken maar de verzekeraar kan het ook faciliteren en ervoor zorgen dat de patiënt optimale zorg krijgt.’*

Experts zijn verdeeld over de selectie van voorkeursaanbieders door ziekenhuizen. Selectie zou onmogelijk zijn doordat kwaliteit moeilijk meetbaar is en zorgverzekeraars er hierdoor ervan beticht zouden kunnen worden dat zij selecteren op prijs in plaats van kwaliteit. De zin en onzin van het selecteren van voorkeursaanbieders zou kunnen liggen in de mogelijkheid van zorgverzekeraars om patiëntengroepen te sturen. Volgens expert 3 is dit onmogelijk. Juridisch gezien lijkt er geen bezwaar te zijn tegen deze vorm van selectie.

#### 5.3.4 Conclusie

Drie van de vijf onderzochte zorgverzekeraars selecteren voorkeursaanbieders. Ziekenhuizen die worden aangewezen als voorkeursaanbieder krijgen een beloning, zij krijgen een hogere prijs voor de behandelingen waarvoor zij zijn geselecteerd. De selectie van deze voorkeursaanbieders komt tot stand door middel van kwaliteitsindicatoren die zij afzonderlijk opstellen en wegen. Dit levert problemen op voor ziekenhuizen die uit angst voor slechte scores moeilijk hun kwaliteitsgegevens prijsgeven. Experts beamen dit. Door het aanwijzen van voorkeursaanbieders en dientengevolge het verhogen van de tarieven worden ziekenhuizen volgens zorgverzekeraars steeds meer geprikkeld om kwaliteitsgegevens openbaar te maken. Ondanks dat zorgverzekeraars voorkeursaanbieders trachten te selecteren op basis van kwaliteit identificeren zij het probleem van de betrouwbaarheid van het meten van kwaliteit. Dit is voor één van de twee verzekeraars die geen voorkeursaanbieders aanwijst de reden om geen voorkeursaanbieders te selecteren. Een kanttekening bij het aanwijzen van voorkeursaanbieders is daarnaast dat het de relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen onder druk kan zetten en dit de onderhandelingen op andere gebieden kan verslechteren.

Experts zijn verdeeld over het selecteren van voorkeursaanbieders. Het zou voor ziekenhuizen een hangmat zijn waardoor ze te weinig worden afgestraft als de kwaliteit slecht is. Daarnaast zou het aanwijzen van voorkeursaanbieders weinig zin hebben, zorgverzekeraars kunnen slechts in beperkte mate verzekerden 'sturen' waardoor de winst voor ziekenhuizen uitblijft en het slechts resulteert in een slecht imago voor de zorgverzekeraars wanneer zij de perceptie wekken wel te willen sturen. Andere experts zien tegen het aanwijzen van voorkeursaanbieders geen bezwaar mits het gebeurt op juiste gronden, op grond van kwaliteit. Het kan ook gezien worden als een service van de zorgverzekeraar naar de klant.

Naast het aanwijzen van voorkeursaanbieders is te zien dat zorgverzekeraars steeds vaker verbeterafspraken maken met ziekenhuizen en daarvoor investeren in ziekenhuizen. Deze afspraken maken zij vooral met ziekenhuizen waarin zij een groot marktaandeel hebben. Zij zijn volgens zorgverzekeraars welwillend om deze afspraken te maken. Het maken van verbeterafspraken, waaraan financiering van de zorgverzekeraar is gekoppeld, vindt plaats

op basis van business cases en er zijn resultaatverplichtingen. Daarvoor zijn in de contracten veelal clausules opgenomen. De investeringsafspraken leiden doorgaans tot een intensivering van de relatie tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis waardoor de relatie structureler van aard wordt. Hieruit kan geconcludeerd worden dat zorgverzekeraars bereid zijn, met onder andere financiële middelen, intensievere relaties aan te gaan met ziekenhuizen waarin hun belang groot is.

## 5.4 Participatie van zorgverzekeraars in ziekenhuizen

In de vorige hoofdstukken werd selectieve zorg inkoop, het aanwijzen van voorkeursaanbieders en investeringsafspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen besproken. Een investeringsrelatie in ruil voor resultaten blijkt veelvuldig aanwezig te zijn tussen zorgverzekeraars en haar belangrijkste ziekenhuizen. De gepresenteerde casus van het Vlietland ziekenhuis betreft ook een investeringsrelatie in ruil voor resultaten maar óók in ruil voor zeggenschap. Dit hoofdstuk gaat over deze vorm van investeren waarbij de zorgverzekeraar een (risicodragend) belang krijgt in een ziekenhuis. Dit wordt in dit hoofdstuk 'participatie' genoemd.

### 5.4.1 Zorgverzekeraars ten aanzien van de zorgcoöperatie

Zorgverzekeraars zijn gevraagd naar hun mening over de zorgcoöperatie welke eerder gepresenteerd is in hoofdstuk 4.4. Over het algemeen staan alle geïnterviewden positief tegenover de genoemde coöperatie. Zorgverzekeraars gaven eerder aan dat voor hen een noodzaak is zich te onderscheiden op de markt. De zorgcoöperatie waar zorgverzekeraar DSW deel van uitmaakt is een voorbeeld daarvan.

Zorgverzekeraar A vindt de ontwikkelingen van participeren niet baanbrekend. Zij doen reeds iets soortgelijks bij de 1<sup>e</sup> lijns gezondheidscentra wanneer de continuïteit van zorg in een bepaalde regio onder druk komt. Het verschil is volgens zorgverzekeraar A wel dat het *'iets anders is dan dat je zegt dat het een heel bewuste keuze is om eigen instellingen te hebben.'* Participeren in ketenzorg zoals zorgverzekeraar DSW in feite ook doet binnen de coöperatie zien zij wel als optie en zij zouden dan ook zichtbaar willen zijn als participant. Gevaar van ketenzorg is volgen hen wel *'de gedwongen winkelnering en dat als er geen alternatief is er ook geen prikkel is om je keten steeds te verbeteren en te luisteren naar de klant.'*

Zorgverzekeraar B begrijpt ook de keuzes van zorgverzekeraar DSW en ziet de oprichting van de coöperatie vooral als een reddingsplan voor het noodlijdende Vlietland ziekenhuis. *'Ze wisten toch dat ze vroeg of laat, ook bij faillissement, erin moesten gaan investeren. Door het creëren van zo'n coöperatie krijgen ze tegelijk ook iets van medezeggenschap, rationeel*

*een hele goede zet.*’ Dientengevolge geeft deze verzekeraar aan in dezelfde situatie wellicht dezelfde keuze te zullen maken.

Zorgverzekeraar D geeft aan waarschijnlijk niet dezelfde keuze te maken als zorgverzekeraar DSW in een dergelijke situatie. Deze zorgverzekeraar heeft ook te maken gehad met een financieel noodlijdend ziekenhuis waar zij marktaandeel hadden. Zij hebben er toen voor gekozen hier niet in te investeren zoals zorgverzekeraar DSW wel doet in het Vlietland ziekenhuis wat ook kampt met schulden. Reden daarvoor is het signaal wat de zorgverzekeraar daarmee afgeeft aan andere ziekenhuizen. *‘Ik vind dat ik het niet kan verantwoorden aan omliggende ziekenhuizen dat een ziekenhuis wat faalt, dat ik die meer geld zou geven dan een goedlopend ziekenhuis hier in de buurt.’* Desondanks vindt deze zorgverzekeraar het een prima initiatief en is benieuwd wat de zorgcoöperatie gaat opleveren.

Zorgverzekeraar zien in principe geen bezwaren in de oprichting van de zorgcoöperatie waar zorgverzekeraar DSW deel van uitmaakt. Zorgverzekeraars zien de oprichting van de coöperatie als een middel om ketenzorg te realiseren en een noodlijdend ziekenhuis te helpen. Twee van de drie zorgverzekeraars geven aan dit in dezelfde situatie ook hulp te bieden aan een ziekenhuis in ruil voor zeggenschap. De zorgverzekeraar die dit niet zou doen vindt financiering van noodlijdende ziekenhuizen oneerlijk ten opzichte van goedlopende ziekenhuizen.

#### **5.4.3 Experts over de zorgcoöperatie en participatie**

Expert kijken allemaal vanuit een andere perspectief naar de ontwikkelingen rondom de zorgcoöperatie. Over het algemeen zijn zij dit initiatief een positieve ontwikkeling omdat dit het onderscheidend vermogen van zorgverzekeraars vergroot.

Ondanks dat het initiatief positief wordt ontvangen benoemen experts discussiepunten. In het geval van de zorgcoöperatie komt de toegankelijkheid vermoedelijk niet in het geding. Een dergelijke constructie is echter niet in alle regio’s mogelijk want er moet immers wel keuze zijn tussen ziekenhuizen. In de regio van het Vlietland ziekenhuis is dat het geval dus blijft de toegankelijkheid hoog (expert 1). Gevaar is wel dat de toegankelijkheid in dit specifieke geval minder kan worden voor niet-DSW verzekerden wanneer zorgverzekeraar DSW de toegang tot het Vlietland ziekenhuis voor hen zou beperken. Dit zou uiteindelijk kunnen resulteren in dat deze verzekerden dientengevolge overstappen naar zorgverzekeraar DSW en de marktmacht van DSW nog verder wordt vergroot. (expert 2) Het financiële risico neemt daardoor voor DSW toe vanwege het vergrote marktaandeel. Maar DSW loopt ook het commerciële risico dat verzekerden door deze strategie weglopen. Volgens expert 3 is dit

daarom niet aantrekkelijk voor DSW mede doordat de zeggenschap in het ziekenhuis zeer beperkt is. *‘Als het echt gaat over de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis dan ligt die integrale verantwoordelijkheid bij de Raad van Commissarissen, de Raad van Bestuur, de medische staf van het ziekenhuis maar niet bij de coöperatie.’* Desondanks moet geaccepteerd worden dat de toegankelijkheid wat minder kan worden in de zorg door soortgelijke ontwikkelingen. *‘Het is natuurlijk een afweging. Je kunt niet super doelmatig, super kwaliteit hebben en een maximale toegang hebben.’* (expert 2) Minder toegankelijkheid zou in dat geval bijvoorbeeld te gunste staan van meer kwaliteit. *‘Alle studies laten zien dat grotere betrokkenheid van de verzekeraar leiden tot goedkopere zorg, soms betere kwaliteit maar in ieder geval geen slechtere kwaliteit en toch ook een goede toegang.’* (expert 2) Experts zijn het er daarom over eens dat de coöperatie een positief effect zal hebben op de kwaliteit van zorg. Immers, er is voor het ziekenhuis een extra financiële bron waar projecten uit gefinancierd kunnen worden.

Zowel experts als de zorgverzekeraars staan positief tegenover de oprichting van de zorgcoöperatie staan waar zorgverzekeraar DSW deel van uitmaakt. Experts denken dat de coöperatie de kwaliteit van zorg in die regio zal verhogen. Wanneer zorgverzekeraar DSW zorgt dat haar verzekerden een voorkeursbehandeling krijgen in het Vlietland ziekenhuis, dan kan dit ten kosten gaan van de toegankelijkheid van zorg in het Vlietland ziekenhuis voor niet-DSW verzekerden. Door het commerciële risico van een dergelijke strategie zal zorgverzekeraar DSW deze strategie waarschijnlijk niet ten uitvoer brengen. Desalniettemin zal de algemene toegankelijkheid van zorg niet minder worden doordat in de regio voldoende andere ziekenhuizen zijn.

#### **5.4.3. Zorgverzekeraars over participatie in ziekenhuizen**

Naast de casus van de zorgcoöperatie zijn zorgverzekeraars in algemene zin bevraagd over participatie in ziekenhuis; het doen van investeringen in ruil voor zeggenschap. Onderzocht is welke mogelijkheden zij voor zichzelf zien rondom participatie, wat de financiële en relationele implicaties zijn en wat het effect van participatie is op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

Geen enkele zorgverzekeraar investeert momenteel in een ziekenhuis in ruil voor zeggenschap. Zorgverzekeraar A zegt bewust geen eigen instellingen te willen op dit moment omwille de huidige dynamiek van de marktwerking. Ook zorgverzekeraar D zegt dat het nemen van eigen instellingen niet past bij hun strategie om samen met partners te zorgen voor goede zorg. *‘Een zeggenschapsrelatie biedt volgens ons geen toegevoegde waarde. Ik denk dat je prima zonder participatie kwaliteitsafspraken kunt maken. De zeggenschap die je in participatie hebt is toch zeer beperkt.’* Maar ook de acceptatie en

behoud van keuzevrijheid van de klant is een reden om niet te participeren. Zorgverzekeraar B geeft net als zorgverzekeraar D de perceptie van de klant als reden voor het niet willen participeren in ziekenhuizen. *'Kennis en informatie geven over de beste zorg voelt niet lekker als je tegelijkertijd eigenaar bent van een instelling.'* (zorgverzekeraar B)

Toch noemen zorgverzekeraar A en B redenen op wanneer zij wél zouden participeren in ziekenhuizen. Volgens zorgverzekeraar B is dat *'op het moment dat het ziekenhuis acuut failliet gaat en onze zorgplicht in het geding komt.'* Dit is ook in de praktijk wel eens tijdelijk voorgekomen bij verloskundige zorg en de zorg van huisartsen. *'Toen het probleem opgelost was hebben we het weer van de hand gedaan.'* (zorgverzekeraar B) Ook hebben zij een kliniek gehad in een joint venture met een ziekenhuis. *'Dat hebben wij toen gedaan omdat als wij zien dat bepaalde ontwikkelingen in de zorg moeilijk van de grond komen, dan willen wij een aanjaagfunctie hebben.'* (zorgverzekeraar B) Dit geldt ook voor zorgverzekeraar A zoals al duidelijk werd in hoofdstuk 5.4.2. Het verschil tussen beiden is wel dat zorgverzekeraar A eigenaar is gebleven van de centra en het niet van de hand heeft gedaan en participeert in de 1<sup>e</sup> lijns zorg in plaats van ziekenhuiszorg.

Participatie van zorgverzekeraars in ziekenhuizen hebben effect op de relatie met het ziekenhuizen en concurrerende ziekenhuizen. De complexe afhankelijke relatie met ziekenhuizen is voor zorgverzekeraar D een reden om niet te participeren in ziekenhuizen. *'Ik denk dat je daarmee een stukje rolverving krijgt die er denk ik voor zorgt dat je een complexiteit in de relatie brengt die je uiteindelijk gewoon niet verder helpt.'* (zorgverzekeraar D) Zorgverzekeraar A denkt dat de vertrouwensrelatie die zij hebben met veel ziekenhuizen onder druk komt te staan als zij gaan participeren in één van die ziekenhuizen. *'Het risico dat als ik samenga met ziekenhuis 1 dat een ander ziekenhuis wat belangrijk is voor mij, ziekenhuis 2, samen gaat met een concurrent zorgverzekeraar.'* (zorgverzekeraar A) Zorgverzekeraar B ziet ook gevaren van participatie op de relatie met ziekenhuizen. *'Je moet niet het hele zorgveld tegen je in het harnas jagen. Als men ons als bedreiging gaat zien omdat we dingen zelf organiseren of samengaan met een concurrent ziekenhuis dan lopen we ook allerlei commerciële risico's.'* (zorgverzekeraar B) Participeren in ziekenhuizen zet de relatie met ziekenhuizen onder druk terwijl beide partijen in zekere mate afhankelijk blijven van elkaar.

Doordat zorgverzekeraars en ziekenhuizen ondanks de participatie in een bepaald ziekenhuis van elkaar afhankelijk blijven, zijn er relevante financieel/economische aspecten verbonden aan participatie die mede ten grondslag liggen aan de keuze om wel of niet te participeren. Zo benoemde zorgverzekeraar B te zullen participeren als de zorgplicht in het geding komt. De afweging is dan wat het de zorgverzekeraar kost om te participeren om het ziekenhuis overeind te houden of niet te participeren en verzekerden te verplaatsen naar andere ziekenhuizen. *'Transactiekosten zijn verbonden aan het verplaatsen van je*



verzekerden. Zoals dingen optuigen om mensen te vervoeren, vervoerskosten regelen en bij andere ziekenhuizen kunnen de tarieven gewoon hoger liggen.’ (zorgverzekeraar B) Daarnaast speelt ook de regio een rol bij de keuze, er moeten namelijk mogelijkheden zijn om de patiënten te verplaatsen. *‘Het hangt af van welk ziekenhuis het is, welk marktaandeel je daar hebt want als die klein is en ver weg gelegen dan is het veel makkelijker om je verzekerden te verplaatsen.’* (zorgverzekeraar B) Ook zorgverzekeraar A benoemd transactiekosten als mogelijke reden voor participeren. *‘Ik denk dat de quick winst hem vooral zit in allerlei administratieve heen en weer gestuur van declaraties. Maar het levert je geen onderscheidend vermogen op in bijvoorbeeld de premie.’* (zorgverzekeraar A) Daarnaast kan een fusie, een vergaande vorm van participatie, volgens zorgverzekeraar A de prijzen van zorg in andere ziekenhuizen verhogen. Omliggende ziekenhuizen zouden op die manier de participatie afstraffen waardoor zorgkosten voor deze verzekeraar netto zouden kunnen toenemen. Ook brengt participatie financiële risico’s met zich mee. *‘Ik kan niet gemakkelijk ergens anders naartoe als de zorg in mijn ziekenhuis te duur is, het is mijn eigen ziekenhuis.’* (zorgverzekeraar A) Financiële aspecten en transactiekosten lijken dus zonder meer een reden te zijn om niet te participatie in ziekenhuizen.

Aan de keuze om wel of niet te participeren liggen voor zorgverzekeraars verschillende redenen ten grondslag. De relatie met ziekenhuizen zouden door participatie onder druk kunnen komen te staan. Met het ziekenhuis waarin geparticipeerd wordt kan het gevaar van rolvervaging optreden waardoor de relatie nog complexer wordt. De relatie met andere ziekenhuizen zou ook extra onder druk kunnen komen te staan. Daardoor zitten aan participatie ook financieel/economische aspecten in de vorm van transactiekosten verbonden. Participatie kan enerzijds resulteren in een quick winst op het gebied van administratie. Anderszijds treedt het gevaar op dat er extra kosten optreden wanneer de relatie met het ziekenhuis waarin de zorgverzekeraar participeert structureler van wordt. Het eigen ziekenhuis kan namelijk te duur worden en uitwijkmogelijkheden naar ziekenhuizen kunnen resulteren in hogere prijzen kan de zorg duurder worden en de opgebouwde relatie onder druk komen. Deze kosten lijken voor zorgverzekeraars zwaarder te wegen dan de administratieve quick winst. Zorgverzekeraars zullen daarom niet snel participeren in ziekenhuizen.

#### **5.4.4 Kwaliteit en toegankelijkheid**

Naast financiële aspecten en effecten op de relatie van ziekenhuizen kan participatie van zorgverzekeraars in ziekenhuizen een effect hebben op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Over het algemeen denken zorgverzekeraars dat participatie niet per definitie bevorderlijk is voor de kwaliteit. Dit hangt onder andere af van de regio waarin de participatie

plaatsvindt. Wanneer participatie betekent dat alternatief aanbod wordt gecreëerd dan kan het goed zijn voor de kwaliteit van zorg in die regio (zorgverzekeraar B). Het samengaan van zorgverzekeraars en ziekenhuis kan echter wel betekenen dat er een prikkel verloren gaat voor ziekenhuizen om de kwaliteit te verbeteren. *'Je hebt het al snel over gedwongen winkelnering en dat legt ook druk op de kwaliteit, er komt dan denk ik een soort moeheid in.'* (zorgverzekeraar A) Oorzaak van deze moeheid is dat de participatie de relatie intensiveert waardoor minder geconcentreerd hoeft te worden. *'Door de fusies heb je als zorgverzekeraar een beperkte flexibiliteit, je kunt er niet zomaar weer vanaf.'* (zorgverzekeraar A) Daarnaast zou een fusie de prikkel om de kwaliteit te verbeteren weg kunnen nemen. *'Het prikkelende aan fusies is dat je denkt dat je een maakbare omgeving voor de klant kunt neerzetten tot de wens van de klant verandert. Dus je moet een flexibel geheel blijven waarin continue geluisterd wordt naar de klant.'* (zorgverzekeraar A)

Daarnaast zijn er aspecten aangaande de toegankelijkheid van zorg te benoemen. Zoals eerder beschreven is keuzevrijheid van de patiënt een belangrijk recht en voor zorgverzekeraar D al een reden om niet te participeren. Zorgverzekeraar A en B zien desondanks ook kansen voor de toegankelijkheid van zorg. Zoals eerder werd gesteld zien zorgverzekeraars gevaren van gedwongen winkelnering in het vormen van keten met daarin de participatie van zorgverzekeraars. Desondanks kun je als zorgverzekeraar *'door participatie alternatief aanbod creëren zodat er meer keuzevrijheid ontstaat.'* (zorgverzekeraar B) Dit kan gunstig zijn voor bijvoorbeeld de tijdigheid van zorg. *'Toen wij de kliniek oprichtte zagen we dat in de omgeving de toegangstijden terugliepen, dat is een stukje concurrentie hè.'* (zorgverzekeraar B) Daarnaast is het toegankelijkheidsvraagstuk voor zorgverzekeraars verbonden aan de marktpositie van de zorgverzekeraar en het aantal ziekenhuis in de regio.

Participatie kan volgens zorgverzekeraars negatief van invloed zijn op de kwaliteit van zorg. Wanneer geparticipeerd wordt in ketenvorming bestaat er het gevaar van gedwongen winkelnering wat druk legt op de kwaliteit. De intensivering van de relatie door participatie zou onderlinge concurrentie aan banden kunnen leggen waardoor een prikkel tot verbetering van kwaliteit uitblijft. Echter, door het creëren van alternatief aanbod kan kwaliteit verbeterd worden. Ten aanzien van de toegankelijkheid zien zorgverzekeraars juist kansen. Zo blijkt participatie van zorgverzekeraar B in resulteerde in kortere wachlijsten en meer keuzevrijheid.

#### **5.4.5 Conclusie**

Zorgverzekeraars hebben op dit moment weinig interesse in participatie in ziekenhuizen in ruil voor zeggenschap. Desondanks zien zorgverzekeraars en experts geen bezwaren

tegenover de zorgcoöperatie waar zorgverzekeraar DSW deel van uitmaakt. Volgens hen zou het de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren doordat het een alternatief aanbod creëert in een regio met veel andere ziekenhuizen. De toegankelijkheid van zorg zal daardoor in deze regio niet snel in gevaar komen.

Zorgverzekeraars benoemen verschillende redenen om niet te participeren. De zeggenschap die je terugkrijgt voor je inbreng zou beperkt zijn waardoor participatie niet meer oplevert dan een investeringsrelatie zonder zeggenschap. Wanneer participatie resulteert in een alternatief aanbod van zorg zou de concurrentie tussen ziekenhuizen juist toe kunnen nemen. Dit hangt sterk af van de regio waarin de participatie plaatsvindt. Maar er kunnen door de zeggenschap zich ook juist problemen opdoen ten aanzien van de relaties die zorgverzekeraars met ziekenhuizen hebben. De relatie met het ziekenhuis waarin geparticipeerd wordt structureler en intensiever van aard. Een risico van de intensivering van deze relatie is dat de prikkel om de kwaliteit van zorg te verbeteren minder wordt omdat onderling minder geconcentreerd hoeft te worden. Het ziekenhuis heeft immers door de participatie van de zorgverzekeraar al een inkoopcontract waarover niet elk jaar opnieuw onderhandelt hoeft te worden.

Reden om niet participeren is ook dat men van mening is dat zorgverzekeraars flexibel moet blijven. Participatie gaat ten koste van de flexibiliteit omdat de zorgverzekeraar daardoor in zekere mate vast zit aan het ziekenhuis waardoor financiële risico's toenemen. Financiële risico's liggen gelegen in transactiekosten. Enerzijds kan participatie de transactiekosten verminderen doordat administratieve zaken vereenvoudigd en verminderd worden. De verwachting is echter dat anderzijds de transactiekosten verhoogd kunnen worden doordat andere ziekenhuizen hun prijzen omhoog schroeven. Ook verwachten zorgverzekeraars dat de mogelijkheid tot uitwijken naar een ander ziekenhuis, omdat het eigen ziekenhuis te duur is of niet de beste kwaliteit levert, kleiner wordt door de opgebouwde structurele relatie. Wel denkt men dat de tijdigheid van zorg erdoor kan verbeteren wanneer participatie gericht is op het stimuleren van concurrentie. Dit hangt echter in sterke mate af van de marktpositie van de zorgverzekeraar en de concurrentie onder ziekenhuizen in die regio.

## 6. Slotbeschouwing

In dit hoofdstuk worden de conclusies van het onderzoek weergegeven, wordt gereflecteerd op de theorieën die ten grondslag liggen aan dit onderzoek en worden ten slotte een aantal aanbevelingen gegeven.

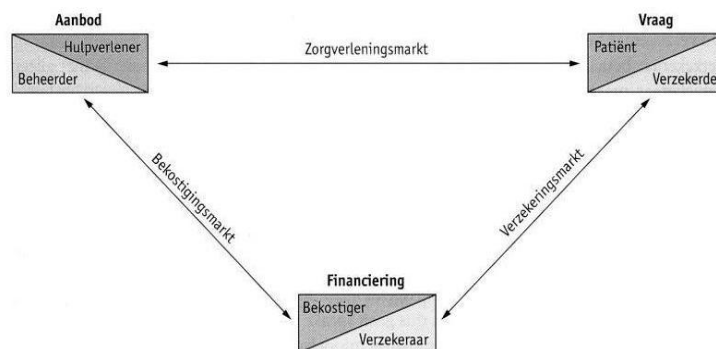
### 6.1 Conclusies

De probleemstelling van dit onderzoek betreft; wat zijn de mogelijkheden en beperkingen betreffende de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor zorgverzekeraars in hun strategische keuzes om een risicodragend belang te nemen in ziekenhuizen, selectiever gaan contracteren of een voorkeursaanbieders of investeringsrelatie met ziekenhuizen aan gaan? Om de probleemstelling te beantwoorden zijn 11 deelvragen opgesteld. In de onderstaande subparagrafen worden allereerst alle afzonderlijke deelvragen beantwoord waaruit vervolgens het antwoord op de algemene probleemstelling voortvloeit. Deelvraag 1 tot en met 6 en de casus van deelvraag 8 vormen de context en het theoretisch kader, deelvraag 8,9 en 10 de empirie en bij deelvraag 11 en 12 worden de theorie en empirie met elkaar verbonden.

### 6.2 Antwoorden op de deelvragen

1. *Hoe is de Nederlandse gezondheidszorgmarkt opgebouwd en wat is de invloed van gereguleerde marktwerking op de zorgcontracteringsmarkt?*

De Nederlandse gezondheidszorgmarkt bestaat uit drie partijen; de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgvragers, met elk een afzonderlijke rol. Zij opereren op verschillende markten en zijn daardoor op deze markten in sterke mate van elkaar afhankelijk.



*Figuur 1: Driemarktenmodel ( Lapré en Van Montfort 1999)*

De overheid en haar toezichthouders zien toe op deze markten en scheppen randvoorwaarden en heeft daardoor grote invloed op de werking van de deelmarkten. De werking van de deelmarkten kent onderling veel samenhang. Het model is 'a balance of

powers' waardoor de veranderingen op de ene markt, de andere markten beïnvloed. Actoren in de gezondheidszorg zijn dus op de verschillende deelmarkten van elkaar afhankelijk.

Sinds 2005 zijn deze drie markten onderhevig aan gereguleerde marktwerking voor verbetering van de betaalbaarheid en doelmatigheid in de zorg. Actoren worden gestimuleerd onderling met elkaar te concurreren om deze doelen te behalen. Aanbodregulering maakt plaats voor vraagsturing. De bekostiging van zorg is daardoor sinds 2005 aan verandering onderhevig. De eerdere budgetsystematiek met beschikbaarheidsfinanciering en contracteerplicht maakt plaats voor een integrale prestatiebekostiging, door middel van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), waarbij de verzekeraars geen contracteerplicht hebben en er een ruimere vrije toetreding is voor nieuwe zorgaanbieders. Dit geldt nu voor 34% van de zorg, het B-segment. Sinds 2009 worden in deze prestatiebekostiging ook de kapitaallasten opgenomen. In dit segment zijn er kansen om onderling te concurreren en kan er door middel van zorginkoop op de zorgcontracteringsmarkt scherpere afspraken worden gemaakt.

*2. Wat is de rol van zorginkoop in de zorgcontracteringsmarkt en hoe kan het ten dienste zijn van de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg?*

Zorginkoop vindt plaats op de zorgcontracteringsmarkt om te voldoen aan de zorgplicht van de zorgverzekeraar die verschillende polissen aanbiedt op de zorgverzekeringsmarkt; naturapolissen, restitutiepouissen en combinatiepolissen. Bij een restitutiepouis heeft de verzekerden niet te maken met gecontracteerde zorg maar wordt alle zorg vergoed. Een naturapouis is een zorgverzekeringvorm van het basispakket waarbij de verzekerde voor alle dekkingen te maken heeft met gecontracteerde zorg. De zorgplicht is het grootst daar waar gesproken kan worden van een naturapouis en daartoe wordt zorg ingekocht.

In het proces van zorginkoop voor het B-segment kunnen zorgverzekeraars en ziekenhuizen onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en het volume van de zorg. Omdat de zorgverzekeraar geen contracteerplicht heeft, wordt de onderhandelingspositie van de zorgverzekeraar versterkt ten aanzien van het ziekenhuis waardoor selectieve of gedifferentieerde zorginkoop mogelijk wordt. Wanneer selectie plaatsvindt door inkoop op basis van de kwaliteit van zorg, dan kan dit de verbetering van de kwaliteit van zorg in een ziekenhuis stimuleren omwille een contract bij de zorgverzekeraar. Hierbij moet rekening gehouden worden de toegankelijkheid van zorg; een verzekerde moet binnen een redelijk termijn de zorg krijgen die nodig is en dus moet er voldoende zorg gecontracteerd worden. Daarnaast moeten de kosten voor het gaan naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet dusdanig hoog zijn dat de financiële toegankelijkheid in het geding komt. Wanneer

ingekocht wordt bij ziekenhuizen vanwege korte wachtlijsten dan kan inkoop de kansen voor de tijdigheid van zorg vergroten.

Om de publieke belangen in de zorg rondom kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te waarborgen zien toezichthouders toe op de zorgmarkten. De NZa controleert zorgverzekeraars op het naleven van de acceptatieplicht van verzekerden, het verbod op premiedifferentiatie, de dekking van de basisverzekeringen en de invulling van de zorgplicht. De NMa toezicht op de naleving van de Mededingingswet. Deze wet is gericht op het tegengaan van ongewenste economische effecten van concurrentiebeperkingen waardoor de publieke belangen in het geding kunnen komen.

### *3. Wat is voor zorgverzekeraars de rol van stakeholdermanagement in de positionering op de zorgcontracteringsmarkt en de relatie met ziekenhuizen?*

De drie verschillende deelmarkten zijn aan verandering onderhevig en afhankelijk van elkaar. Daardoor zijn de actoren op de markt ook sterk van elkaar afhankelijk zowel voor het B-segment als het A-segment. Dientengevolge kunnen ziekenhuizen vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar gezien worden als belangrijke stakeholders.

Om de klantwaarde te verhogen kunnen zorgverzekeraars voor het B-segment ziekenhuizen selecteren voor de distributiekanaalen voor de levering van zorg. Omdat de wensen van de klant uiteenlopen zijn er verschillende distributiekanaalen voor de verschillende polissen op de zorgverzekeringsmarkt. Hiervoor kan per kanaal een andere selectiestrategie gekozen worden. Ook kunnen zij voorkeursaanbieders aanwijzen en verzekerden adviseren daar zorg af te nemen of investeren in een ziekenhuis met of zonder zeggenschap.

De relatie met stakeholders behoeft relatiemanagement. Relatiemanagement is essentieel om de samenwerking te optimaliseren en gestelde doelen te bereiken. In deze relatie kunnen zich conflicten voordoen die gemanaged moeten worden. Waarneer er het vertrouwen is dat het succes van de ene partij ligt gelegen in het succes van de ander, dan kan onderling geconcurrereerd blijven worden om elkaar te blijven prikkelen tot het leveren van betere prestaties. Dit kan zich voordoen wanneer een zorgverzekeraar een ziekenhuis als voorkeursaanbieder aanwijst, een selectief contract met het ziekenhuis of een investeringsrelatie zonder zeggenschap aangaat. Wanneer geparticipeerd wordt met zeggenschap van de zorgverzekeraar in het ziekenhuis, wordt stakeholdermanagement nog complexer aangezien delen van de organisaties met elkaar integreren.

*4. Hoe kan vanuit de transactiekosten theorie de ontwikkelingen in het nemen van risicodragend belang van een zorgverzekeraar in een ziekenhuis, het investeren in een ziekenhuis zonder zeggenschap en het selectief contracteren in ziekenhuizen verklaard worden?*

De transactiekostentheorie geeft een bedrijfseconomische verklaring voor verzelfstandiging op basis van het streven van organisaties naar economische efficiëntie. Transactiekosten zijn kosten die ontstaan bij het voorbereiden, sluiten, naleven en uitvoeren van transacties tussen partijen. De keuze tussen marktcontracten tussen organisaties of hiërarchische coördinatie via besturing bepaald de te kiezen organisatievorm met maximale economische efficiëntie. Over het algemeen heeft coördinatie via de markt, door concurrentie, de voorkeur. Enerzijds doordat transactiekosten via marktcoördinatie minder zullen zijn dan de extra bureaucratische kosten die de hiërarchie met zich meebrengt. Daarnaast is de flexibiliteit van de organisatie en de prikkel tot aanpassing groter in het geval van marktcoördinatie.

De bedrijfseconomische keuze van zorgverzekeraars voor hiërarchische coördinatie door het nemen van een risicodragend belang in een ziekenhuis wordt bepaald door de kosten die eraan verbonden zitten. Dit zijn de kosten verbonden aan het contract wat onderling wordt opgesteld over de nieuwe structuur. De kans dat informatie assymmetrie optreedt bepaalt hoe gedetailleerd het contract wordt en hoeveel beheerskosten eraan verbonden zitten. Daarnaast treden extra bureaucratische kosten op. Wanneer deze genoemde kosten lager zijn dan de kosten om elk jaar opnieuw een contract te sluiten om te concurreren, dan kan hiërarchische coördinatie de voorkeur genieten boven marktcoördinatie. Zijn deze kosten hoger dan zullen zorgverzekeraars een gunstigere contractvorm kiezen via marktcoördinatie. Dit kan door het aangaan van een meerjaren investeringsrelatie zonder zeggenschap, wat scheelt in transactiekosten. Ook kunnen voorkeursaanbieders aangewezen worden waarmee jaarlijks een contract wordt gesloten. In het geval van selectieve contractering zijn transactiekosten waarschijnlijk lager omdat niet met alle ziekenhuizen contractonderhandelingen worden gevoerd. Wel zitten er kosten verbonden aan het sturen van patiënten naar deze ziekenhuizen en de wellicht hogere prijzen van de niet-gecontracteerde ziekenhuizen waar verzekerden ook naartoe kunnen gaan. Het aangaan van meerjaren contracten lijken te resulteren in de minste transactiekosten omdat niet jaarlijks onderhandeld hoeft te worden met deze ziekenhuizen en er tevens ruimte is voor reguliere contracten met andere ziekenhuizen zodat er geen extra kosten optreden omdat er geen sprake is van niet-gecontracteerde zorg.

5. *Wat is de optimale verhouding, vanuit het perspectief van de Agency theorie en de Stewardship theorie, tussen de zorgverzekeraars en ziekenhuizen om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te waarborgen, kijken naar het nemen van risicodragend belang, het aangaan van een investeringsrelatie zonder zeggenschap en selectieve contractering?*

De Agency theorie beschrijft de beheersingsproblematiek verbonden aan een contractuele relatie. Uitgangspunt hierbij is dat de partijen nutmaximaliserende actoren zijn en in elkaar tegengestelde richting kunnen werken. Fundamentele problemen doen zich in deze relatie voor op het gebied van informatie asymmetrie. Dit moet beheerst worden. Hieraan zitten hoge transactiekosten verbonden. Hoe het contract wordt ingericht en welke beheersingsmethoden worden gekozen, en dus hoe hoog de transactiekosten zijn, hangt af van de mate van informatie asymmetrie en het gedrag van de agent.

De Stewardship theorie kijkt naar de mogelijkheden voor samenwerking op basis van vertrouwen in een contractuele relatie. Hierdoor zijn er minder kosten verbonden aan beheersing. In hoeverre een relatie op basis van vertrouwen mogelijk is hangt af van de exclusiviteit van de relatie. Hoe exclusiever de relatie hoe afhankelijker de partijen van elkaar zijn. Het vertrouwen kan daardoor toenemen. Het is denkbaar dat onderling vertrouwen niet alomvattend is en aanwezig is voor slechts bepaalde onderwerpen en niet het gehele werkgebied.

Of de relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen berust op vertrouwen of dat er gedetailleerde contracten worden opgesteld hangt onder andere af van de exclusiviteit, en dus de mate van afhankelijkheid van de relatie. Wanneer de onderlinge afhankelijkheid sterk is, bijvoorbeeld in een regio met weinig concurrentie en/of een groot marktaandeel in het ziekenhuis, dan is de verwachting dat een relatie met nadruk op vertrouwen levensvatbaar is. Desondanks zullen zorgverzekeraars altijd de risico's willen beheersen waardoor er agency kosten aanwezig zijn. In het geval van het nemen van een risicodragend belang is de relatie zeer exclusief, maar ook door selectieve inkoop of investeringsafspraken in een regio met weinig concurrentie kan de relatie exclusief zijn. Daar kan een meer stewardship benadering de beste resultaten geven op het gebied van kosten en prestaties. In regio's met veel onderlinge concurrentie of een klein marktaandeel in het ziekenhuis zijn zorgverzekeraars en ziekenhuizen minder afhankelijk van elkaar doordat er volop alternatieven zijn. Onderlinge afspraken en contracten zullen daar sneller beheerst moeten worden en is er sprake van een benadering meer vanuit de Agency theorie.



*6. Wat zijn de effecten van selectieve contracten en het nemen van risicodragend belang op de concurrentie op de zorgverlenings- en zorgcontracteringsmarkt?*

Verticale relaties door middel van contracten of integratie van bedrijfsorganisaties hebben de potentie om de efficiëntie in de zorgsector verhogen. Effecten op de kwaliteit van zorg zijn niet eenduidig en de toegankelijkheid van zorg neemt hierdoor over het algemeen af. Dit komt door de mogelijke concurrentiebeperking door verticale relaties. Mechanismen hiervoor zijn 'exclusiviteit', 'sabotage' en het 'waterbed-effect'. Exclusiviteit zal in de praktijk zich sneller voordoen in het geval van een verticale integratie dan bij verticale contracten. Het waterbed-effect, wat resulteert in de verdere vergroting van de marktmacht van een regionale zorgverzekeraar, kan zich voordoen bij zowel verticale contracten als verticale integratie, maar wordt verkleind doordat in Nederland regionale zorgverzekeraars landelijk opereren en geen onderscheid gemaakt mag worden in de premie. Sabotage doet zich alleen voor wanneer een ziekenhuis met marktmacht integreert met een zorgverzekeraar. Samenvattend kan worden gesteld dat uitsluiting van andere ziekenhuizen of zorgverzekeraars op markt zich het snelst voordoen in het geval van verticale integratie waar een partij met marktmacht bij betrokken is. Een fusietoets door de NMa moet uitwijzen of de welvaartsverlagende effecten opwegen tegen de welvaartsverhogende effecten om de integratie goed te keuren.

*7. Hoe tracht de zorgverzekeraar in de casuïstiek het risicodragend belang in het ziekenhuis vorm te geven en wat is het effect op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg?*

Zorgverzekeraar DSW wil samen met 6 regionale partners, en mogelijk meer partijen, een zorgcoöperatie oprichten voor het Vlietland ziekenhuis. Deze coöperatie wordt de enige aandeelhouders van het Vlietland ziekenhuis B.V. De coöperatie stelt zich ten doel te investeren in ketenzorg met de regiopartners en innovatieve- en kwaliteitsverbeteringsprojecten. Zorgverzekeraar DSW is een van de 7 aandeelhouders maar mandateert haar stem en inbreng via Stichting Phoenix, waaraan zorgverzekeraar DSW via een personele unie aan verbonden is. De inleg is 10 miljoen Euro in ruil voor 36% van de stemmen en is daarmee de grootste partij. Ook financiert zorgverzekeraar DSW de inbreng van de huisartsencoöperatie. De coöperatie oefent collectief zeggenschap uit over het ziekenhuis doordat het een deel van de Raad van Commissarissen van het Vlietland ziekenhuizen B.V. benoemt en doordat het steminstructies geeft aan de Algemene vergadering van Aandeelhouders van het ziekenhuis. Hierdoor heeft de coöperatie en dus ook zorgverzekeraar DSW invloed op de gang van zaken in het ziekenhuis. Hoe groot die invloed wordt is onduidelijk.

Het betreft hier een nieuwe vorm van een verticale relatie. Er is sprake van hiërarchische coördinatie maar niet van integratie omdat er sprake is van verschillende rechtspersonen met verschillende besturen. Daarnaast heeft zorgverzekeraar DSW slechts beperkt zeggenschap. De toegankelijkheid van zorg in de regio van het Vlietland ziekenhuis is erg hoog. Hoe zorgverzekeraar DSW om zal gaan met de toegang van niet-DSW verzekerden in het Vlietland ziekenhuis bepaalt of de toegang tot zorg voor hen hier wordt beperkt. Dit ligt niet voor de hand. Aangezien zorgverzekeraar DSW een regionale zorgverzekeraar is met marktmacht kan concurrentiebeperking zich voordoen waardoor andere zorgverzekeraar kunnen worden uitgesloten op de markt. De toegankelijkheid van zorg van verzekerden van andere verzekeraars kan daardoor in het geding komen. Vermoedelijk doen zich door de coöperatie positieve effecten voor, voor de kwaliteit van zorg. Door de extra financieringsbron in de coöperatie is het ziekenhuis in staat om projecten te doen die anders moeilijk mogelijk waren. Daarnaast wordt hiermee alternatief aanbod gecreëerd in een regio en daarmee de concurrentie verhoogd.

- 8.** *Wat is de houding van zorgverzekeraars ten aanzien van selectieve contractering, het aangaan van een investeringsrelatie zonder zeggenschap en het nemen van een risicodragend belang in ziekenhuizen en wat zijn volgens hen de effecten op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg?*

Zorgverzekeraars sluiten niet hele ziekenhuizen uit door selectieve zorginkoop vanwege de acceptatie van de klant en het gebrek aan objectieve kwaliteitsmeting om de selectie op te baseren. Daarnaast kunnen zij het zich door de afhankelijke relatie met ziekenhuizen niet veroorloven deze relatie door selectieve zorginkoop onder druk te zetten. Mogelijk gaat selectieve zorginkoop in de toekomst vaker plaatsvinden wanneer ziekenhuizen te hoge prijzen gaan vragen, de kwaliteit ontoereikend is of zorgverzekeraars efficiënter moeten gaan contracteren. Op dit moment wordt eerder gedifferentieerd ingekocht en individuele (meerjaren) afspraken met ziekenhuis gemaakt over de kwaliteit, volume en prijs. Een manier is het aanwijzen van voorkeursaanbieders die voor hun kwaliteit financieel beloond wordt. Ook wordt door zorgverzekeraars geïnvesteerd in kwaliteitsprojecten in de ziekenhuizen waarin zij een groot marktaandeel hebben. Hierover worden zakelijke afspraken gemaakt met contractuele resultaatverplichtingen. Deze individuele afspraken kunnen een positief effect hebben op de kwaliteit van zorg omdat ziekenhuizen een financieringsbron krijgen of kwaliteit in de prijzen wordt beloond. Wanneer alternatief aanbod wordt gecreëerd kan dit een prikkel zijn voor kwaliteitsverbetering bij andere ziekenhuizen. Hierbij doen zich niet direct problemen voor de toegankelijkheid van zorg voor.

Participatie in de 1<sup>e</sup> lijn en ZBC's, tevens ziekenhuiszorg, vindt al plaats in de zorgsector. Redenen hiervoor zijn de vermindering van het aanbod van zorg in een regio.

Zorgverzekeraars vervullen daarom vanwege hun zorgplicht een aanjaagfunctie. Zeggenschap krijgen over ziekenhuizen is voor zorgverzekeraars veelal geen optie. Het zou de relatie met het ziekenhuis en andere ziekenhuizen onnodig onder druk zetten terwijl men nog steeds in zekere mate afhankelijk blijft van elkaar. Daarnaast lijken er te hoge transactiekosten verbonden te zijn aan participatie. Participatie is daarnaast niet per definitie een stimulans voor kwaliteitsverbeteringen. De intensivering van de relatie kan resulteren in verminderde onderlinge concurrentie en starheid van de organisatie waardoor kwaliteitsverbeteringen mogelijk uitblijven. Wanneer participatie wel resulteert in alternatief aanbod en kortere wachtlijsten dan kan dit de keuzevrijheid en de toegankelijkheid van zorg verbeteren. Dit kan echter ook worden bereikt in een relatie zonder zeggenschap.

*9. Wat is de attitude van experts ten aanzien van selectieve contractering, zorgverzekeraars die een investeringsrelatie zonder zeggenschap aangaan met ziekenhuizen en het nemen van een risicodragend belang in ziekenhuizen en wat zijn de effecten op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg?*

Experts staan niet negatief tegenover selectieve zorginkoop en zien het als een manier om onderscheidend vermogen tussen zorgverzekeraars te creëren. De financiële voordelen van dit type inkoop, de acceptatie van de klant en kwaliteitsmetingen zouden nu belemmeringen vormen. Wel zou selectieve zorginkoop de concurrentie tussen ziekenhuizen kunnen verhogen waardoor de kwaliteit van zorg de potentie heeft te verbeteren. Met betrekking tot de toegankelijkheid van zorg doen zich meerdere positieve en negatieve effecten voor. Dit hangt van de marktpositie van de zorgverzekeraar, de hoogte van de eigen betaling van verzekerden en de effecten op de tijdigheid van zorg. Minder positief staan experts tegenover het selecteren van voorkeursaanbieders. De prikkel om de kwaliteit te verbeteren zou laag zijn en doordat zorgverzekeraars slechts beperkt in staat zijn om verzekerden te sturen zou het weinig opleveren. Kwaliteitswinst doet zich onvoldoende voor omdat er te weinig risico's zijn verbonden voor beide partijen. Er doen zich niet direct negatieve effecten voor op de toegankelijkheid van zorg.

Participatie in ziekenhuizen zien experts ook als optie omdat het onderscheidend vermogen creëert tussen zorgverzekeraars. Of de toegankelijkheid van zorg in het geding komt is sterk afhankelijk van de regio, de marktpositie en het gedrag van de zorgverzekeraar. Desondanks kan participatie resulteren in betere kwaliteit van zorg vanwege het extra eigen vermogen wat een zorgverzekeraar inbrengt. Daarnaast wijzen studies uit dat betrokkenheid van zorgverzekeraars soms leidt tot betere, maar zeker niet slechtere zorg. Dit is ook in mindere mate het geval in een investeringsrelatie zonder zeggenschap.

*10. Kunnen er criteria worden opgesteld waar het risicodragende deelname van zorgverzekeraars in een ziekenhuis, een investeringsrelatie zonder zeggenschap of selectieve contractering aan moet voldoen om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te waarborgen?*

Het concept van 'balances of power' in het driemarktenmodel geeft de onderlinge verhouding tussen de markten weer. De verhouding tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen op de zorgcontracteringsmarkt heeft effect op de andere twee markten en dus op de zorg die de patiënt uiteindelijk geleverd krijgt via zijn verzekering. Er bestaan verschillende zorgverzekeringen waardoor ziekenhuizen en zorgverzekeraars aan elkaar verbonden zijn in één of meerdere distributiekanaalen die jaarlijks opnieuw worden vormgegeven. Er is sprake van een wederzijdse afhankelijke relatie, ziekenhuizen zijn stakeholders. De klant verwacht volgens zorgverzekeraars en experts dat zorgverzekeraars alle ziekenhuizen betrekken in het kanaal en er optimale keuzevrijheid is. Daarom is een criteria bij de te kiezen contractuele samenwerkingsvorm, inclusief integratie, dat ziekenhuizen niet volledig mogen worden uitgesloten.

Het creëren van klantenwaarde is een doel van samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Volgens zorgverzekeraars en experts wordt waarde gecreëerd door te streven naar de best mogelijke kwaliteit voor een marktconforme prijs. Daarnaast moet de samenwerking een bijdrage leveren aan het aanbod op de zorgmarkt. Een criteria is daarom dat de samenwerkingsvorm tot stand moet komen op basis van kwaliteit en het doel moet hebben de kwaliteit te verbeteren.

Binnen contractuele samenwerkingen of integratie moet de samenwerking flexibel blijven zodat zorgverzekeraars bij slechte prestaties van ziekenhuizen uitwijkmogelijkheden hebben naar andere ziekenhuizen. De jaarlijkse inkooponderhandelingen geven de zorgcontracteringsmarkt een dynamisch karakter waar zorgverzekeraars op in moeten kunnen blijven spelen. Zorgverzekeraars moeten dus flexibel kunnen zijn in het contracteren van de ziekenhuizen zonder dat dit leidt tot hogere transactiekosten. Deze hogere kosten kunnen oorzaak zijn van hogere prijzen bij andere ziekenhuizen, of het verslechteren van de kwaliteit van zorg of het te duur worden van de zorg in het ziekenhuis waar een structurele samenwerking mee is aangegaan. De samenwerkingsvorm wat leidt tot maximale economische efficiëntie heeft de voorkeur.

De keuzevrijheid van de patiënt moet daarnaast ook flexibel zijn zodat uitwijkmogelijkheden naar andere ziekenhuizen (dan de ziekenhuizen waar de betreffende zorgverzekeraar een contractuele relatie mee heeft of mee is geïntegreerd) niet leidt tot een onacceptabel hoge eigen financiële bijdrage. Ook mag de samenwerkingsvorm niet leiden tot verminderde toegang van patiënten van andere zorgverzekeraars in het ziekenhuis.

Een laatste criteria is dat de samenwerkingsvorm de concurrentie op de zorgmarkt niet verkleind. Met name in het geval van meer langdurige contractuele relaties of integratie moet gewaakt worden voor het waterbed-effect; een zorgverzekeraar met marktmacht breidt zijn macht in de regio verder uit ten koste van de onderlinge concurrentie. Concurrentie kan juist worden vergroot wanneer de samenwerkingsvorm resulteert in alternatief zorgaanbod.

*11. Wat is voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg de meest gunstige contractuele samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, zoals het nemen van risicodragend belang, het aangaan van een investeringsrelatie zonder zeggenschap of selectieve contractering?*

Selectieve zorginkoop waarbij ziekenhuizen volledig worden uitgesloten van contractering doet zich nauwelijks voor. Zorgverzekeraars zeggen wel gedifferentieerd zorg in te kopen waarbij slechts specialismen of bepaalde behandelingen niet worden gecontracteerd. Dit dient te gebeuren op basis van kwaliteitsgegevens die moeilijk objectief te verkrijgen zijn. Men is ook erg terughoudend in gedifferentieerd contracteren vanwege de afhankelijke relatie met ziekenhuizen waarmee jaarlijks opnieuw onderhandelt moet worden. Ziekenhuizen worden beschouwd als stakeholders en dienovereenkomstig behandeld. Wanneer gedifferentieerde zorginkoop de relatie met ziekenhuizen onder druk zet dan kunnen effecten optreden, op het gebied van hogere transactiekosten bij de ziekenhuizen waar slechts een deel van de zorg is ingekocht. Uitwijkmogelijkheden naar andere ziekenhuizen worden daardoor verminderd. De vraag is of dan nog op basis van kwaliteit en voor een marktconforme prijs zorg ingekocht kan worden. Daarnaast eist de klant optimale keuzemogelijkheden en kunnen zij zorgverzekeraars afstraffen door over te stappen naar een andere zorgverzekeraar.

Zorgverzekeraars zeggen niet snel een risicodragend belang in een ziekenhuis te willen nemen. Het levert een structurele relatie op voor de lange termijn die ten koste gaat van de flexibiliteit die behouden moet worden vanwege de jaarlijkse inkooponderhandelingen. Ook moeten er uitwijkmogelijkheden blijven bestaan naar andere ziekenhuizen wanneer de kwaliteit van zorg verslechterd of de prijzen te hoog worden in het ziekenhuis waarin een belang is genomen. Door het nemen van een risicodragend belang, ook wel integratie, kunnen transactiekosten verlaagd worden door de vereenvoudiging van de administratie, maar nemen de bureaucratische kosten binnen de geïntegreerde organisatie toe. De keerzijde is dat integratie de relatie met andere ziekenhuizen onder druk zet waardoor zij de transactiekosten zullen verhogen en dit ten koste gaat van de uitwijkmogelijkheden voor zowel de zorgverzekeraar als de patiënt. De betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg wordt hierdoor aangetast. Met name wanneer een zorgverzekeraar met marktmacht een

risicodragend belang neemt in een ziekenhuis, dan kunnen er gevaren voor concurrentiebeperking optreden.

Het aangaan van een contractuele samenwerking zonder het nemen van een risicodragend belang vindt veelvuldig plaats in de zorgcontracteringsmarkt. Wanneer samengewerkt wordt zonder zeggenschap blijven beide organisaties flexibel. Op de zorgcontracteringsmarkt wordt dit vormgegeven doordat zorgverzekeraars voorkeursrelaties met ziekenhuizen aangaan en zorgverzekeraars aanvullende financiële middelen beschikbaar stellen in ziekenhuizen waarin zij een groot belang hebben. Beide manieren versterken de onderlinge relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Belangrijk is tussen beide onderscheid te maken in korte en lange termijn relaties omdat dit de mate van flexibiliteit bepaald. Het selecteren van voorkeursaanbieders vindt elk jaar plaats en de versterkte onderlinge relatie wordt dus jaarlijks bepaald. Het beschikbaar stellen van aanvullende financiële middelen buiten de reguliere contracten verbindt beide partijen meerdere jaren. Voor zowel het aangaan van een voorkeursrelatie of het aangaan van een investeringsrelatie liggen contractuele resultaatverplichtingen aan de relatie ten grondslag. Zorgverzekeraars kiezen ervoor controle kosten, zoals monitoring costs, te betalen in ruil voor financiële zekerheid wanneer resultaten wel of niet worden behaald. In het geval van een voorkeursrelatie zijn die controle kosten de jaarlijkse meting van kwaliteitsparameters en de kosten voor het overstappen naar een andere voorkeursaanbieder. In het geval van een investeringsrelatie zitten de controle kosten in het monitoren van de projecten waarin gefinancierd is of de kosten voor de breuk in de relatie wanneer niet aan de resultaatverplichting wordt voldaan.

De prikkel voor concurrentie bij het aanwijzen van voorkeursaanbieders is hoog omdat jaarlijks onderhandeld blijft worden en ziekenhuizen zich keer op keer om de gunst van de zorgverzekeraar moeten bewijzen. De marktpositie van de zorgverzekeraar bepaalt wel in hoeverre de concurrentie met andere zorgverzekeraars in stand blijft. Het aangaan van een investeringsrelatie zonder zeggenschap vindt daarentegen alleen plaats in ziekenhuizen waarin een zorgverzekeraar een groot marktaandeel heeft en kan concurrentie worden verminderd door het waterbed-effect.

### **6.3 Antwoord op de probleemstelling**

De antwoorden op de deelvragen hebben geleid tot beantwoording van de probleemstelling, Deze probleemstelling betreft; *Wat zijn de mogelijkheden en beperkingen betreffende de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor zorgverzekeraars in hun strategische keuzes om selectiever gaan contracteren, een voorkeursaanbieders of investeringsrelatie met ziekenhuizen aan gaan of een risicodragend belang te nemen in ziekenhuizen?*

Tabel 2: Factoren omtrent contracteren of integreren

	<b>Selectieve zorginkoop</b>	<b>Integreren (risicodragend belang)</b>	<b>Investeren zonder zeggenschap</b>	<b>Voorkeursrelatie</b>
<b>Volledige uitsluiting</b>	Ja, mits gedifferentieerde inkoop	Nee	Nee	Nee
<b>Selectiefactor</b>	Kwaliteitsparameters	Marktaandeel	Marktaandeel, investeringsplan en potentie van het ziekenhuis	Kwaliteitsparameter
<b>Effect op relatie met ziekenhuizen</b>	Negatief effect op niet-geselecteerde ziekenhuizen	Negatief effect op andere ziekenhuizen	Aanwezig wanneer de zorgverzekeraar weinig vertrouwen heeft in het ziekenhuis en daardoor niet investeert	Beperkt aanwezig, wanneer ziekenhuizen met groot marktaandeel van de zorgverzekeraar niet geselecteerd worden
<b>Flexibele organisatie met uitwijkmogelijkheden</b>	Ja, mogelijkheid om jaarlijks te selecteren	Beperkt vanwege de geïntegreerde organisatie	Ja, afhankelijk van de investeringstermijn	Ja, mogelijkheid om jaarlijks te selecteren
<b>Type transactiekosten</b>	Selectie ziekenhuizen en meting kwaliteit. Jaarlijkse overstapkosten.	Bureaucratische kosten en minder onderlinge transactiekosten. Verhoogde transactiekosten bij andere ziekenhuizen.	Standaard transactiekosten en monitoring kosten	Selectie ziekenhuizen en meting kwaliteit. Jaarlijkse overstapkosten.
<b>Agency of Stewardship</b>	Agency: alles is jaarlijks contractueel geregeld	Stewardship: Bureaucratische kosten in plaats van contractkosten	Agency: resultaatverplichtingen opgenomen in contracten	Agency: jaarlijkse toetsing van kwaliteit aan contractafspraken onafhankelijk van relatie met het ziekenhuis
<b>Gevaren voor uitsluiting van concurrentie</b>	Ja, via exclusiviteit e waterbed-effect	Ja, via exclusiviteit, waterbed-effect en sabotage	Ja, via exclusiviteit bij investering in ziekenhuizen met marktmacht en bij investering enkel in ziekenhuizen waar een groot marktaandeel is.	Beperkt, via exclusiviteit als schaalvoordelen optreden door sturing van patiënten.

Mogelijkheden en beperkingen liggen gelegen in de criteria die zijn geformuleerd en de aspecten rondom de theoretische concepten die zijn gepresenteerd. Deze zijn schematisch weergegeven in tabel 2.

Essentieel is de erkenning van de wederzijdse afhankelijkheid van zorgverzekeraars en ziekenhuizen en de invloeden hiervan op de andere deelmarkten. Hier hangen alle overige aspecten mee samen. Aangezien het grootste deel van de zorg nog bestaat uit het A-segment waarvoor contracteerplicht geldt, kunnen zorgverzekeraars ziekenhuizen nog niet volledig uitsluiten en blijven beide partijen in zekere mate van elkaar afhankelijk. Hier komt uit voort dat de organisatie flexibel moet blijven voor uitwijkmogelijkheden zonder dat transactiekosten sterk verhoogd worden en de zorg dus betaalbaar en toegankelijk blijft. De mogelijkheden voor selectieve zorginkoop worden daardoor beperkt. Wel doen zich kansen voor, voor gedifferentieerde zorginkoop waar sprake is van uitsluiting van slechts een deel van de zorg. Andersom kunnen ook voorkeursaanbieders voor specifieke aandoeningen worden geselecteerd waar extra volume wordt ingekocht en hogere tarieven worden betaald. Dit zet de relatie met ziekenhuis in vergelijking met gedifferentieerde inkoop minder op scherp waardoor uitwijkmogelijkheden aanwezig blijven zonder dat transactiekosten sterk worden verhoogd.

Wanneer geïnvesteerd wordt in een ziekenhuis ligt de keuze voor het nemen van zeggenschap of niet, in de effecten op transactiekosten en de beperkingen vanwege mededigingsaspecten. Een benadering meer volgens het stewardship principe, in het geval van integratie, resulteert in minder onderlinge contractkosten, hogere transactiekosten bij andere ziekenhuizen maar in meer bureaucratische kosten. Een benadering meer volgens het agency principe, door het niet nemen van zeggenschap maar het opnemen van resultaatverplichtingen in het contract, resulteert in hoge contract kosten, afwezigheid van onderlinge bureaucratische kosten en beperkte hogere transactiekosten bij andere ziekenhuizen omdat de investering niet direct betrokken is bij de zorginkoop. Dit is wel het geval wanneer voorkeursaanbieders worden geselecteerd vanwege de overstapkosten binnen de zorginkoop. Zoals vermeld in de tabel zijn verschillende uitsluitingsmechanismen voor concurrentie van toepassing op de verschillende samenwerkingsvormen. Bij de te kiezen vorm moet hiermee dus eveneens rekening gehouden worden.

Bij het vergelijken van een investeringsrelatie met en zonder zeggenschap valt op dat er veel overeenkomsten tussen beide samenwerkingsvormen te ontdekken zijn. Uit de literatuur blijkt dat zowel verticale contracten als verticale integratie de kwaliteit van zorg kan verbeteren maar vaak de toegankelijkheid van zorg verminderen. Desondanks zijn er voor met name integratie veel beperkingen, vanwege de potentie om de concurrentie op de markt te verminderen. De beperkte flexibiliteit door integratie wordt gezien als groot nadeel door



zorgverzekeraars. Om de betaalbaarheid van zorg op peil te houden moeten zorgverzekeraars een economische efficiënte organisatievorm kiezen. Voor hen is flexibiliteit op de contracteringsmarkt en afspraken binnen contracten een voorwaarde om met de dynamiek van de markt mee te bewegen.

Alles samen genomen is een benadering die meer uitgaat van het agency principe, dus door een contractuele relatie in plaats van integratie, het uitgangspunt in de zorgmarkt omdat op deze manier controle behouden blijft op de organisatie en omgeving.

## 6.4 Discussie

In onderstaande alinea's wordt gereflecteerd op de gehanteerde methode, op de rol van de onderzoeker en op het gebruik van de theorie. Tevens zullen een aantal zwakke en sterke punten van het onderzoek aan bod komen.

### 6.4.1 Reflectie op de gehanteerde methode

De gehanteerde methode was kwalitatief onderzoek ondersteund door literatuuronderzoek. Dit bleek een goede methode te zijn om de onderzochte problematiek te onderzoeken. Het onderzoek betrof een studie naar samenwerkingsvormen waar in de praktijk nog niet altijd mee gewerkt wordt. Daarom boden de interviews een goede mogelijkheid om in te gaan op deze nieuwe samenwerkingsvormen en verder door te vragen. De meeste conclusies zijn daarom getrokken op basis van de informatie die in gekregen uit het gehele verloop van het gesprek. Het tijdsbestek van een interview bleek echter vrij kort voor het groot aantal te onderzoeken onderwerpen. Dit had opgeheven kunnen worden door een deel van het onderzoek te doen door middel van observatie. De bestaande praktijk had zo onderzocht kunnen worden en had het interview meer verdiepend kunnen zijn. Een mogelijkheid voor observaties zou het bijwonen van zorginkoop onderhandelen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn geweest. Echter, de geïnvesteerde tijd zou hierdoor te omvangrijk zijn geworden voor het tijdsbestek wat staat voor dit onderzoek.

Dit onderzoek is belicht vanuit de kant van zorgverzekeraars. De grootste zorgverzekeraars in Nederland zijn daarom geïnterviewd en dus is deze selectie representatief voor alle zorgverzekeraars in Nederland. Vanuit de zorgverzekeraars zijn zowel directeuren als contractmanagers gesproken. Tijdens de interviews viel het op dat met name de directeuren in staat waren om te kijken naar toekomstige mogelijkheden voor de vormen van samenwerking. Hierdoor bleek het niet mogelijk bij alle geïnterviewden na te gaan wat de ontwikkelingen op de zorgmarkt voor effect zullen hebben op hun inkoopstrategie in de toekomst. De onderzochte experts bleken allemaal een vrij eigen visie te hebben op de te onderzoeken samenwerkingsvormen. Dit maakte het lastig deze gegevens te bundelen maar gaf daarnaast wel een brede kijk op het onderzoeksthema. Voor de representativiteit van het

onderzoek hadden daarom meer experts onderzocht moeten worden. Daarnaast is slechts één ziekenhuis geïnterviewd ten behoeve van de casus van de zorgcoöperatie. De interview bleek ook waardevol voor de overige te onderzoeken onderwerpen. Voor de datatriangulatie hadden meer ziekenhuizen geïnterviewd moeten worden om ook hun kant van de medaille mee te wegen in het onderzoek.

Een beperking aan dit kwalitatief onderzoek is dat slechts zachte uitspraken kunnen worden gedaan over de te kiezen samenwerkingsvorm, het is een verkennend onderzoek. Dit resultaat geeft echter wel een goede beeld van de problematiek en een uitgangspunt voor kwantitatief onderzoek waarin cijfermatig scenario's geschetst kunnen worden en de effecten van de verschillende onderzochte samenwerkingsvormen tegen elkaar kunnen worden afgewogen.

#### **6.4.2 Reflectie op de rol van de onderzoeker**

De rol van de onderzoeker speelt een belangrijke rol bij kwalitatief onderzoek. Enerzijds moet deze rol beperkt worden om het onderzoek zijn objectiviteit te behouden. Anderzijds, moet er in zekere mate interpretatie van de onderzoeker plaatsvinden om sommige aspecten aan elkaar te kunnen verbinden. De interpretatie is desondanks zo minimaal mogelijk gehouden. Dit is bereikt door de interviews op te nemen om deze vervolgens volledig uit te werken tot een transcript. De transcripten konden zo eenvoudig worden gecodeerd en met elkaar worden vergeleken op overeenkomsten en verschillen. Deze vergelijking vergt in beperkte mate de interpretatie van de onderzoeker maar is deze door de gehanteerde methode beperkt gebleven.

#### **6.4.3 Reflectie op het gebruik van de theorie**

De theorie die is gebruikt vormt het kader van het onderzoek. Daartoe is onderscheid gemaakt tussen de theorie die is gebruikt om de context van dit onderzoek toe te lichten en theorie, gebruikt als basis voor de interviews en voor de vergelijkende analyse.

Voor het beschrijven van de context is uitgebreid beschreven hoe de gezondheidszorgmarkt eruit ziet. Een centraal punt is het driemarktenmodel wat de onderlinge afhankelijkheden van de verschillende markten en marktpartijen weergeeft. Deze afhankelijkheid vormt de basis van dit onderzoek en komt overal in terug en is daarom een centraal aspect.

Voorts zijn verschillende modellen gebruikt voor het theoretisch kader. Door de onderlinge afhankelijke relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen is gekozen om te werken vanuit de marketingtheorie van stakeholdermanagement. De relatie tussen beide partijen vormt tevens de basis voor de kosten die zijn verbonden aan de transacties in het inkooptraject of bij integratie. Om deze kosten in kaart te brengen is de transactiekostentheorie gebruikt. De Agency theorie en Stewardship theorie geeft inzicht in de te kiezen samenwerkingsvorm; op basis van wantrouwen door gedetailleerde contracten

of op basis van vertrouwen. Als laatste is actuele literatuur gezocht rondom verticale relaties en het effect op concurrentie in de markt, belangrijk vanwege de geregleerde concurrentie in de zorgmarkt. Met het gebruik van deze theorieën is een breed ondersteunend kader voor het onderzoek geschetst waarin verschillende facetten worden belicht.

Door het brede theoretisch kader is slechts oppervlakkig op de verschillende gebieden ingegaan. In vervolg onderzoek zouden de aspecten apart in verschillende onderzoeken onderzocht kunnen worden om het onderzoek een meer verdiepend karakter te geven.

#### **6.4.4 Sterke punten van het onderzoek**

Dit onderzoek heeft een aantal sterke kanten. Een van de sterke punten is de grote representativiteit van de zorgverzekeraars in dit onderzoek. Aangezien dit onderzoek gaat over de strategische keuzes van deze verzekeraar is dit een vereiste. Daarnaast is het onderzoek onafhankelijk uitgevoerd waarbij diverse maatregelen zijn genomen om een betrouwbaar en valide onderzoeksresultaat te behalen. De onderzoeker was daarbij een objectieve buitenstaander zonder belangen in het eindresultaat.

Een sterk punt van dit onderzoek is de actualiteit waar het op inspeelt. In de media wordt veelvuldig geschreven over de relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Dit jaar deed zich voor het eerst een situatie voor waarbij een zorgverzekeraar publiekelijk aangaf een risicodragend belang te nemen in een noodlijdend ziekenhuis. Door het voornemen liepen de commoties hoog op. Dit vormde een aanleiding voor dit onderzoek. Door het innemen van risicodragend belang te vergelijken met andere samenwerkingsvormen is een interessante invalshoek gekozen en kunnen verwachtingen voor de toekomst worden geschetst. Het onderzoek biedt daarmee aangrijppunten voor zorgverzekeraars maar ook voor de overheid.

Daarnaast biedt dit onderzoek inzicht in hoe zorgverzekeraars het beste om kunnen gaan met ziekenhuizen en hoe zij hun bedrijfsvoering kunnen optimaliseren. In de veranderende zorgmarkt en de prikkels om efficiënter te werken is dit onderzoek daarom relevant. Wanneer de bedrijfsvoering wordt geoptimaliseerd en samengaat met goede relaties met ziekenhuizen en dienovereenkomstig goede zorginkoop, dan biedt dit kansen voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg; belangrijke publieke belangen. Zorgverzekeraars hebben hierin een centrale rol gekregen en krijgen hiervoor verantwoordelijkheid. Dit onderzoek draagt daar aan bij. Uiteindelijk kan de patiënt hiervan zijn vruchten plukken en komt het ook ten goede aan de betaalbaarheid van de zorg.

## 6.5 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek en aan zorgverzekeraar, de centrale actor in dit onderzoek.

### 6.5.1 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Bovenstaande reflectie levert aanbevelingen voor vervolgonderzoek op. Eerder werd beschreven dat de gebruikte theorie divers is en daarom het theoretisch kader een brede invalshoek heeft. In vervolgonderzoek kan het daarom waardevol zijn om dieper in te gaan op de verschillende theoretische benaderingen. Dit onderzoek biedt daarvoor een goed aangrijpingspunt.

Daarnaast is dit onderzoek uitgevoerd vanuit het perspectief van zorgverzekeraars. Hiervoor zijn ook experts betrokken bij het onderzoek. Vervolgonderzoek rondom dit thema zou zich kunnen richten op de ziekenhuizen om een ander licht op het te onderzoeken thema laten schijnen. Dit zou een aanvulling zijn op dit onderzoek.

Dit onderzoek richt zich op de cure-sector, de ziekenhuiszorg. Het effect van het beleid van zorgverzekeraars op de professionele autonomie is niet onderzocht. Aangezien het aannemelijk is dat hier een spanningsveld is, zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op de gevolgen van verschillende samenwerkingsvormen op de professionele autonomie.

De ziekenhuiszorg als invalshoek belicht slechts een gedeelte van de zorg die geleverd wordt in Nederland. Dit onderzoek zou ook uitgevoerd kunnen worden met de invalshoek van andere zorgaanbieders. Met name de rol van huisarts als verwijzer is interessant om te onderzoeken omdat deze een grote invloed heeft op de patiëntenstroom. Dit is daarom voor zorgverzekeraars interessant omdat zij in hun beleid hier rekening mee moeten houden. Daarnaast is steeds vaker te zien dat huisartsen deelnemen in ketens, zoals bij de deelname in de zorgcoöperatie. De rol en professionele autonomie van de huisarts bevindt zich hierin in een spanningsveld.

Een aanbeveling is om een vergelijkbaar onderzoek over een 3 jaar weer uit te voeren om de effecten van de verdere uitbreiding van het B-segment te onderzoeken. De verwachting is dat dit de onderlinge relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen verder op scherp zet en de noodzaak voor zorgverzekeraars om een efficiëntieslag in hun inkoop te maken wordt vergroot. Veranderingen in keuzes en prioriteiten kunnen zich gaan voordoen.

### 6.5.2 Aanbevelingen aan zorgverzekeraars

Het literatuuronderzoek, het empirisch onderzoek en de confrontatie tussen beide leiden ook tot aanbevelingen voor de zorgverzekeraars;

- Onderzoek welke samenwerkingsvorm leidt tot een efficiënte bedrijfsvoering en de beste koppeling met de verkoop van polissen. Blijf dit onderzoek geregeld doen om de strategie te kunnen bijstellen.
- Blijf voortdurend klantenonderzoek en marktonderzoek doen om het inkoopbeleid hiermee te kunnen blijven afstemmen en gevoel te houden voor de dynamiek op de zorgmarkt. Dit onderzoek moet gedaan worden onder zowel de eigen verzekerden, verzekerden van andere zorgverzekeraar en ziekenhuizen.
- Hou ten alle tijden een goede onderlinge relatie met ziekenhuizen in ogenschouw bij de activiteiten die op de zorgmarkt worden ondernomen. Het ziekenhuis is voor de zorgverzekeraar een van de belangrijkste stakeholders en dient dienovereenkomstig behandeld te worden.
- Probeer je te onderscheiden op de zorgverzekeringsmarkt zodat de organisatie een duidelijke positie kiest ten aanzien van de stakeholders. Onderscheidend vermogen lijkt te halen te zijn in de relatie en samenwerking met ziekenhuizen en de effecten die het teweeg kan brengen op het gebied van kwaliteit.
- Bedien op de zorgverzekeringsmarkt verschillende klantengroepen met divers aanbod zodat er verschillende relaties kunnen worden opgebouwd met ziekenhuizen.
- Ga met andere zorgverzekeraars om de tafel om een uniforme set van kwaliteitscriteria samen te stellen welke als basis voor de selecties kunnen worden gebruikt. Dit maakt het voor ziekenhuizen eenvoudiger om aan de criteria te voldoen en door de uniformiteit geven zorgverzekeraars een beter beeld af.
- Wees zorgvuldig in het nemen van belang in ziekenhuizen. De klant is hierover zeer kritisch en er zijn veel bedreigingen voor de concurrentie op de markt. De praktijk zal moeten uitwijzen wat de effecten zijn op de transactiekosten.
- Investeer in de ziekenhuizen waarin een groot marktaandeel is. In dit ziekenhuis is daarmee onderscheidend vermogen te creëren. Zorg daarbij voor de zichtbaarheid van zorgverzekeraars als financierder. Dit draagt bij aan het verminderen van het slechte imago van zorgverzekeraars als prijsvechters.
- Onderzoek of ook samengewerkt kan worden met andere zorgverzekeraars op het gebied van investeren in ziekenhuizen. Hier liggen kansen voor ziekenhuizen waarin nog weinig geïnvesteerd wordt omdat er een divers belang is voor zorgverzekeraars.
- Durf keuzes te maken in het maatschappelijk verantwoord ondernemen aangaande de strategie. De zorgmarkt is aan vele veranderingen onderhevig en creativiteit is geboden. Aan alle keuzes zitten veel kansen en bedreigingen verbonden. Nieuwe, innovatieve samenwerkingsvormen kunnen resulteren in verassende resultaten die door de complexiteit van de zorgmarkt niet altijd te voorspellen zijn. Durf daarom iets nieuws te proberen.

# Referentielijst

Bijlsma, M., Shestalova, V. 2009. *Fusies tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen*. CPB.

Bijlsma, M. Meijer, A. Shestalova, V. (2008). *Vertical Relationships Between Health Insurers and Healthcare Providers*, CPB Document 167, Den Haag: CPB.

Brandenburg, C. 2008. *A transaction Cost Analysis of Dutch Hospital Care*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Bogt ter, H.J. 1998. *Neo-institutionele economie, management control en verzelfstandiging van overheidsorganisaties overwegingen voor verzelfstandiging en effecten op efficiëntie en financieel-economische sturing*. Rijksuniversiteit Groningen.

Bouillon, M.L., Ferrier, G.D., Stuebs jr., M.T., West, T.D. 2006. *The economic benefit of goal congruence and implications for management control systems*. Journal of Accounting and Public Policy. 2006. (nr 25): 265-298

Child, P., Heywood, S. Kilger, M. *Do Retail Brands Travel?* McKinsey Quarterly, Januari 2002. : 11-13

Coughlan, A., Andersen, T., Louis, W., 2006. *Chapter 6 Channel Power: Getting It, Using It, Keeping It* (pp. 196 – 238). Marketing Channels. 2006. 7e Editie. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Creswell, J.W. 2003. *Research Design Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications (2e druk).

Davis, J., Schoorman, F. Donaldson, L. 1997. *Toward a stewardship theory of management*. Academy of Management Review. Nr. 22 (1): 20-47

Donaldson, L. Davis, J. 1991. *Stewardship theory or agency theory, CEO governance and shareholder returns*. Australian Journal of Management. Nr. 16:49:64

Essers, M.J.J.M., Hermans, H.E.G.M., Sluijs, J.J.M. 2008. *Aanbesteden & mededinging in de gezondheidszorg*. De betekenis van het recht inzake aanbesteding mededinging en marktordening voor de gezondheidszorg. Houten. Bohn Stafleu van Loghum. 2008

Ganzendam, H.W.M., Homburg, V.M.F. 1999. *Efficiëntie en verzelfstandiging. Economische en politieke efficiëntie als verklaring voor verzelfstandigen*. Bestuurskunde. Jaargang 8, (nr.1):19-27

Hamilton, G.J.H. 2008. *Hoofdlijnen zorgverzekeringswet: Zorgverzekeringswet en Wet op zorgtoeslag*. plaatsnaam Kluwer. 2008

Heida, J.P. 2008. *Onderhandelen met zorg*. Achtergrondstudie van Gupta Strategists uitgebracht door de Raad van de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Zorginkoop. Gupta Strategists. Den Haag: RVZ.

Hermans, H.E.G.M. 2009. *Participatie van zorgverzekeraars in ziekenhuizen*. Zorg & Financiering. 2009 (nr.3): 10-22

Kapteijns, J. (1998) *Belang bij reïntegratie?* Afstudeerscriptie KUB Tilburg

KiesBeter.nl wijst u de weg in de zorg. 2009. *Zorgverzekeringen*. [internet] KiesBeter. [geraadpleegd op 18 februari 2009]. Bereikbaar op <http://www.kiesbeter.nl/Zorgverzekeringen/Algemeen/Begrippen/>

Klink. 2007. *Met zorg ondernemen*. Kamerstuk 2007. [internet] Ministerie van VWS. [geraadpleegd op 17 februari 2009]. Bereikbaar op [http://www.minvws.nl/images/mc-2783995a\\_tcm19-149732.pdf](http://www.minvws.nl/images/mc-2783995a_tcm19-149732.pdf)

Kotler, P., Keller, K.L. *Marketing Management*. Upper Saddle River, New Jersey 07458: Pearson Education/Prentice Hall. 2006 (13<sup>e</sup> edition).

Kumar, N. *The Power of Trust in Manufacturer-Retailer Relationships*. Harvard Business Review 76. 1996 (nr. 6): 92-106

Lapré, R., Van Montfort, G. 1999. *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier / De Tijdstroom.

Lapré, R., Rutten. F., Schut, E. 2001. *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg. [1999]

Nederlandse Zorgautoriteit. 2008. *Mogelijke gevolgen kredietcrisis*. Utrecht, 30 oktober 2008.

Maarse, J.A.M. 2001. *De hervorming van de gezondheidszorg*. Bestuurskunde. Jaargang 10 (nr. 5):186:196

Mackenbach, J.P., Van der Maas, P.J. 2007. *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg.

Meurs, P., Van der Grinten, T. 2005. *Gemengd besturen. Besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg*. Academic service.

Ministerie van VWS. 2005. Werken met DBC's [internet] Ministerie van VWS [geraadpleegd op 14 februari 2009]. Bereikbaar op <http://www.werkenmetdbcs.nl/achtergrondinfo/samenvatting-nieuwe-financiering/>

Nederlandse Zorgautoriteit. 2007a. Visiedocument Richting geven aan keuzes. Utrecht: NZa.

Nederlandse Zorgautoriteit. 2007b. Monitor zorverzekeringsmarkt. Utrecht: NZa.

Nederlandse Zorgautoriteit 2008. Mogelijke gevolgen kredietcrisis. (brief aan Min VWS)

NYFER. 2003. *Stelselwijziging in de zorg: geef verzekeraars de ruimte*. NYFER, Breukelen, maart 2003

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2008. *Zorginkoop*. Den Haag, 2008.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2006. *Management van vastgoed in de zorgsector*. Zoetermeer, 2006.

RIVM. 2008. Zorgbalans 2008.

[http://www.rivm.nl/vtv/object\\_class/zb2008toegankelijkheid.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_class/zb2008toegankelijkheid.html) 11 december 2008.

Simon, H. 1991. *Organizations and markets*. Journal of Economic Perspectives. Nr. 5 (2): 25-44



Smith, P.C. et al. (1997) *Principal-agent problems in health care systems: an international perspective*. Health Policy, nr. 41 p.37-60

Van Zoelen, G. 2009. Powerpoint presentatie: *Marktwerking in de zorg*. Vlietland ziekenhuis. Mei 2009.

Wilthagen, T.C.J.M. 2003. *De overgankelijke arbeidsmarkt en het onvergankelijke sociaal recht*. Universiteit van Tilburg. 28 november 2003.

Williamson, O.E. 1975. *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications; a Study in the Economics of Internal Organisation*. The Free Press. New York. [1975]

Williamson, O.E. 1985. *The Economic Institutions of Capitalism*, The Free Press, New York. [1985]

Document x is een document waarvan de inhoud is gebruikt maar de bronvermelding buiten beschouwing moest worden gelaten.

#### Mondelinge bronnen:

Naast bovenstaand beschreven literatuur zijn de volgende interviews afgenomen;

Alma, R. Roland Berger. In telefonisch interview op 10 april 2009.

Gerrits, O. Achmea. In persoonlijk interview op 4 mei 2009.

Gijzen, J. CZ. In persoonlijke interview op 28 april 2009.

Hermans, H. NVZ. In persoonlijk interview op 26 maart 2009.

Huizinga, A. UVIT. In persoonlijk interview op 19 mei 2009.

Jeurissen, P. RVZ. In persoonlijk interview op 20 april 2009.

Oomen, C.DSW. In persoonlijk interview op 19 maart 2009.

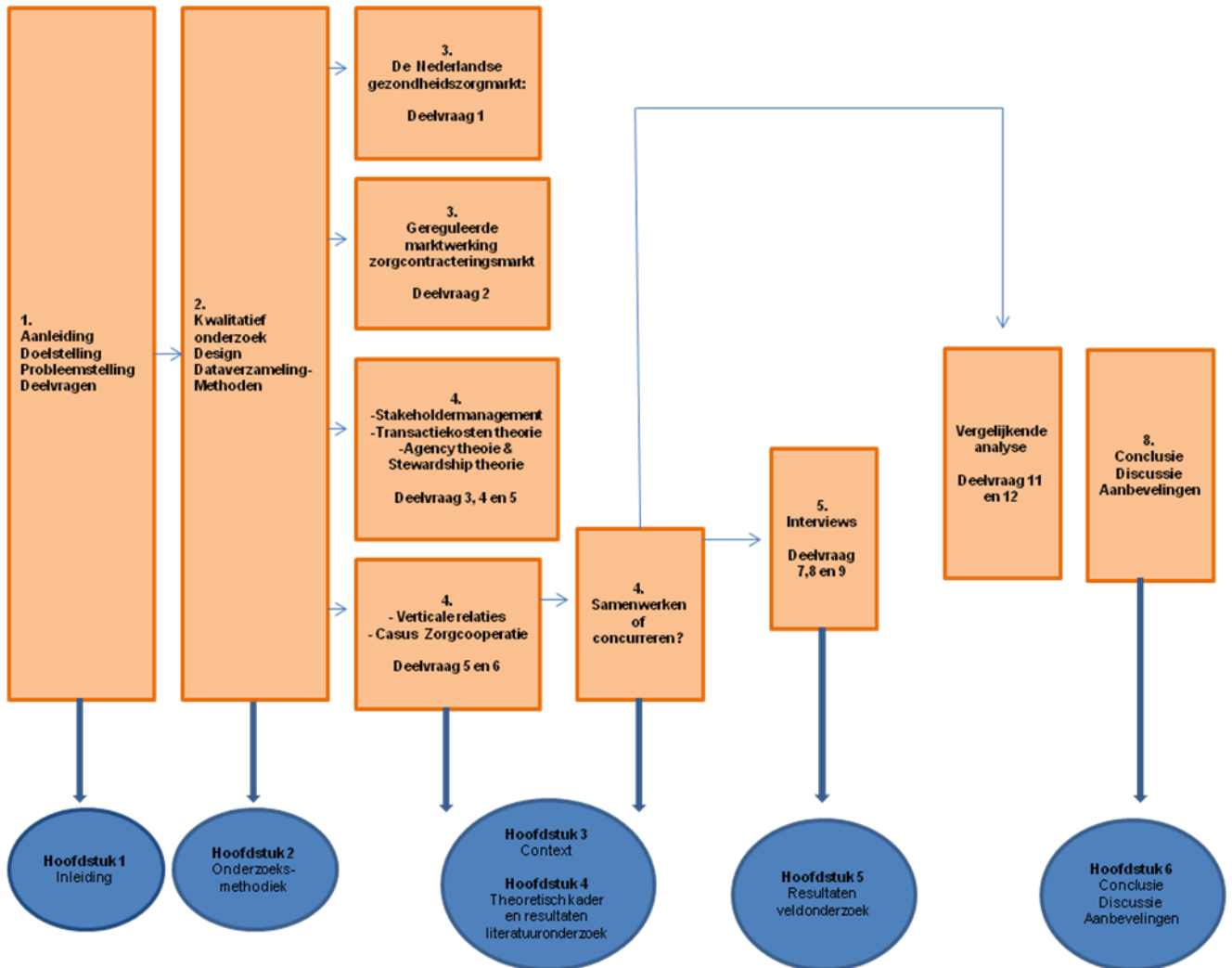
Tieleman, M. Menzis. In persoonlijk interview op 4 mei 2009.

Van Montfort, G. Prismant. In persoonlijk interview op 3 april 2009.

Van Zoelen, G. Vlietland ziekenhuis. In persoonlijk interview op 30 maart 2009.

# Bijlagen

## Bijlage 1: Conceptueel model



## Bijlage 1: Vragenlijsten interviews

Alle interviews hadden de opbouw van referentiekader, bestaande praktijk en de onderzoekende vragen. De semi-gestructureerde vragenlijsten vormen de leidraad voor het interview. Verschillende vragenlijsten zijn gebruik voor de verschillende doelgroepen en respondenten.

### **Interview Zorgverzekeraar DSW**

#### Referentie

- Functie
- Taken en verantwoordelijkheden
- Hoe lang werkzaam in de functie?

#### Kenmerken organisatie

- Kleine/middel/grote verzekeraar?
- Regionaal of landelijke speler?
- Wat is de regio waar de meeste klanten zitten en waar men het meest actief is qua inkoop van zorg?
- Andere kenmerken of bijzonderheden

#### Aanleiding oprichting coöperatie

- Waarom is de coöperatie opgericht?
- Waren alternatieven dan een coöperatie?

#### Afspraken op bestuurlijk niveau

- Verhouding bestuur coöperatie, Bestuur Vlietland en bestuur DSW
- Op welke manier vindt vanuit de coöperatie sturing plaats op het bestuur van het ziekenhuis?
- Op welke manier vindt vanuit DSW sturing plaats op de coöperatie?
- Hoe voorkomt men door de coöperatie mismanagement in de toekomst?

#### Effecten van coöperatie op DSW

- Positie in coöperatie
- Voor- en nadelen voor DSW
- Risico's van deelname aan de coöperatie
- Wat verandert er aan transactiekosten met het Vlietland ziekenhuis?
- Wat is het effect van de coöperatie op het aantrekken van verzekerden?
- Hoe rendement uit investeringen terugverdient?

#### Zorginkoop DSW

- Wat is huidige beleid?
- Wat verandert er door de coöperatie?
- Houding ten aanzien van selectieve zorginkoop?
- Hoe blijft goede inkoop, toegankelijkheid en kwaliteit gewaarborgd door deelname in de coöperatie?
- Heeft deelname aan de coöperatie effect op relaties met andere ziekenhuizen?

#### Effecten coöperatie op verzekerden DSW

- Wat gaan zij van de coöperatie merken?
- Welke risico's zijn er voor de verzekerden doordat er risico's ontstaan voor DSW?
- Sturing van patiënten/verzekerden?

### Toekomst coöperatie

- Blijft coöperatie bij Vlietland na oplossen van problemen rondom de bouwschade?
- Is er ruimte voor uitbreiding van de coöperatie?
- Heeft de coöperatie interesse in deelname in andere ziekenhuizen?

### **Interview Vlietland ziekenhuis**

#### Referentie

- Functie
- Taken en verantwoordelijkheden
- Hoe lang werkzaam in de functie?

#### Kenmerken ziekenhuis

- Klein/middel/groot ziekenhuis?
- Dekkingsgebied?
- Andere kenmerken of bijzonderheden

#### Aanleiding oprichting coöperatie

- Waarom is de coöperatie opgericht?
- Waren alternatieven dan een coöperatie?

#### Afspraken op bestuurlijk niveau

- Verhouding bestuur coöperatie en Bestuur Vlietland ziekenhuis
- Wat vindt u van de formele zeggenschap van DSW in de coöperatie?
- In hoeverre is er sprake van grotere informele zeggenschap?
- Wie vormt Algemene Vergadering Aandeelhouders?
- Hoe vindt verantwoording van Raad van Bestuur van het Vlietland ziekenhuis naar coöperatie?
- Op welke manier kan DSW invloed uitoefenen op het bestuur van het ziekenhuis. Hoe wordt onafhankelijkheid van het ziekenhuis bewaakt?

#### Effecten van coöperatie op Vlietland

- Wat is de positie van het ziekenhuis in coöperatie?
- Hoe helpt steun coöperatie het ziekenhuis financieel gezond te worden?
- Voor- en nadelen van de coöperatie op het ziekenhuis
- Welke risico's kleven er aan de constructie?
- Wat is de houding van het personeel en medische staf ten aanzien van de coöperatie?

#### Zorginkoop

- Huidige relatie met DSW met betrekking tot contractering/afspraken in het B-segment?
- Wat verandert er door de coöperatie?
- Verandering in transactiekosten met DSW?
- Wat is de invloed van de coöperatie op de relatie met andere verzekeraars? Verandert die en in welke zin?
- Hoe blijft goede inkoop, toegankelijkheid en kwaliteit gewaarborgd?

#### Effecten coöperatie op patiëntenstroom

- Wat gaan patiënten van de coöperatie merken?

#### Effecten coöperatie op andere ziekenhuizen?

- Reactie van concurrerende ziekenhuizen op de coöperatie
- Heeft de coöperatie effect op de onderlinge samenwerking met andere ziekenhuizen?

- Wat is het effect van de coöperatie op de onderlinge concurrentie tussen ziekenhuizen in de regio?

#### Toekomst coöperatie

- Blijft coöperatie bij Vlietland na oplossen van problemen?
- Wil de coöperatie andere ziekenhuizen of ZBC's bij de coöperatie betrekken?

### **Interviews zorgverzekeraars**

#### Referentie

- Functie
- Taken en verantwoordelijkheden
- Hoe lang werkzaam in de functie?

#### Zorgverzekeraar X

- Kleine/middel/grote verzekeraar?
- Regionaal of landelijke speler?
- Wat is de regio waar de meeste klanten zitten en waar men het meest actief is qua inkoop van zorg?
- Andere kenmerken of bijzonderheden

#### Marktwerking en samenwerking

- Merkt u een veranderende verhouding tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars sinds de invoering van gereguleerde marktwerking? Wat is het effect op kwaliteit/toegankelijkheid?
- Wat zijn redenen voor zorgverzekeraars om in de huidige veranderende markt op andere manier te gaan samenwerken met ziekenhuizen?
- Hoe verschilt zorgverzekeraar X in de samenwerking met ziekenhuizen ten opzichte van andere zorgverzekeraars? Waarom is voor deze strategie gekozen?

#### Inkoopstrategie

- Wat is de inkoopstrategie van zorgverzekeraar X? Waarom?
- Welke rol heeft selectieve zorginkoop nu binnen zorgverzekeraars X? Waarom?
- Wat vindt u van selectieve zorginkoop?
  - Effect op kwaliteit
  - Effect op toegankelijkheid
- Wat is het effect van de inkoopstrategie van ZORGVERZEKER AAR X op de onderlinge verhouding met ziekenhuizen?

#### Investeringsrelaties

- Investeert zorgverzekeraar X in ziekenhuizen en op welke manier?
- Wat is het effect op investeren op de relatie met andere ziekenhuizen?
- Wat is het effect op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg?

#### Samenwerking met ziekenhuizen

- Hoe ver kunnen volgens u samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen gaan? (kijkend naar kwaliteit en toegankelijkheid van zorg)
- Hoe kijkt zorgverzekeraar X aan tegen vormen van verticale integratie?
- Welke kansen en bedreigingen ziet u voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg?
- Wat is het effect van verticale integratie op samenwerking met andere ziekenhuizen?
- Staat verticale integratie selectieve zorginkoop in de weg?
- Welke verschillende vormen van samenwerking zijn te zien? Wat zijn randvoorwaarden?

### Zorgcoöperatie

- Hoe kijkt u aan tegen de nieuw op te richten zorgcoöperatie voor het Vlietland ziekenhuis?
- Heeft de coöperatie effect op uw inkoopstrategie van zorgverzekeraar X?
- Welke kansen en bedreigingen doen zich voor op het gebied van de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg?

### Toekomst

- Ziet u in de toekomst een veranderende houding van zorgverzekeraar X t.a.v. ziekenhuizen?
- Wat is het effect op uitbreiding van het B-segment op de contractering van ziekenhuizen?
- Gaat selectieve zorginkoop een grotere rol spelen wanneer zorgverzekeraars meer volumerisico gaan lopen?
- Welke toekomst ziet u voor verticale integratie?

## **Interviews experts**

### Referentie

- Functie
- Taken en verantwoordelijkheden
- Hoe lang werkzaam in de functie?

### Marktwerking in de zorg en voorkeursaanbieders

- Veranderende verhouding tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars sinds de invoering van gereguleerde marktwerking? Effect op kwaliteit en toegankelijkheid?
- Zijn de veranderingen in de zorgmarkt een reden voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars om op andere manier te gaan samenwerken?
- Welke rol heeft selectieve zorginkoop nu? Wat zijn kansen en bedreigingen voor de toekomst?
  - Effect op kwaliteit
  - Effect op toegankelijkheid

### Samenwerkingsvormen

- Wat is het effect van het aanwijzen van voorkeursaanbieders door zorgverzekeraars op de onderlinge verhouding met (niet-voorkeur) ziekenhuizen?
- Welke andere vormen van samenwerking zijn te zien? Wat zijn randvoorwaarden?
- Hoe moeten deze samenwerkingsvormen volgens u geregeld worden, op basis van vertrouwen of door middel van gedetailleerde contracten?

### Verticale integratie en de zorgcoöperatie

- Wat vindt u van vormen van verticale integratie zoals het nemen van risicodragend belang?
- Welke kansen en bedreigingen zijn er voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg?
- Hoe verhoudt verticale integratie zich tot selectieve zorginkoop en andere inkoopstrategieën?
- Wat is het effect van integratie op de relatie en de zorginkoop bij andere ziekenhuizen?

- Hoe toegankelijk blijft de zorg van zorgaanbieders waarmee niet geïntegreerd nog voor verzekerden van die zorgverzekeraar?
- Wat zijn effecten op de kwaliteit van zorg in het ziekenhuis en andere ziekenhuizen?
- Aan welke randvoorwaarden moet verticale integratie voldoen om toegankelijkheid en kwaliteit niet in gevaar te laten komen?

### Bijlage 3: Casus zorgcoöperatie Vlietland ziekenhuis

Op 6 januari 2009 werd bekend dat er plannen zijn om het eerste ziekenhuiscoöperatie in Nederland op te richten. Zorgverzekeraar DSW (Hierna DSW), het Vlietland ziekenhuis en zes regionale zorgpartners maken deel uit van deze coöperatie. In dit hoofdstuk zal de bestuurlijke structuur en verhoudingen worden toegelicht, daarnaast zal ingegaan worden op de doelstellingen van de coöperatie.

#### Aanleiding

Voor het Vlietland ziekenhuis was de aanleiding voor de oprichting van de coöperatie *‘de verkokerde benadering van het probleem van de patiënt’*. Door virtueel de schotten tussen 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, en 3<sup>e</sup> lijn weg te halen kan zorg naadloos op elkaar worden aangesloten en daadwerkelijk de patiënt centraal stellen. Door te kiezen voor een coöperatie is er een inhoudelijke binding in tegenstelling tot een samenwerkingsovereenkomst die op enig moment beëindigd kan worden. Door de leden financieel te binden, door de inleg in de coöperatie, worden ze betrokken bij de vernieuwingen van het ziekenhuis en kan de ketenbenadering waarin de patiënt centraal staat worden gerealiseerd. Een andere aanleiding van de oprichting van de coöperatie was de positie van het Vlietland ziekenhuis ten aanzien van topklinische, academische en opleidingsziekenhuizen in de regio. (interview Vlietland ziekenhuis) Daardoor zou er voor het Vlietland ziekenhuis geen ‘level playing field’ zijn. Voor horizontale binding, dus met andere ziekenhuizen, is het Vlietland ziekenhuis altijd de mindere partij. Door de oprichting van de coöperatie kan het Vlietland ziekenhuis zich alsnog in de regio gaan profileren en onderscheiden. (presentatie Dhr. Van Zoelen 2009)

#### Bestuurlijke structuur van de coöperatie

De coöperatie wordt opgericht door 7 verschillende partijen die direct belang hebben bij het ziekenhuis en stemrechten hebben.

Tabel 3: Coöperatielieden en belang. (Bron: presentatie Dhr. Van Zoelen 2009)

Coöperatielid	Inbreng (in miljoen)	Aantal stemmen in ALV
Zorgcombinatie Nieuwe Maas	1,25 (5%)	1
Argos Zorggroep	2,5 (10%)	2



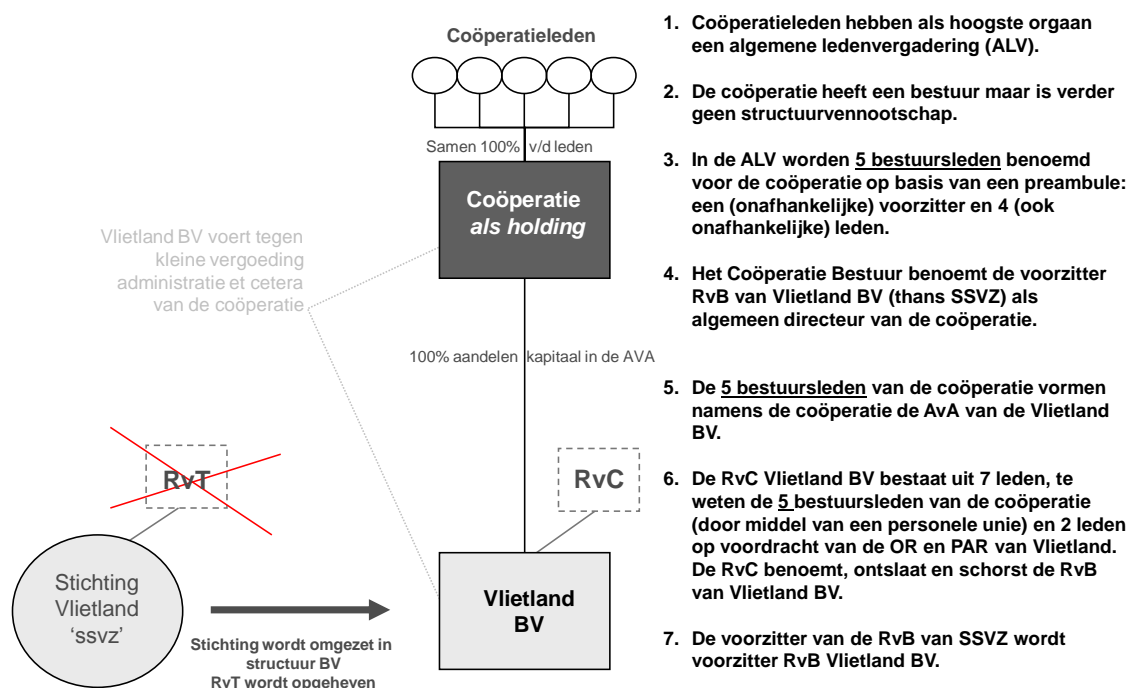
Frankelandgroep	1,25% (5%)	1
Zorgverzekeraar DSW via Stichting Phoenix	10 (40%)	4
Huisartsencoöperatie WSD	1,25 (5%)	1
Medisch specialisten Vlietland ziekenhuis	1,25 (5%)	1
Personeel Vlietland ziekenhuis	1 (4%)	1
Totaal	18,5 miljoen (74%)	11
?	6,5 (26%)	?
<b>Beoogd totaal</b>	<b>25 miljoen (100%)</b>	<b>?</b>

Naast deze 7 leden is er nog ruimte voor meerdere participanten. Hiervoor worden andere ziekenhuizen, waaronder het Reinier de Graaf ziekenhuis en een GGZ-instelling benaderd (Zorgverzekeraar DSW & document x). Bij de financiële inbreng moet de kanttekening worden gemaakt dat DSW de inbreng van de huisartsencoöperatie betaalt. (zorgverzekeraar DSW) De financiële inbreng van DSW is dus in totaal 11,25% met een totaal belang van 45%. Op het vermogen wat de leden van de coöperatie inbrengen zal een marktconforme vergoeding worden betaald. Eventuele winsten daarboven worden niet aan hen uitgekeerd. Alleen het personeel ontvangt als lid een gegarandeerd rendement van 4%. (Vlietland ziekenhuis)

Met de oprichting van de coöperatie voor het Vlietland ziekenhuis vormt het ziekenhuis zich van een stichting om naar een besloten vennootschap en fungeert de coöperatie als Holding met daaronder autonome coöperatieleden.

Het hoogste orgaan van de coöperatie is de Algemene Ledenvergadering (ALV) welke het bestuur van de coöperatie benoemt. Het bestuur bestaat uit 5 onafhankelijke leden zonder last en ruggespraak, onder leiding van een onafhankelijke voorzitter. Deze 5 bestuursleden vormen namens de coöperatie de Algemene vergadering van Aandeelhouders. Deze bestuursleden vormen samen met 2 overige leden de Raad van Commissarissen van de Vlietland B.V. De Raad van Toezicht vervalt door de omzetting van stichtingstructuur naar B.V. Zie figuur 3.

## De bestuursstructuur van de coöperatie in relatie tot de Vlietland BV



1. Coöperatielieden hebben als hoogste orgaan een algemene ledenvergadering (ALV).
2. De coöperatie heeft een bestuur maar is verder geen structuurvennootschap.
3. In de ALV worden 5 bestuursleden benoemd voor de coöperatie op basis van een preambule: een (onafhankelijke) voorzitter en 4 (ook onafhankelijke) leden.
4. Het Coöperatie Bestuur benoemt de voorzitter RvB van Vlietland BV (thans SSVZ) als algemeen directeur van de coöperatie.
5. De 5 bestuursleden van de coöperatie vormen namens de coöperatie de AvA van de Vlietland BV.
6. De RvC Vlietland BV bestaat uit 7 leden, te weten de 5 bestuursleden van de coöperatie (door middel van een personele unie) en 2 leden op voordracht van de OR en PAR van Vlietland. De RvC benoemt, ontslaat en schorst de RvB van Vlietland BV.
7. De voorzitter van de RvB van SSVZ wordt voorzitter RvB Vlietland BV.

Figuur 3: Bestuurlijke structuur coöperatie. (Bron: presentatie Dhr. Van Zoelen 2009)

De coöperatie oefent collectief zeggenschap uit over het ziekenhuis in ruil voor hun investeringen en participatie. De collectieve zeggenschap uit zich doordat de ALV van de coöperatie steminstructies geeft aan de Algemene vergadering van Aandeelhouders, de 5 bestuursleden van de coöperatie en tevens de Raad van Commissarissen. (Vlietland ziekenhuis) Hierdoor zijn meerdere partijen verantwoordelijk voor het wel en wee van het Vlietland ziekenhuis wat de kwaliteit van het bestuur ten goede komt. (zorgverzekeraar DSW)

### Doelstelling en werkwijze

De coöperatie stelt zich het volgende ten doel (presentatie Dhr. Van Zoelen 2009):

- In innovatie en kwaliteitsverbetering van (keten-) zorg met patiënt centraal,
- In partijen die veel met elkaar te maken hebben en belang hebben bij elkaars voortbestaan,
- Handhaving van zelfstandigheid Vlietland ziekenhuis geborgd in regionale samenwerking,
- In een inspirerend innovatief concept met dito structuur,
- In maatschappelijk verantwoord ondernemen met onzekerheden en risico's.

Het vermogen voor de coöperatie wordt aangewend voor ketenzorg tussen de coöperatieleden en kwaliteitsverbeteringen en innovaties in het ziekenhuis. Daarmee garandeert het Vlietland ziekenhuis zich van financiering voor een deel van haar vernieuwingsprojecten.

Om in aanmerking te komen voor financiering van de coöperatie dient de Raad van Bestuur van het Vlietland ziekenhuis business cases in bij de coöperatie ten behoeve van de kwaliteit van zorg. De coöperatieleden zorgen voor de formele toetsing van de plannen. Deze toetsing verhoogd samen met de inhoudelijke binding de kans van slagen van de projecten. Onderdeel van de business case is de terugverdientijd. De winst die met de projecten wordt gegenereerd vloeit voor een deel terug naar de coöperatie zodat het budget van de coöperatie op peil blijft (Vlietland ziekenhuis).

Op het moment van oprichting van de coöperatie kampt het Vlietland ziekenhuis met een bouwschade van 38 miljoen Euro. Het geld in de coöperatie is echter niet bedoeld voor het oplossen van dit probleem of de exploitatie van het ziekenhuis. Mocht het ziekenhuis de problemen toch niet kunnen oplossen dan krijgen alle leden naar verhouding het geld wat nog in de coöperatie zit terug.

#### De rol van zorgverzekeraar DSW

DSW is via een personele unie met Stichting Phoenix aan de coöperatie verbonden. DSW heeft Stichting Phoenix hiervoor gemandateerd. DSW is de grootste aandeelhouder in de coöperatie maar krijgt in verhouding minder stemrecht. Wel vergroot DSW haar onofficiële inleg door de inleg van de huisartsen te financieren. Het geld wat DSW inlegt heeft DSW opgebouwd uit premies toen DSW nog ziekenfondsverzekeraar was. (Vlietland ziekenhuis) Zorgverzekeraar DSW heeft grote belangen in het ziekenhuis. 70% van haar verzekerden neemt zorg af in het Vlietland ziekenhuis. (zorgverzekeraar DSW)

De voordelen voor DSW om te participeren is dat het ziekenhuis waar de meeste van hun verzekerden naartoe gaan kwaliteitsslagen kan gaan maken (zorgverzekeraar DSW). Daarnaast kunnen ketenzorgprojecten met de coöperatiepartners leiden tot financiële voordelen voor DSW aangezien zij de geldverstrekkers zijn voor bijna de gehele keten. Wanneer bijvoorbeeld de kwaliteit toeneemt waardoor het aantal heroperaties afneemt dan betekent dit minder schadelasten voor DSW. (Vlietland ziekenhuis)

Het risico voor DSW is het risico om het geld wat zij ingelegd hebben kwijt te raken. Zij dragen geen risico voor de bouwschade van het Vlietland ziekenhuis.

Geconcludeerd kan worden dat de zorgcoöperatie die door 7 partijen is opgericht voor het Vlietland ziekenhuis, een structureel samenwerkingsverband is met een permanente investeringsrelatie. De zorgcoöperatie bezit een pot geld welke besteed wordt aan ketenzorg projecten met de coöperatiepartners en kwaliteits- en innovatieprojecten in het ziekenhuis. Rendement vloeit voor een deel terug naar de coöperatie zodat het geld opnieuw kan worden aangewend voor kwaliteitsdoeleinden. In ruil voor deelname aan de coöperatie krijgt DSW via Stichting Phoenix 37% aandeel in de coöperatie die vervolgens invloed heeft op de benoeming van de Algemene vergadering van Aandeelhouders en de Raad van Commissarissen van het Vlietland ziekenhuis. Doordat zorgverzekeraar DSW tevens de inleg van de huisartsencoöperatie betaalt kan het zijn dat de informele zeggenschap van DSW groter dan de eerder genoemde 37%. Hoe zorgverzekeraar in de toekomst omgaat met haar zeggenschap, het sturen van verzekerden naar het Vlietland ziekenhuis en de zorginkoop bij andere ziekenhuizen is onduidelijk en zal moeten uitwijzen.

Op het moment van dit schrijven wordt de coöperatie door de NMa en de NZa getoetst op de effecten van de coöperatie op de kwaliteit, betaalbaarheid en bereikbaarheid van zorg. Minister Klink heeft eerder een commissie samengesteld om verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders te onderzoeken. Zij concluderen dat een verbod op verticale integratie niet noodzakelijk is omdat het huidige toezichtkader toereikend is voor het uitvoeren van een fusietoets.