

## Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie ten behoeve van de afronding van de master Zorgmanagement aan het instituut Beleid, Management en Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit te Rotterdam. De scriptie is geschreven in het kader van Marktwerking in de Gezondheidszorg.

Waarom dit thema? Wanneer mensen mij vragen waarom ik de branche gezondheidszorg zo interessant vindt, floept het antwoord 'vanwege de dynamiek' er direct uit. Hiermee bedoel ik de continue ontwikkelingen en bewegingen in de branche. Kijken we specifiek naar de markt van de gezondheidszorg, dan is van dynamiek nog nauwelijks sprake. De markt wordt nog te sterk gereguleerd. En dit terwijl men bij de stelselwijziging juist een dynamische markt beoogde. Dit gaf mij een reden om op zoek te gaan naar een manier om meer beweging in de markt van de gezondheidszorg te krijgen. Doordat tijdens deze studie nauwelijks de kant van zorgverzekeraars belicht is, was ik erg nieuwsgierig hoe deze grote speler bij kan dragen aan dynamiek op de markt.

Twee jaar geleden begon ik onderaan een berg met een lege rugzak. Stukje bij beetje werd deze rugzak gevuld met kennis en ervaring, momenten van voorspoed en momenten waarin ik mijzelf hard tegenkwam. Telkens weer bleek dat ik geboeid en uitgedaagd bleef, iets wat ik nodig heb. De context van mijn onderzoek heeft ertoe bijgedragen dat ik mensen heb ontmoet die mij inspireerde en nieuwe inzichten gaven. Met het effect dat ik enthousiast ben gebleven over de gezondheidszorg tot op de dag van vandaag. Gedurende het schrijven van mijn scriptie heb ik de uitdaging ontvangen van Martin van Ineveld, mijn begeleider. Zijn kritische noot, de plezierige samenwerking en de mogelijkheid mijn leermomenten te hebben, heb ik als zeer prettig ervaren. Mijn dank daarvoor. Daarnaast gaat mijn dank uit naar de zorgverzekeraars, experts en werkgevers, die met enthousiasme mee hebben gewerkt aan dit onderzoek. Bedankt voor de bruikbare input en de boeiende gesprekken. Mijn collega's voor hun begrip, flexibiliteit en de gegeven mogelijkheid mij persoonlijk te ontwikkelen gedurende mijn studietijd. Mijn lieve vriendinnen, dichtbij of verder af: het feit dat jullie altijd klaar staan voor mij en steun laten blijken in grote en kleine dingen, vooral op de moeilijkste momenten, betekent voor mij erg veel. Ik waardeer dit enorm. Maar bovenal niet te vergeten de stevige basis in mijn leven: mijn lieve vader, zussen en zwagers. Zonder jullie warmte, relativerende gesprekken, stimulans en vertrouwen had ik het niet gekund. Mama, hoewel je er niet meer bent: jouw kracht is en blijft het voorbeeld in mijn leven.

Nu, 30 september 2009, heb ik (bijna) de top van de berg bereikt. Terugkijkend op de afgelopen twee jaar is de klim meer dan de moeite waard geweest. Ik ben een ervaring rijker, wat ik graag meeneem in mijn persoonlijke ontwikkeling, toekomstige loopbaan en visie op de gezondheidszorg.

*- 'Ervaring doet men meestal op uit onervarenheid'-*

J. Goudsblom.

Anne-Fleur Klandermans

Rotterdam, 30 september 2009

## **Samenvatting**

Het onderwerp van dit afstudeeronderzoek is de professionalisering van zorginkoop binnen zorgverzekeraars, door een verbinding te realiseren tussen zorginkoop en de verkoop van werkgeverscollectiviteiten. Aanleiding van dit onderzoek is de veranderde rol van de zorgverzekeraar sinds de invoering van gereguleerde marktwerking. In deze nieuwe rol heeft de zorgverzekeraar ondermeer als taak vraaggericht zorg in te kopen. Dit effect is tot nu toe maar beperkt aanwezig doordat de zorgverzekeraar nog onvoldoende investeert in zorginkoop (RVZ 2008; NZa 2007b). Naast het stimuleren van marktwerking, is professionele zorginkoop een middel om zich als zorgverzekeraar te onderscheiden op de markt.

## **Doel- en probleemstelling**

Het doel van het onderzoek is het doen van aanbevelingen aan zorgverzekeraars hoe zorginkoop geprofessionaliseerd kan worden door een verbinding te leggen tussen zorginkoop en de verkoop van werkgeverscollectiviteiten. Gedurende het onderzoek staat de volgende vraag centraal:

*“Wat is voor de zorgverzekeraar de toegevoegde waarde van de verbinding van de inkoop van zorg in de cure-sector met de verkoop van werkgeverscollectiviteiten en hoe kan de zorgverzekeraar hiermee de inkoop van zorg professionaliseren?”*

## **Methodologie**

Voor de beantwoording van de probleemstelling is kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Er heeft een diepgaand literatuur- en documentonderzoek plaatsgevonden, waarna 15 semigestructureerde interviews zijn afgenomen. Negen daarvan met zorgverzekeraars, waarbij zowel interviews met afdeling zorginkoop als afdeling zorgverkoop is afgenomen. Daarnaast zijn interviews afgenomen met twee werkgevers, de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, de Nederlandse Zorgautoriteit en twee onafhankelijke onderzoek- en adviesbureaus. Vervolgens zijn de theorie en de resultaten met elkaar geconfronteerd. Tot slot zijn aanbevelingen aan zorgverzekeraars gedaan.

## **Resultaten**

Zorginkoop heeft nog een beperkt aandeel in de ondernemingsstrategie van de zorgverzekeraar. Hierdoor ligt de nadruk meer op de verkoop van zorgverzekeringen, met het effect dat nauwelijks vraaggericht zorg wordt ingekocht. Zorgverzekeraars houden zich op dit moment meer bezig met het op orde brengen van de interne organisatie. Hoewel de behoefte is een verbinding te realiseren tussen zorginkoop en verkoop van werkgeverscollectiviteiten, worden hierin geen concrete stappen genomen. Eerder is nog sprake van een grote onderlinge afstand, waardoor weinig interactie plaatsvindt. Zodoende wordt kennis en informatie niet effectief ingezet. Met het creëren van een verbinding tussen zorginkoop en de verkoop van werkgeverscollectiviteiten, worden twee gescheiden processen geïntegreerd. Dit dwingt de zorgverzekeraar kritisch te kijken naar de totstandkoming van het bedrijfsproces en wat de organisatie nodig heeft om haar doel, professionalisering van zorginkoop, te bereiken. De toegevoegde waarde van de verbinding, is een integratie van kennis en informatie en de optimalisatie van het bedrijfsproces. Hiermee wordt tevens een win-win situatie gecreëerd voor zowel de zorgverzekeraar, werkgevers als zorgaanbieder. Door zorginkoop in te zetten als strategisch middel, kan de zorgverzekeraar zorginkoop professionaliseren en zich op de markt onderscheiden.

*Verbinding van zorginkoop met werkgeverscollectiviteiten: strategisch middel of operationele hoofdpijn?*

## Summary

The objective of this research is to investigate making purchasing care more professional within health insurers by realizing a connection between purchasing care and sales of collective insurances. The Dutch healthcare market is changing and so is the role of health insurers. One of the tasks of health insurers is a demand-led purchasing of care. So far, this impact has been limited because of insufficiently investments in purchasing care by health insurers (RVZ 2008; NZa 2007b). Besides stimulating market forces, a health insurer has the opportunity to differentiate on the market with a more professional purchasing care.

### Research objective and central question

The aim of the research is to make recommendations to health insurers how the connection between purchasing care and sales of collective insurances can be realized thereby to create a more professional purchasing care. The research is build around the following central question:

*“What’s the added value for health insurers between the connection of purchasing care in the curative sector and sales of collective insurances and how can they use this to make their purchase of care more professional?”*

### 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 15 respondents. Nine of them with health insurers, five of these nine interviews where held with the department for purchasing care and four with the department of sales. Besides the interviews with health insurers there were held two interviews with employers, the ‘Raad voor de Volksgezondheid en Zorg’, the ‘Nederlandse Zorgautoriteit’ and two independent research and consultancy offices. Subsequently the theory and the results have been faced with each other. Finally recommendations have been done to health insurers.

### Results

Purchase of care has still a limited share in the strategy of the health insurer. The primary goal for insurers is to sell health insurances instead of looking at purchasing care. At this moment health insurers are busy restructuring their organization. Although they realize the importance of a connection between purchasing and sales of collective insurances, no specific steps are taken. There is still a large distance, as a result of which little interaction takes place. Thereby health insurers don’t use knowledge and information effectively. By creating a connection between purchasing care and sales of collective insurances, two divided processes are incorporated. The health insurer is forced to look critically to the production of the company process and what necessary is to achieve the organization its aim; make purchasing care more professional. The added value of the connection is the possibility to use knowledge and information of collective insurances in the process of purchasing care. The result of this is to make purchasing care more professional. Meanwhile a situation is created where health insurers, employers and healthcare providers gain advantage. By using purchasing care as a strategic tool, health insurers can differentiate on the market.

## Inhoudsopgave

Voorwoord .....	1
Samenvatting.....	2
Summary .....	3
1. Inleiding.....	7
§ 1.1 Aanleiding.....	7
§ 1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen .....	9
§ 1.2.1 Doelstelling .....	9
§ 1.2.2 Probleemstelling.....	10
§ 1.2.3 Deelvragen.....	10
§ 1.3 Relevantie .....	11
§ 1.4 Leeswijzer .....	12
2. Methode van onderzoek .....	13
§ 2.1 Kwalitatief onderzoek.....	13
§ 2.2 Literatuuronderzoek.....	13
§ 2.3 Semigestructureerde interviews .....	13
§ 2.3.1 Zorgverzekeraars .....	14
§ 2.3.2 Werkgevers.....	14
§ 2.3.3 Adviesorganen en deskundigen .....	14
§ 2.4 Analyse en interpretatie van data .....	15
§ 2.5 Validiteit en betrouwbaarheid .....	15
3. Theoretisch Kader.....	17
§ 3.1 Markt van de gezondheidszorg .....	17
§ 3.1.1 Zorgverzekeringswet .....	18
§ 3.1.2 Financiering van de zorg.....	19
§ 3.1.3 Veranderende rol van de zorgverzekeraar .....	20
§ 3.1.4 Zorginkoopmarkt .....	21

§ 3.1.5 Zorgverzekeringsmarkt.....	21
§ 3.2 Strategie .....	22
§ 3.2.1 Concurrentie.....	22
§ 3.2.2 Besturingsstructuur .....	24
§ 3.2.3 Beleid.....	25
§ 3.3 Creëren van toegevoegde waarde .....	25
§ 3.3.1 Value chain analyse .....	26
§ 3.3.2 Zorginkoop.....	29
§ 3.3.3 Zorginkoopproces.....	30
§ 3.3.4 Zorgverkoop.....	32
§ 3.4 Planning & Control .....	32
§ 3.4.1 Transactiekostenmodel .....	33
§ 3.4.2 Beheerssysteem .....	36
§ 3.5 Conclusie.....	38
4.Resultaten .....	39
§ 4.1 Markt & Strategie .....	39
§ 4.1.2 Besturingsstructuur .....	41
§ 4.1.3 Beleid.....	42
§ 4.1.4 Imago.....	43
§ 4.1.5 Conclusie.....	43
§ 4.2 Value chain .....	43
§ 4.2.1 Zorginkoopproces.....	44
§ 4.2.2 Kwaliteitsaspecten.....	45
§ 4.2.3 Zorginkoopinstrumenten.....	46
§ 4.2.4 Zorgverkoopproces.....	47
§ 4.2.5 Werkgeverscollectiviteiten .....	48
§ 4.2.6 Klantenbinding.....	49

§ 4.2.7 Conclusie.....	50
§ 4.3 Van commerciële oriëntatie naar waardeketenoriëntatie.....	50
§ 4.3.2 Planning & Control.....	52
§ 4.3.3 Vertrouwen of wantrouwen? .....	54
§ 4.3.4 Conclusie.....	54
5. Conclusies.....	55
§ 5.1 Antwoord op de deelvragen.....	55
§ 5.2 Antwoord op de onderzoeksvraag .....	64
6. Slotbeschouwing .....	66
§ 6.1 Discussie .....	66
§ 6.1.1 Reflectie op methoden van onderzoek .....	66
§ 6.1.2 Reflectie op de rol van de onderzoeker .....	67
§ 6.1.3 Reflectie op gebruikte theorie.....	67
§ 6.2 Aanbevelingen .....	68
§ 6.2.1 Algemene aanbevelingen vervolgonderzoek .....	68
§ 6.2.2 Aanbevelingen zorgverzekeraars, overheid en toezichthouders en werkgevers .....	69
§ 6.2.3 Slotconclusie.....	70
Referenties .....	71
Bijlage 1 Conceptueel model.....	76
Bijlage 2 Begrippenlijst .....	77
Bijlage 3 Topicalist interviews .....	78
Bijlage 4 Inkoopfasen .....	83

## 1. Inleiding

Dit onderzoek richt zich op de mogelijkheden en beperkingen van vraaggericht zorgaanbod door de zorgverzekeraar, middels de verbinding van zorginkoop en de verkoop van werkgeverscollectiviteiten. Tevens richt het onderzoek zich op de manier waarop deze verbinding de zorginkoop professionaliseert.

### § 1.1 Aanleiding

Sinds 2006 heeft de Nederlandse gezondheidszorg te maken met een nieuw zorgstelsel, waarin het begrip 'marktwerking in de zorg' is geïntroduceerd als zijnde hét sturingsmechanisme om vraaggerichte zorg te organiseren en de patiënt meer keuzevrijheid te bieden (CEG 2004). Aanleiding van de herstructurering van het zorgstelsel was de 'Nota 2000' (1986) en het rapport 'Bereidheid tot Verandering' (1987), gepubliceerd door Commissie Dekker in 1988. Hierin werd geadviseerd wachttijden en de kosten van de zorg terug te dringen door invoering van gereguleerde marktwerking (Boot et al. 2001:343). Het oude zorgstelsel zorgde voor te weinig prikkels om beter te presteren in de gezondheidszorg en was voornamelijk aanbodgericht. Marktwerking moest dan ook niet alleen zorgen voor kostenbeheersing en daling van premies, maar ook voor flexibiliteit en doelmatigheid van zorg, vergroting van keuzevrijheid van verzekerden, meer vrijheid voor zorgaanbieders en meer invloed van verzekerden op de zorgverlening. Dit tot uiting komend in zorgaanbod dat beter aansluit op behoeften van zorgvragers (Boot et al. 2001:266).

In het nieuwe zorgstelsel dient de overheid voorwaarden te scheppen voor de werking van het gezondheidszorgsysteem, waarbij financiële toegankelijkheid van zorg geborgd wordt. De principes van de terugtrekkende overheid in de jaren '80, solidariteit en rechtvaardigheid in de zorg, worden nog steeds gehandhaafd. Deze betrokkenheid van de overheid zorgt ervoor dat er sprake is van gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg (Boot et al. 2001:308). De essentie van gereguleerde marktwerking in de zorg is het stimuleren van zuinig en doeltreffend gedrag van de betrokkenen wat beloond wordt in vraaggericht aanbod van zorg. Hierbij is concurrentie om de gunst van de patiënt tussen zorgverzekeraars en onderling tussen zorgverleners van belang (Boot et al. 2001:266). Door gereguleerde marktwerking is dan ook de rol van actoren op de markt veranderd. Actoren zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars, met als toezichthoudende partijen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De patiënt is de centrale actor op de markt.

Vanuit de Zorgverzekeringwet (Zvw), die ter vervanging dient van de Ziekenfondswet, moet de zorgverzekeraar invulling geven aan zijn nieuwe rol. De zorgverzekeraar moet voor iedere Nederlander een verplichte basisverzekering en een vrijwillig aanvullende verzekering aanbieden. Naast individueel verzekeren maakt de Zorgverzekeringwet het mogelijk groepen verzekerden (collectiviteiten) collectieve zorgverzekeringen af te laten sluiten om maximaal 10% korting te bedingen op de basisverzekering (art.18 Zvw). In 2006 werden collectiviteiten voornamelijk via patiëntenverenigingen (2%), vakbonden (8%) en werkgevers (78%) aangeboden (de Jong et al. 2006b). Verwacht wordt dat collectiviteiten marktwerking stimuleert omdat de keuze van een collectiviteit een sterke invloed heeft op het marktaandeel en de verzekeringsgraad van de zorgverzekeraar. Immers zou een zorgverzekeraar bij de overstap van een collectief naar de concurrent in één keer een grote hoeveelheid verzekerden verliezen (CTZ 2006; Hoogervorst 2004b;

Hoogervorst 2004a; NZA 2006). Dit betekent dat de zorgverzekeraar zich moet onderscheiden op de markt om te kunnen overleven.

Een verandering in de rol van de zorgverzekeraar is zijn houding: van een passieve en administratieve inkooporganisatie naar een actieve houding, waarin onderhandeling plaatsvindt over zorg met zorgaanbieders. In het nieuwe zorgstelsel is sprake van 66% niet vrij onderhandelbaar deel (het A-segment) en 34% vrij onderhandelbaar deel (het B-segment) waarbij het B-segment naar verwachting de komende jaren verder uitgebreid wordt (DBC onderhoud 2009). Beide segmenten bestaan uit zorgproducten, Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). De DBC is een integrale zorgprestatie die gecodeerd is naar de combinatie van diagnose en behandeling (NZa 2007). Zo ontstaat beter zicht op de geleverde zorg en kwaliteit van zorg (Klompenhouwer&Vos 2005). Terwijl zorgaanbieders in het A-segment worden afgerekend op budgetparameters, is het B-segment gericht op vrije prijsvorming en volume. Door de vrije prijsvorming ontstaat meer financieel risico bij zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar, waardoor voor beide partijen doelmatig handelen belangrijk is. Echter is het voornaamste knelpunt sinds het gebruik van DBC's de hoeveelheid aan DBC's (30.000), waardoor transparantie op de markt (nog) nauwelijks bereikt is. Tevens bemoeilijkt de hoeveelheid DBC's het maken van onderlinge afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft inmiddels een verbeterplan ontwikkeld en een nieuw systematiek bedacht dat per 1 januari 2011 in werking treedt, DBC's op weg naar transparantie (DOT). Met DOT blijven er 3.000 DBC's over, wat de onderhandelingen moeten vergemakkelijken (MinVWS 2009). Met het nieuwe systeem kan een zorgverzekeraar de publieke belangen eenvoudiger borgen en maatschappelijke doelstellingen realiseren (Bouman et al. 2008).

Gereguleerde marktwerking dwingt de zorgverzekeraar een duidelijk doel voor ogen te hebben waarbij hij een combinatie van doelmatigheid en kwaliteit herkent én benut. Tevens moet hij zijn (potentiële) klanten kennen (Gooskens 2008). Omdat klanten meer eigen verantwoordelijkheid nemen in het zorgproces en steeds kritischer worden, hebben ook zij een andere positie gekregen op de markt. Om tegemoet te komen aan de wensen en behoeften van de klant en meer vraagsturing te creëren, zal de zorgverzekeraar flink moeten investeren in zijn inkoopfunctie (RVZ 2008). Om vraagsturing te bewerkstelligen en zich te kunnen onderscheiden op de markt, wordt de relatie tussen zorginkoop en zorgverkoop een belangrijke peiler voor zorgverzekeraars. De vraag is echter *hoe* de zorgverzekeraar dit kan bereiken, want op dit moment staat zorginkoop nog niet centraal in de strategie van de zorgverzekeraar (Consumentenbond 2008; NZa 2007; Zorgbalans 2008). De zorgverzekeraar koopt nu enkel algemeen zorg in voor al zijn verzekerden en niet specifiek voor collectiviteiten (Gooskens 2008). Hoewel collectiviteiten zorgen voor veel klanten en het collectief de zorgverzekeraar een mogelijkheid geeft tot vraagsturing, wordt deze kans blijkbaar (nog) niet benut.

Al met al moet gereguleerde marktwerking voor actoren op de markt een prikkel zijn voor een meer ondernemende opstelling. Dit betekent innovatie, bedrijfsmatiger werken en flexibel in kunnen spelen op de wensen en behoeften van klanten (Putters 2001). Tevens moet hiermee de kosten van de gezondheidszorg verminderd worden. Echter lijkt de praktijk weerbarstiger dan men aanvankelijk dacht. De hervorming van het Nederlandse zorgstelsel om marktwerking in de zorg te creëren, brengt genoeg discussie met zich mee en de rol van actoren in de markt is zichtbaar veranderd. Hoe kan de zorgverzekeraar meer vraagsturing creëren en zich onderscheiden op de markt? Hoe kan hij ervoor zorgen dat hij aan de wensen en behoeften van de klant tegemoet komt? Deze vragen bieden mogelijkheden tot onderzoek naar de toegevoegde waarde, de mogelijkheden en beperkingen van



een verbinding tussen zorginkoop en de verkoop van werkgeverscollectiviteiten binnen de zorgverzekeraar. Door de strategie en het bedrijfsproces van de organisatie op een andere manier te benaderen, kunnen nieuwe inzichten ontstaan om doelmatigheid en professionalisering van zorginkoop te bewerkstelligen.

## **§ 1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen**

### **§ 1.2.1 Doelstelling**

Met meer regie op de markt staat de zorgverzekeraar voor nieuwe uitdagingen. De zorgverzekeraar heeft in zijn regiefunctie de taak om doelmatig en kwalitatief goede zorg in te kopen. Niet alleen de klant en zorgverzekeraar hebben belang bij een doelmatige zorginkoop, ook de zorgaanbieder heeft hier baat bij. De zorgaanbieder heeft belang bij een groot adherentiegebied en patiëntenstroom, tevreden patiënten en het leveren van kwalitatief goede zorg. Volgens de RVZ (2008) draagt een scherp zorginkoopbeleid bij aan betere kwaliteit van zorg. Hiervoor is een professioneel zorginkoopbeleid noodzakelijk, waarbij de zorgverzekeraar de wensen en behoeften van zijn klanten gebruikt om zo doelmatig en kwalitatief mogelijk zorg in te kunnen kopen. Echter staat zorginkoop(beleid) nog in de kinderschoenen en blijken zorgverzekeraars de werkgeverscollectiviteiten nog niet te benutten bij de inkoop van zorg (Consumentenbond 2008).

Aanvankelijk had de zorgverzekeraar een administratieve functie waarbij voornamelijk zorgverzekeringen verkocht werden en de financiële afhandeling verzorgd werd (Boot et al. 2001:309). Hoewel in de nieuwe functie zorginkoop in toenemende mate een belangrijke rol is gaan spelen, moet de zorgverzekeraar nog steeds zorgen dat zij klanten blijft aantrekken en behouden. Het grootste aandeel in het klantenbestand ligt bij werkgeverscollectiviteiten. Consumenten verzekeren zich veelal via de werkgever in een collectiviteit vanwege de voordelen die de collectiviteit biedt. Voor de werkgever is de collectiviteit een onderdeel van de secundaire arbeidsvoorwaarden (AON Consulting 2006) en biedt het collectief de mogelijkheid afspraken te maken over snelle inzetbaarheid van werknemers. Uit de monitor zorgverzekeringsmarkt (NZa 2007) blijkt dat werkgevers de keuze voor een zorgverzekeraar af laten hangen van de premie en premiekorting voor zorgverzekeringen, de kwaliteit van gecontracteerde zorgaanbieders, service en reputatie van de zorgverzekeraar. Ondanks dat verzekerden vanaf 2007 nauwelijks meer overstappen naar een andere zorgverzekeraar, moet een zorgverzekeraar wel zijn klanten blijven binden (Bouman 2008; NZa 2007b). Het binden van klanten en zich onderscheiden van concurrenten kan de zorgverzekeraar bewerkstelligen door een professionele zorginkoop. Eveneens kan de zorgverzekeraar hiermee de publieke belangen, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg, blijven waarborgen.

Dit onderzoek richt zich op de vraag of de verbinding van inkoop van zorg aan werkgeverscollectiviteiten een toegevoegde waarde biedt voor de zorgverzekeraar en welke mogelijkheden en beperkingen aanwezig zijn. Dit vanuit het oogpunt dat een zorgverzekeraar niet in kan spelen op de wensen en behoeften van de klant zonder professionele zorginkoop en een efficiënt bedrijfsproces. Tevens heeft dit invloed op het onderscheidend vermogen van de zorgverzekeraar ten opzichte van concurrenten op de markt.

De nadruk in het onderzoek ligt op het vrij onderhandelbare deel van de cure-sector (B-segment). Omdat zorgverzekeraars in één keer veel verzekerden kan verliezen door de overstap van een werkgever naar een andere zorgverzekeraar, ligt de nadruk tevens op werkgeverscollectiviteiten.

### § 1.2.2 Probleemstelling

Uit bovenstaande doelstelling vloeit de volgende centrale onderzoeksvraag uit voort:

*“Wat is voor de zorgverzekeraar de toegevoegde waarde van de verbinding van de inkoop van zorg in de cure-sector met de verkoop van werkgeverscollectiviteiten en hoe kan de zorgverzekeraar hiermee de inkoop van zorg professionaliseren?”*

### § 1.2.3 Deelvragen

Om de centrale onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn een aantal deelvragen gesteld. Deze zijn opgedeeld in drie delen: theorie, veldonderzoek en synthese.

#### Vragen met betrekking tot de theorie:

1. Hoe kan de markt voor de gezondheidszorg, de zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt gedefinieerd worden, welke rol heeft de inkoop van zorg binnen deze markten en wat houdt professionele zorginkoop in?
2. Hoe kan met behulp van de agencytheorie en/of stewardshiptheorie verandering in strategisch gedrag omschreven worden?
3. Hoe kan de zorgverzekeraar de processen van zorginkoop en verkoop van werkgeverscollectiviteiten met elkaar verbinden door gebruik van de ‘value chain’ van Porter en daarmee bijdragen aan de professionalisering van de zorginkoop?
4. Hoe kan het transactiekostenmodel bijdragen aan de verbetering van het bedrijfsproces, zorginkoop en verkoop van werkgeverscollectiviteiten?
5. Wat is een optimale verhouding, vanuit het perspectief van de agencytheorie en stewardshiptheorie, tussen de inkoop van zorg en verkoop van werkgeverscollectiviteiten met als doel de ‘value chain’ te realiseren?

#### Vragen met betrekking tot het veldonderzoek:

6. Hoe wordt de strategie van de zorgverzekeraar bepaald en waar legt de zorgverzekeraar zijn nadruk, op de inkoop van zorg of de verkoop van werkgeverscollectiviteiten?
7. Hoe kan het proces van zorginkoop binnen de zorgverzekeraar omschreven worden?
8. Hoe kan het proces van verkoop van werkgeverscollectiviteiten binnen de zorgverzekeraar omschreven worden?
9. Hoe wordt de verhouding tussen beide dimensies vormgegeven door de zorgverzekeraar?

#### Vragen met betrekking tot synthese:

10. Welke benadering in strategie van de zorgverzekeraar, inkoop van zorg of verkoop van werkgeverscollectiviteiten, zal meer de nadruk moeten krijgen om zich te onderscheiden op de markt; bezien vanuit het perspectief van de agencytheorie en stewardshiptheorie?

*Verbinding van zorginkoop met werkgeverscollectiviteiten: strategisch middel of operationele hoofdpijn?*

11. Hoe kan zowel het transactiekostenmodel als de 'value chain' een bijdrage leveren aan de optimalisering van het bedrijfsproces, het professionaliseren van zorginkoop en de zorgverzekeraar invulling kan geven aan het leveren van maatwerk?

Ten opzichte van het onderzoeksvoorstel is een aantal zaken gewijzigd. In de centrale onderzoeksvraag is de verwoording 'kritisch zorginkoper' verwijderd temeer omdat deze term minder breed en moeilijker te veralgemeniseren is dan de term 'professionalisering van zorginkoop'. Hierdoor krijgt het onderzoek meer wetenschappelijke waarde. Aan de hand van de aanpassingen in de centrale onderzoeksvraag zijn een aantal deelvragen gewijzigd in formulering, om uiteindelijk concreter antwoord te kunnen geven op de centrale onderzoeksvraag.

In antwoord op de deelvragen met betrekking tot de theorie wordt de literatuur beschreven. Deze deelvragen vormen vervolgens het theoretisch kader. Door de beantwoording van deelvragen 6 t/m 9 wordt de praktijk beschreven. In de laatste twee vragen wordt de literatuur naast de praktijk gelegd waaruit eventueel nieuw of te verbeteren gedrag voor de zorgverzekeraar voortvloeit.

### **§ 1.3 Relevantie**

Deze scriptie is relevant voor zowel zorgverzekeraars als voor de overheid, toezichthouders in de zorg en werkgevers. Dit onderzoek richt zich op het toevoegen van waarde door de zorgverzekeraar in het totale zorgproces van de patiënt/klant. De veranderingen in het zorgstelsel hebben de positie van zorgverzekeraars in de markt opnieuw bepaald. De manier waarop 'handel werd gedreven' ten tijde van het oude stelsel is niet meer van toepassing. Naast de verkoop van zorgverzekeringen is de zorgverzekeraar verantwoordelijk geworden voor de inkoop van zorg. Deze zorg moet van goede kwaliteit en toegankelijk zijn voor de klant. Hierdoor heeft de zorgverzekeraar een rol als belangenbehartiger. Om klanten aan zich te blijven binden zal de zorgverzekeraar op zoek moeten gaan naar een manier om zich te onderscheiden op de markt. Dit kan hij doen door zich meer te richten op het toevoegen van waarde in het totale zorgproces van de patiënt/klant. Wil een zorgverzekeraar dit zo goed mogelijk doen, dan is hiervoor professionele zorginkoop en een doelmatige bedrijfsvoering voor nodig. Het belang van de klant, die kritisch is, zal daarbij op de eerste plaats moeten komen. Om aan de wensen en de behoeften van deze kritische klant tegemoet te komen, zal de zorgverzekeraar hierover moeten onderhandelen met de zorgaanbieder. Met de onderhandelingen kan de zorgverzekeraar tevens prikkels bieden aan zorgaanbieders: wanneer zij de beste zorg levert voor zijn patiënten/klanten en trajecten in de zorg verbeterd, kan de zorgverzekeraar zijn klanten stimuleren naar desbetreffende zorgaanbieder te gaan. Alleen met deze keuzeondersteuning wordt de aanbieder geprikkeld goede en betaalbare zorg te leveren dat aan de wensen van de consument voldoet (NZa 2008). Hiermee is dit onderzoek relevant voor zowel zorgverzekeraar als zorgaanbieder.

Om zich te onderscheiden op de markt en invulling te geven aan de rol van belangenbehartiger zal de zorgverzekeraar gericht keuzes moeten maken in strategie. Door vervolgens het bedrijfsproces dusdanig in te richten kan de zorgverzekeraar hier efficiëntie en effectiviteitsvoordelen uit halen. Immers zal de zorgverzekeraar zijn (transactie)kosten in bedwang willen houden. De vraag is echter wat de gevolgen hiervan zijn op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en hoe dit gewaarborgd wordt. De inhoud van dit onderzoek is hiermee relevant voor de overheid en de toezichthouders om te bepalen wat het beleid wordt ten aanzien marktwerking en welke prikkels noodzakelijk zijn om ervoor te zorgen dat het doel van marktwerking behaald wordt.

*Verbinding van zorginkoop met werkgeverscollectiviteiten: strategisch middel of operationele hoofdpijn?*

Omdat nu bijna alle zorgaanbieders worden gecontracteerd en de inhoud van polissen hierdoor nog minimaal verschillen, heeft een patiënt weinig keuze (Bouman et al. 2008). De minimale verschillen in polissen duidt erop dat de wensen en behoeften van klanten nog niet benut worden voor de inkoop van zorg. Omdat werkgeverscollectiviteiten een groot aandeel hebben in het klantenbestand van de zorgverzekeraar en de werkgever invloed kan uitoefenen op zorginkoop, is dit onderzoek ook relevant voor de werkgever. Wanneer de zorg aansluit bij de wensen en behoeften van de werkgever kan de werknemer na ziekte sneller terugkomen. Uiteindelijk bouwt de werkgever een goede reputatie op en kan hiermee zijn voordeel behalen voor de binding en werving van zijn werknemers (Ruth 2007).

#### **§ 1.4 Leeswijzer**

Aanleiding en de kern van het onderzoek zijn in hoofdstuk 1 beschreven. Hoofdstuk 2 geeft inzicht in de opzet van het onderzoek, de gebruikte methoden en wordt verantwoording afgelegd over gemaakte keuzen. In hoofdstuk 3 wordt het theoretisch kader, leidend voor het empirisch onderzoek, beschreven. Hoofdstuk 4 geeft de onderzoeksresultaten weer. Ingegaan wordt met name op de overeenkomsten of verschillen tussen actoren op de markt, de wijze van handelen met inkoop van zorg en verkoop van werkgeverscollectiviteiten en hoe dit de strategie van de zorgverzekeraar beïnvloed. In hoofdstuk 5 wordt de conclusie van het onderzoek weergegeven. Hierin vindt de beantwoording plaats van de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen. Hoofdstuk 6 vormt de slotbeschouwing waarin door middel van een discussie kritisch gereflecteerd wordt op het onderzoek. Tevens worden eventuele aanbevelingen voor zorgverzekeraars, overheid, toezichthouders, werkgevers en vervolgonderzoek gegeven. Het conceptueel model in bijlage 1 geeft de leeswijzer visueel weer. In bijlage 2 is een begrippenlijst opgenomen van begrippen waar enige verheldering nodig is. In bijlage 3 is de topiclijst voor de afgenomen interviews toegevoegd.

## **2. Methode van onderzoek**

Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van de methoden die gebruikt zijn voor de totstandkoming van het onderzoek. Uiteengezet wordt op welke wijze validiteit en betrouwbaarheid gewaarborgd zijn gedurende het onderzoek.

### **§ 2.1 Kwalitatief onderzoek**

Om het doel van het onderzoek zo goed mogelijk te bereiken is gekozen voor kwalitatieve methoden. Voor zorgverzekeraars is het van belang te weten hoe zorginkoop geprofessionaliseerd kan worden door optimalisatie van het bedrijfsproces. Omdat kwalitatief onderzoek open is en objectiviteit gewaarborgd dient te worden, is gebruik gemaakt van triangulatie. Triangulatie is gewaarborgd door het vraagstuk vanuit diverse invalshoeken te onderzoeken en diverse methoden van data verzameling te gebruiken (Creswell 2003: 181). Deze kenmerken zijn terug te vinden in het onderzoek. Van belang is te weten dat het een onderzoek binnen de cure-sector betreft, waarbij de care-sector geheel buiten beschouwing blijft. Tevens is het onderzoek benaderd vanuit de zorgverzekeraar als actor op de zorginkoopmarkt en verzekeringsmarkt, waardoor de zorgaanbieder niet betrokken is bij data verzameling.

### **§ 2.2 Literatuuronderzoek**

Om een kader te vormen van waaruit gewerkt wordt voor het veldonderzoek heeft eerst een literatuuronderzoek plaatsgevonden. Dit literatuuronderzoek is van belang geweest om achtergrondinformatie te krijgen op het gebied van (zorg)inkoop, collectieve zorgverzekeringen en de markt van de gezondheidszorg. Anderzijds heeft de literatuur inzicht gegeven in economische- en bedrijfsorganisatorische theorieën op het gebied van strategie en bedrijfsvoering zoals de value chain analyse, transactiekostentheorie en agency- en stewardshiptheorie. Door de theorieën te reflecteren en te analyseren kon een verband gelegd worden met de verzamelde data. Literatuur is gezocht met behulp van databanken, het internet en de universiteitsbibliotheek. Vanwege de vele veranderingen binnen de gezondheidszorg en het zorgstelsel zijn diverse onderzoeksrapportages en visiedocumenten op het gebied van zorginkoop en gereguleerde marktwerking geschreven. Deze rapporten en documenten zijn naast de literatuur gebruikt om de actualiteit van het vraagstuk te waarborgen. Aan de hand van het literatuuronderzoek zijn de deelvragen met betrekking tot theorie beantwoord.

### **§ 2.3 Semigestructureerde interviews**

Semigestructureerde interviews vormen naast het literatuuronderzoek een belangrijk onderdeel van dit onderzoek en zijn een bron van informatie. Vanwege de diversiteit aan geïnterviewden zorgt dit ondermeer voor triangulatie in het onderzoek. Aan de hand van topics zijn achtereenvolgens vier zorgverzekeraars, twee werkgevers, vier deskundigen en een inkoopcombinatie geïnterviewd. Binnen de zorgverzekeraars zijn aparte interviews met twee units (zorginkoop en commercie) gehouden om het verloop van het inkoop- en verkoopproces en de onderlinge relatie zo helder mogelijk in kaart te brengen. De interviews zijn opgenomen op tape en naderhand uitgetypt en gecodeerd. Hiermee is de basis gelegd voor het analyseren en interpreteren van de data.

### § 2.3.1 Zorgverzekeraars

Om een goed beeld te krijgen van de zorginkoop en verkoop van werkgeverscollectiviteiten, zijn apart van elkaar een manager commercie en manager zorginkoop geïnterviewd. 1 zorgverzekeraar heeft geweigerd mee te werken aan het onderzoek. De zorgverzekeraars zijn onder andere uitgekozen vanwege hun marktaandeel en het verspreide adherentiegebied:

- Agis, dhr. M. Alkemade (directeur Zorg) en dhr. L. Coulier (manager Verkoopteam)
- Achmea, mevr. R. Spiering (zorginkoper Huisartsenzorg), dhr. M. Hinkofer (adviseur commerciële ontwikkeling en innovatie)
- CZ, dhr. R. Pijnenburg (directeur Medisch Specialistische Zorg) en dhr. J. Kuijlen (directeur Commercie)
- UVIT, dhr. A. Huizinga (zorginkoper Ziekenhuizen), mevr. Brinks (algemeen manager) en mevr. A. Visser (directeur Commercie)
- Multizorg B.V., dhr. J.W. van Wieren (zorginkoper DBC's en coördinator Zorginkoop). Multizorg B.V. vormt samen met de Vereniging van kwaliteitszorgverzekeraars (VRZ) een samenwerkingsverband waarin op landelijke schaal zorginkoop wordt gerealiseerd.

### § 2.3.2 Werkgevers

Naast zorgverzekeraars is het van belang een beeld te krijgen van de werkgevers over onderhandelingen van werkgeverscollectiviteiten. Twee bedrijven zijn hiervoor benaderd, waarbij gesproken is met personen die betrokken zijn bij de onderhandeling over de secundaire arbeidsvoorwaarden:

- Heineken Brouwerijen, mevr. I. Steenwelle (manager HRM). Heineken Brouwerijen heeft naar schatting 4.300 werknemers en 7.000 niet-actieve werknemers waarvan in totaal 90% collectief verzekerd is.
- AON consultancy, dhr. B. Aarts (consultant Corporate Wellness). AON Corporate Wellness richt zich op de dienstverlening naar de werkgever en heeft een voortrekkersrol in de aanbestedingstrajecten en de onderhandeling met de zorgverzekeraar.

### § 2.3.3 Adviesorganen en deskundigen

Om een objectief beeld te krijgen van de ontwikkelingen binnen het domein van dit onderzoek zijn deskundigen en adviesorganen geïnterviewd:

- Prismant, dhr. L. Vandermeulen (manager markt&stelsel). Prismant doet veelal onderzoek binnen de gezondheidszorg en brengt advies uit aan zorginstellingen.
- Significant, dhr. H. Hellendoorn (inkoopstrateeg). Significant doet veelal onderzoek binnen de gezondheidszorg (o.a. op gebied van zorginkoop) en brengt advies uit aan zowel zorginstellingen als zorgverzekeraars.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), dhr. H. Lieverdink (unit zorgverzekering) en mevr. M. de Groot (unit zorginkoop). De Nederlandse Zorgautoriteit is de toezichthouder op de markt en publiceert regelmatig relevante rapporten met betrekking tot zorginkoop welke gebruikt zijn voor het literatuuronderzoek.

- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), dhr. P. Vos (Algemeen Secretaris). De RVZ is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering. Dhr. Vos heeft ondermeer meegewerkt aan het adviesrapport Zorginkoop 2008.

#### **§ 2.4 Analyse en interpretatie van data**

De semigestructureerde interviews zijn opgenomen op tape, waarna uitgetypt zijn in transcripten. Hierna is begonnen met het coderen van de transcripten: het opsplitsen en verdelen in categorieën. Per categorie is een onderlinge vergelijking gemaakt om overeenkomsten, verschillen en bijzonderheden te vinden. De analyse en interpretatie van de data worden in hoofdstuk 4 als resultaten gepresenteerd. Vervolgens zijn de resultaten geconfronteerd met de theorie in hoofdstuk 5 (conclusies).

#### **§ 2.5 Validiteit en betrouwbaarheid**

Een objectief beeld van het onderzoek wordt alleen maar verkregen zodra het onderzoek valide en betrouwbaar is. Tevens wordt de objectiviteit van het onderzoek gewaarborgd door middel van de toepassing van theoretische concepten (Creswell, 2003: 246). Ook voor dit onderzoek is dit van belang.

Interne validiteit meet of de redeneringen die gegeven worden, kloppen. Dit kan op diverse manieren gebeuren. Binnen dit onderzoek is de interne validiteit verhoogd door onder andere het gebruik van datatriangulatie, waarbij vanuit diverse perspectieven gegevens zijn verzameld. Er heeft een driehoeksmeting plaatsgevonden tussen theorie (literatuur), documenten en semigestructureerde interviews (data). Tevens zijn de semigestructureerde interviews met diverse actoren (§ 2.3) in het speelveld van de gezondheidszorg afgenomen. Daarnaast is er sprake van een externe auditor (scriptiebegeleider) die de interpretaties gelezen heeft, van commentaar heeft voorzien en dit besproken heeft met de onderzoeker. Tot slot worden negatieve resultaten en discrepanties expliciet beschreven en gepresenteerd. Volgens Creswell (2003:196-197) wordt interne validiteit door het gebruik van bovenstaande voorwaarden geborgd.

Met externe validiteit wordt gefocust op de generaliseerbaarheid van het onderzoek. Kan het onderzoek gebruikt worden voor de totale markt en andere branches? Hoewel generaliseerbaarheid normaliter van ondergeschikt belang is binnen kwalitatief onderzoek (Creswell, 2003:195) is het binnen dit onderzoek van groter belang. Met dit onderzoek wordt niet alleen een bijdrage geleverd aan zorgverzekeraars, maar zijn de resultaten van belang voor de professionalisering van de totale gezondheidszorg. Externe validiteit wordt verhoogd door kritisch naar de eigen resultaten te kijken en te vergelijken met uitkomsten van andere onderzoeken. De externe auditor reflecteert kritisch op de resultaten. Het vergelijken van andere onderzoeken kan niet plaatsvinden gezien het feit dat dit het eerste onderzoek is op dit gebied.

Naast validiteit van het onderzoek is betrouwbaarheid van het onderzoek een belangrijk criterium. Het gaat hierbij om de afwezigheid van niet-systematische of toevallige vertekeningen (Maso&Smaling 1998). Interne betrouwbaarheid kan verhoogd worden door verantwoording over de bronnen die gebruikt zijn te geven, dubbele codering bij analyse van de data, uitgewerkte documentatie en consequent gebruik van begrippen. Methodetriangulatie, het gebruik van literatuur- en documentonderzoek en semigestructureerde interviews, draagt eveneens bij aan de interne betrouwbaarheid. Semigestructureerde interviews worden gebruikt om de perceptie van

betrokkenen weer te geven, documentanalyse om contrast aan te geven. Bronnen die gebruikt worden voor het onderzoek worden niet alleen los van elkaar gebruikt, maar juist ook aan elkaar gekoppeld om een contrast weer te geven (Creswell, 2003:179-196).

Het waarborgen van transparantie is van belang voor externe betrouwbaarheid van het onderzoek. Zo is de rol van de onderzoeker binnen het geheel weergegeven, wie betrokken zijn bij het onderzoek (onder andere door aan het begin van elk interview een kort intermezzo te geven over functie, bedrijf etc.) en waarom de onderzoeker bepaalde keuzen heeft gemaakt (de in dit hoofdstuk beschreven stappen van het onderzoek).



### 3. Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het literatuuronderzoek weergegeven. Vanuit theoretisch perspectief wordt relevante informatie gegeven ter beantwoording van de deelvragen. Het theoretisch kader is dusdanig opgebouwd dat inzichtelijk wordt gemaakt waar invloeden, verbanden en afhankelijkheden zijn ten opzichte van de zorginkoop. In dit licht wordt gestart met een uitleg van de markt van de gezondheidszorg, waaronder ook de financiering en structurering van het zorgstelsel. Hierna wordt de theorie steeds smaller toegespitst op het onderzoek.

De nadruk wordt in het theoretisch kader gelegd op de value chain benadering van Porter. Hiervoor is gekozen vanwege het uiteindelijke belang voor de patiënt en de bijdrage van zorgverzekeraars aan het te bereiken doel van geregleerde marktwerking, doelmatigheid en (financiële) toegankelijkheid van zorg. Op dit moment richt de markt en de strategie van actoren zich voornamelijk (nog) op de kosten van zorg. Kostenbeheersing is echter niet het enige middel om tot marktwerking te komen. De value chain benadering van Porter biedt een ander perspectief om het aanbod van zorg beter te doen aansluiten op de behoeften van zorgvragers en biedt voor de zorgverzekeraar mogelijkheid zich te onderscheiden op de markt. Tevens is het mogelijk met de benadering van Porter aansluiting te vinden op de waardeketen van werkgevers en zorgaanbieders.

#### § 3.1 Markt van de gezondheidszorg

Volgens Schut (2003) is de gezondheidszorg ooit al een markt geweest. Tot halverwege de 19<sup>e</sup> eeuw kon iedere kwakzalver zich dokter noemen en dokters konden hun eigen prijzen bepalen. Echter, naarmate de medische wetenschap vorderde, werd de vrije markt een zorg voor de overheid. Sinds 1865 mag niemand zich zomaar dokter noemen (Schut 2003). Cutler (2002) beschrijft in een vergelijkende studie naar de ontwikkeling van gezondheidszorgsystemen in de zeven belangrijkste OECD-landen, dat ondanks de grote verschillen het verloop op te delen is in drie fasen:

1. Het waarborgen van universele en gelijke toegang tot zorgvoorziening;
2. Kostenbeheersing via prijsregulering, budgettering en rantsoenering;
3. Versterking van prikkels voor doelmatigheid en de introductie van marktwerking.

Ook de hervorming van het Nederlandse stelsel is aan de hand van deze fasen te beschrijven. Inmiddels is Nederland, sinds de hervorming en invoering van DBC's in 2005, belandt in fase 3 (NZA 2007). Met de enorme groei van de gezondheidszorg vanaf de jaren '60 en daarmee de toename van zorguitgaven, tracht men op diverse wijzen (zoals invoering van DBC-systematiek) invulling te geven aan de marktwerking. Specifiek aan marktwerking in de gezondheidszorg zijn de verschillende (afhankelijkheids)relaties tussen drie actoren: klanten (verzekerden die op een bepaald moment zorg vragen en patiënten die zorg nodig hebben), zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De overheid is de vierde actor op de markt. Vanwege de overheidsrol op de markt is er sprake van geregleerde marktwerking (Boot et al. 2001).

Omdat de klant niet in staat is als individu countervailing power te vormen ten opzichte van de zorgaanbieder, is dit een taak van de zorgverzekeraar. De klant kan daarnaast niet altijd de keuze maken uit zorgaanbod vanwege de complexiteit van het aanbod en informatieasymmetrie tussen arts en patiënt. De klant verkeert op het moment van zorgvraag in een afhankelijke positie en bezit niet die informatie waarover een arts wel beschikt, zoals de noodzaak, kwaliteit en effectiviteit van

de verleende zorg (Lapré et al. 2001). Tevens is het zorgaanbod niet altijd direct toegankelijk voor een klant en kan het aanbod te duur zijn. Om de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te borgen is het dan ook van belang dat de zorgverzekeraar hierin behartigt (ibid). De zorgverzekeraar doet dit door voor een groot deel de bekostiging van zorg te regelen en zorg in te kopen naar behoeften van de klant. Omdat de klant tegelijkertijd financiële zekerheid nodig heeft, beïnvloedt de zorgverzekeraar het functioneren van de markt van de gezondheidszorg. Hiermee vormt hij een verbindende schakel tussen de zorgvragers en zorgaanbieders. De onderlinge relaties worden op de markt van de gezondheidszorg weergegeven als drie markten in een 'driemarktenmodel' (fig.1) (Boot et al. 2001; Lapré et al. 2001):

1. Zorgverleningsmarkt
2. Zorginkoop of bekostigingsmarkt (hierna: zorginkoopmarkt)
3. Verzekeringsmarkt

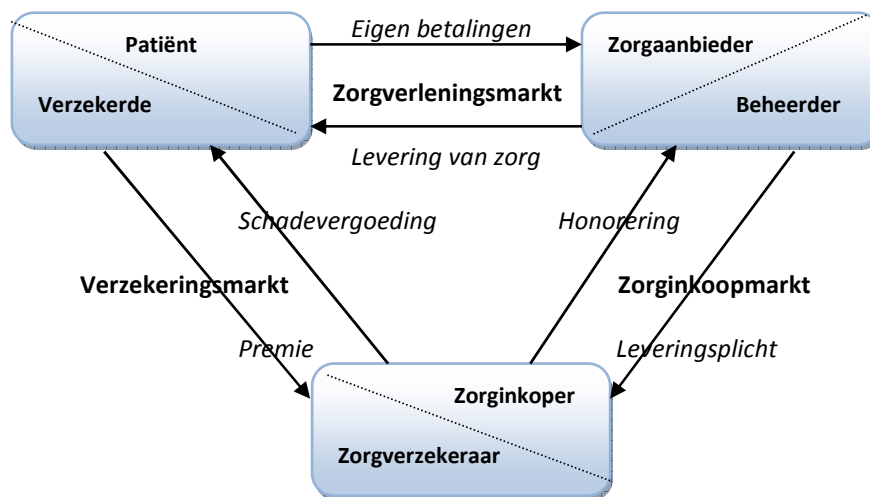


Fig. 1. Drie markten model (Lapré&van Montfort 2001: 181)

Vanwege de onderlinge afhankelijkheid hebben veranderingen in de ene markt (in)direct gevolgen voor de andere markt. Zorgaanbieders die een besluit nemen om hun dienstverlening te specificeren, heeft direct gevolgen voor de zorgverleningsmarkt en de zorginkoopmarkt. Tevens heeft dit indirect gevolg op de verzekeringsmarkt door een veranderende vraag. Daarentegen heeft een wijziging op de verzekeringsmarkt in verhoogde premie of pakketsamenstelling direct invloed op de zorginkoopmarkt. Zo zijn er meerdere verbanden tussen de drie deelmarkten te leggen. Omdat de zorgverzekeraar de verbindende schakel is tussen zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt (Lapré et al. 2001), zijn deze markten voor dit onderzoek het meest relevant. In paragrafen 3.1.4 en 3.1.5 worden deze markten dan ook verder toegelicht.

### § 3.1.1 Zorgverzekeringswet

Gezondheidszorg in Nederland moet voor een ieder toegankelijk en betaalbaar zijn. Om meer gelijkheid te creëren in het zorgstelsel is met de stelselwijziging een nieuwe wet ingevoerd die hier invulling aan geeft: de Zorgverzekeringswet (Zvw). Waar voorheen met het ziekenfonds sprake was van ongelijke premies en lastenverdeling, is nu met één basisverzekering voor iedereen een uniforme premiestructuur voor alle verzekerden geïntroduceerd (Boot et al. 2001: 322). De Zorgverzekeringswet verplicht diegene die op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

(AWBZ) van rechtswege verzekerd is, zich te verzekeren op grond van de Zvw (art.2 Zvw). Dit houdt in dat iedereen die legaal in Nederland woont, verplicht is een basisverzekering tegen ziektekosten af te sluiten (Hermans&Buijsen 2006). Daarnaast bieden zorgverzekeraars aanvullende verzekeringen aan die op vrijwillige basis af te sluiten zijn. De zorgverzekeraar is vrij om het pakket voor de aanvullende verzekering samen te stellen, de premie te bepalen en verzekerden of patiënten op grond van verzekeringsrisico te weigeren.

Tegenover de vrijheid die de zorgverzekeraar heeft met de aanvullende verzekering staat een acceptatieplicht voor de basisverzekering waarmee risicosolidariteit in het zorgstelsel vorm krijgt. Met de acceptatieplicht dient de zorgverzekeraar iedere willekeurige burger die zich bij hem aanmeldt te accepteren zonder daarbij onderscheid te maken in het verzekeringsrisico (Hermans&Buijsen 2006). Om zorgverzekeraars ten gevolge van de acceptatieplicht onevenredig te confronteren met 'slechte risico's', krijgt hij een vereveningsbijdrage. De vereveningsbijdrage stelt dat alle verzekerden een gelijk verzekeringsrisico vormen. Verdeling van de risico's vindt plaats volgens een risicomodel met herkenbare en vergelijkbare criteria (Hermans&Buijsen 2006). Samen met de acceptatieplicht voor de basisverzekering is dit een belangrijke pijler van de Zvw. Het wegnemen van kostenverschillen met verevening biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid 'winst' te boeken door te contracteren op kwaliteit en doelmatigheid van zorg en door verbetering van de eigen in bedrijfsvoering (Boot et al.2001: 309). Tevens komt dit de doelmatigheid van de uitvoering van de Zvw tegemoet (Hermans&Buijsen 2006).

### § 3.1.2 Financiering van de zorg

Met de wijziging in de structuur van het zorgstelsel is tevens de financiering van de zorg gewijzigd. In 1989 werd besloten over te gaan op functiegerichte budgettering. Zorgaanbieders kregen op basis van (semi)vaste en variabele parameters zoals opnamen en verpleegdagen een budget toegekend (Zuurbier&Krabbe-Alkemade 2007: 16-23). In de jaren tot de beginfase van de nieuwe financiering in 2005 werden de plannen voor hervorming verder geconcretiseerd. In 2005 waren zorgaanbieders verplicht te onderhandelen over 10% van het functiegerichte budget. Voor de overige 90% werden vaste DBC-prijzen gehanteerd, waarvoor het functiegerichte budget dient als financieel vangnet (ibid). Sinds 2005 is de markt opgedeeld in twee segmenten: het A-segment en het B-segment. Onder het A-segment valt acute zorg, de beschikbaarheidsfunctie van het ziekenhuis, de Wet Bijzonder Medische Verrichtingen-zorg en topreferentie. Het B-segment bestaat uit electieve zorgproducten waarin ziekenhuizen en zorgverzekeraars verplicht worden tot niet-collectieve vrije prijsonderhandelingen (MinVWS 2005; Zuurbier&Krabbe-Alkemade 2007: 16-23). Zie ook tabel 1. Deze nieuwe situatie kenmerkt zich door de directe relatie tussen productie, opbrengst en kosten via DBC's. Per segment verschilt het financieel risico. Vanwege deze verschillen in bekostiging heeft het Ministerie van VWS de curatieve zorg in vier segmenten opgedeeld (tabel 1):

A0	A1	B1	B
<b>Geen prestatiebekostiging</b>	Prestatiebekostiging met maatstafconcurrentie		Prestatiebekostiging met vrije prijsvorming
	Vaste tarieven binnen de maatstaf	Onderhandelbare prijzen binnen de maatstaf	

Tabel 1. A- en B-segment ingedeeld in afzonderlijke segmenten (MinVWS 2007a)

- Segment A0. Hieronder vallen de beschikbaarheidscomponent van de spoedeisende hulp (SEH), topreferente zorg en opleidingen;
- Segment A1. Prestatiebekostiging is hierin wel mogelijk, maar onderhandelbare prijzen niet. Dit betreft de zorg die valt onder de Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen, dure- en weesgeneesmiddelen (geneesmiddelen voor zeldzame aandoeningen)(Stuurgroep WGM 2009) en de zorg op de intensive care;
- Segment B1. Tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars kan over de prijs worden onderhandeld, maar wel binnen een maatstaf;
- Segment B. Vrije prijsvorming.

Het aandeel van DBC's in het B-segment is sinds de invoering gegroeid naar 34% in 2009 en wordt vooralsnog de komende jaren verder uitgebreid (DBC onderhoud 2009; MinVWS 2008b).

Hoewel prijs, kwaliteit van de geleverde zorg en het volume van de ziekenhuiszorg zich positief blijken te ontwikkelen bij vrije prijsvorming ziet het ministerie voorlopig af van maatstafconcurrentie welke bedoeld was als prijsbeheersingmechanisme in het B-segment (MinVWS 2008b). Minister Klink verwacht dat de uitbreiding van het vrije segment en de afschaffing van de maatstaf de krachtsverhoudingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars meer in evenwicht brengt (Mednet 2008). *“De maatstafconcurrentie blijft echter nog wel even boven de markt zweven. Mocht er negatieve prijs- of volumeontwikkelingen optreden dan kan ik in 2010 alsnog een prijsbeheersinginstrument invoeren”*, aldus minister Klink (Mednet 2008). Andere opinies verwijzen naar de grote prijsverschillen tussen ziekenhuizen, waardoor niemand weet welke prijs als referentie gebruikt moet worden en twijfelt men bovendien aan de betrouwbaarheid van de gegevens in het DBC-informatiesysteem. Hierdoor zou het vaststellen van een maatstaf dreigen tot natte vingerwerk (Zorgvisie 2008). In ieder geval pleit de NZa ervoor dat de maatstafconcurrentie voor een zeer beperkt deel van het budget ingevoerd wordt, om de huidige functiegerichte budgettering minder ver af te bouwen (Mednet 2008; NZa 2008). Voor zorgverzekeraars zou de vrije prijsvoering een prikkel moeten zijn om met een goede prijs-kwaliteitverhouding zorg in te kopen bij de zorgaanbieder en daarmee te kunnen voldoen aan de wensen en behoeften van de klant.

### § 3.1.3 Veranderende rol van de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar is van oudsher een verzekeringsonderneming bedoeld als schadeverzekering, waarbij hij verantwoordelijk was voor de betaling van geconsumeerde zorg. De manier van werken van de zorgverzekeraar wordt door de Zorgverzekeringswet vastgesteld in het kader van consumentenbescherming. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet toe op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet doordat de zorgverzekeraar ondermeer modelovereenkomsten voor dienen te leggen. In de modelovereenkomst wordt een overzicht gegeven van de rechten en plichten die de verzekeringnemer (de verzekerde) en zorgverzekeraar jegens elkaar zullen hebben indien een overeenkomst volgens betreffend model wordt gesloten (Hermans&Buijsen 2006). Evenzo dient middels de acceptatieplicht het werkgebied van de zorgverzekeraar verspreid te zijn over Nederland (art. 29 Zvw). Omdat goede en slechte risico's niet gelijkmatig verdeeld zijn over het land wordt hiermee risicoselectie voorkomen (Hermans & Buijsen 2006). Dit betekent voor de zorgverzekeraar een grotere eigen verantwoordelijkheid dan voorheen.

Om als zorgverzekeraar te voldoen aan zijn plicht tijdig zorg te leveren, moeten met zorgaanbieders contractuele afspraken gemaakt worden over prijs, aard en omvang van de zorg in zowel het A- als B-segment. Hierbij zal de zorgverzekeraar in het ideale geval bij de inkoop van zorg onderhandelen met de zorgaanbieder over de wensen behoeften van de verzekerde/patiënt, waaronder kwaliteit van zorg (Zorgbalans, 2008). De onderhandelingen moeten niet alleen resulteren in inzicht voor de klant, maar ook in kwaliteit, veiligheid, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg. Met de grotere eigen verantwoordelijkheid en de plicht als zorgverzekeraar, heeft de zorgverzekeraar weinig aan een administratieve en passieve houding. Om zich te kunnen onderscheiden op de markt zal de zorgverzekeraar actief invulling moeten geven aan zijn rol als verbindende schakel en belangenbehartiger tussen klant en zorgaanbieder (Lapré et al. 2001).

#### **§ 3.1.4 Zorginkoopmarkt**

De hierboven beschreven contractuele afspraken over de afname van zorg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, ten behoeve van de klant worden gemaakt op de zorginkoopmarkt (Lapré et al. 2001). Onderhandelingen zijn noodzakelijk op de zorginkoopmarkt omdat de zorgverzekeraar met een gunstige prijs-kwaliteitverhouding klanten kan trekken (Zorgbalans 2008). Dit geldt overigens alleen voor het B-segment waarin de zorgverzekeraar vrij kan onderhandelen over prijs, kwaliteit, aard en omvang van zorg. Concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars wordt hiermee aangewakkerd waardoor het probleem van onvoldoende rendement in de gezondheidszorg zal verminderen. Dit is nu juist de gedachte achter de Zorgverzekeringswet (RVZ 2008). Concurrentie kan ontstaan door scherp zorg in te kopen, zoals selectieve en gedifferentieerde zorginkoop. Met selectief inkopen contracteert de zorgverzekeraar bepaalde zorgaanbieders niet, omwille van bijvoorbeeld slecht geleverde kwaliteit van zorg. Hiermee kan de zorgverzekeraar verzekerden proberen te sturen naar een zorgaanbieder die hij wel heeft gecontracteerd (Zuurbier&Krabbe-Alkemade 2007:110). De zorgverzekeraar kan ook kiezen voor gedifferentieerde zorginkoop: alleen een bepaald gedeelte van de mogelijk te leveren zorg van de zorgaanbieder wordt gecontracteerd.

Het bestaan van de zorginkoopmarkt hangt af van twee factoren: de manier waarop de verzekeringsaanspraken van de verzekerden zijn geformuleerd (natura) en de manier waarop zorgverzekeraars aan schadelastbeheersing doen (restitutie) (Lapré et al. 2001). Door afspraken te maken met zorgaanbieders over de inhoud van de zorgverlening kunnen zorgverzekeraars proberen aanbodgeïnduceerde vraag te voorkomen en beter onderhandelen over de wensen en behoeften van de klant.

#### **§ 3.1.5 Zorgverzekeringsmarkt**

Gedurende de 20<sup>e</sup> eeuw groeiden de kosten van de zorg sneller dan de welvaart waardoor verzekeren voor gezondheidszorg noodzakelijk werd. Bij het afsluiten van een zorgverzekering draait het om het verminderen van financiële onzekerheid ten gevolge van ziekte en de daarmee gepaard gaande medische kosten (Lapré et al. 2001). Door de snelgroeiende kosten nam het belang van toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg toe (van der Velden 1993). Ook in het huidige zorgstelsel is deze vorm van solidariteit van belang. Dit betekent dat de rijken meebetalen voor de armen en de gezonden voor de zieken. Om solidariteit te waarborgen is de huidige basisverzekering voor iedereen beschikbaar en tevens verplicht (art.2 Zvw; Boot et al. 2001). De overheid komt burgers met een inkomen onder een bepaalde grens tegemoet, om inkomenssolidariteit te waarborgen (art.1 Wet op de Zorgtoeslag). Toegankelijkheid is tevens geborgd in de plicht van de

zorgverzekeraar iedereen te accepteren voor de basisverzekering. Voor de aanvullende zorgverzekering geldt dit niet (art.3 Zvw).

Op de zorgverzekeringsmarkt bieden zorgverzekeraars beide producten aan, de klant maakt zelf de keuze bij wie, hoe (individueel of collectief) en welke producten hij afneemt. Volgens de Zorgbalans (2008) dingen zorgverzekeraars op de ideale zorgverzekeringsmarkt om de gunst van de klant. Door klanten keuzevrijheid te geven worden zorgverzekeraars geprikkeld te concurreren op kwaliteit van zorg voor een scherpe prijs, afgestemd op de vraag van de klant (Ruth 2007). Zorgverzekeraars kunnen niet meer volstaan met alleen het aantrekken en behouden van verzekerden, maar moet in het huidige zorgstelsel meer inspanning leveren om te voldoen aan de verwachtingen van de klant. Elementen die in onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars een rol spelen zijn onder andere het leveren van een goede service en het bieden van een scherpe prijs-kwaliteitverhouding (Boot et al. 2001:309). Daarbij is concurrentie niet alleen op de individuele verzekerde gericht, maar ook op werkgeverscollectiviteiten. Vanwege de kans in één keer veel verzekerden te verliezen, zal de zorgverzekeraar tegemoet moeten komen aan de wensen en behoeften van zijn klanten, werkgevers én werknemers. De zorgverzekeraar kan hier invulling aan geven door gericht zorg in te kopen voor de werkgeverscollectiviteiten.

### **§ 3.2 Strategie**

Gezien de vele onderlinge relaties op de markt is ondernemen in de gezondheidszorg complex en dynamisch. Samen met de invoering van de Zorgverzekeringswet, het toenemend financieel risico, de kritisch wordende consument en de veranderende rol van de zorgverzekeraar vraagt dit om een andere manier van handelen op de markt. Om zijn positie als zorgverzekeraar ten opzichte van andere actoren op de markt zo stevig mogelijk te maken, zal de zorgverzekeraar zich moeten (her)oriënteren op (nieuwe) mogelijkheden en beperkingen (Zwaal 2006). Om te overleven in de complexe en veranderende omgeving van de gezondheidszorg zal de zorgverzekeraar zijn gedrag moeten veranderen. De zorgverzekeraar zal daarbij moeten anticiperen op (toekomstige) veranderingen in zijn omgeving vanuit economisch, politiek, maatschappelijk en technisch perspectief. Dit vraagt om strategisch management (Swayne 2006:7).

Een strategie wordt niet alleen bepaald door de directie van een organisatie, maar ook door de organisatie zelf en zijn omgeving (Hurst 1995: 167-168). Er is niet één juiste strategie te volgen. Swayne (2006: 17) vergelijkt de manier van strategievorming met de werking van een kompas. Beiden worden gebruikt om naar het doel begeleid te worden, waarbij dit in sommige cases zal leiden tot verschillende routes. Om te overleven zal een zorgverzekeraar zich moeten onderscheiden van zijn concurrenten. Dit kan op meerdere manieren bereikt worden dan alleen door het minimaliseren van kosten (Boot et al. 2001: 309). Één van de manieren waarop de zorgverzekeraar zich kan onderscheiden op de markt is het toevoegen van waarde door de vorming van een waardeketen, een verbinding creëren tussen zorginkoop en zorgverkoop. Dit wordt in onderstaande paragrafen nader toegelicht.

#### **§ 3.2.1 Concurrentie**

Verzekerden en werkgevers hebben op de verzekeringsmarkt een ruim aanbod aan zorgverzekeraars, waarbij zorgverzekeraars hun best moeten doen om klanten aan te trekken of te behouden. De zorgverzekeraar moet meer moeite doen zich te onderscheiden van hun concurrenten, met het bieden van alleen een lage premie of goede service redt hij het niet meer (Ruth 2007). De

*Verbinding van zorginkoop met werkgeverscollectiviteiten: strategisch middel of operationele hoofdpijn?*



zorgverzekeraar zal er steeds meer voor moeten zorgen dat het aanbod van zorg (zorginkoop) aansluit op de vraag van de klant (zorgverkoop) en andersom. Hiermee kan hij klanten aan zich blijven binden (NZa 2007). Vanwege de dreiging van het verlies van een groot aantal verzekerden, hebben (werkgevers)collectiviteiten de meest stimulerende werking op concurrentie tussen zorgverzekeraars. Volgens Bouman et al. (2008) moet gereguleerde marktwerking ervoor zorgen dat het 'planmodel' uit het oude zorgstelsel overgaat in een 'inkoopmodel'. In dit inkoopmodel zijn drie lagen van concurrentie te onderscheiden:

1. Zorgverzekeraars concurreren met elkaar op de zorgverzekeringsmarkt om de gunsten van de klant met als doel een zo groot mogelijk volume te vertegenwoordigen. Inkoopmacht en een sterke positie zijn belangrijk om voor de zorgverzekeraar een goed contract af te sluiten met zorgaanbieders op de zorginkoopmarkt.
2. Zorgaanbieders concurreren met elkaar op de zorginkoopmarkt om contracten en het verkrijgen van de meest gunstige voorwaarden met zorgverzekeraars. Hoe groter de zorgaanbieder is ten opzichte van zijn concurrenten, hoe beter haar positie is waardoor de zorgverzekeraar of inkopende organisatie moeilijk om haar heen kan (er is bijvoorbeeld geen alternatief).
3. Zorgaanbieders concurreren onderling op de zorgverleningsmarkt om de gunsten van de klant. Hoe meer klanten een zorgaanbieder heeft, hoe meer macht zij heeft op de zorginkoopmarkt. Ook dan kan de zorgverzekeraar of inkopende organisatie niet om de zorgaanbieder heen. De keuze om wel of niet de zorgaanbieder te contracteren zal effect hebben op de mening van de klant over de zorgverzekeraar en daarmee ook op het aantal (potentiële) verzekerden. Immers zou een klant ervoor kunnen kiezen over te stappen naar een andere zorgverzekeraar.

Uit bovenstaand zijn de verschillende (afhankelijkheid)relaties tussen de drie actoren op de markt weer zichtbaar. Concurrentie vormt in al deze lagen een belangrijke prikkel om beter te presteren en te voldoen aan de vraag van de klant (Boot et al. 2001:266). Zowel voor de zorgaanbieder als de klant is de zorgverzekeraar die onderscheid biedt, interessant.

De zorgverzekeraar zal met zijn gekozen strategie een bepaalde manier van concurreren inzetten om zijn doel zo goed mogelijk te bereiken. Om uiteindelijk bij te dragen aan het verhogen van de patiëntwaarde, benadrukt Swayne et al. (2006) het systeem van waardegebaseerde concurrentie. Hierbij zal elke zorgverzekeraar (en zorgaanbieder) op verschillende wijze uit willen blinken op resultaten en het bieden van service aan verschillende groepen patiënten. Van belang is dat de waarde voor de patiënt (klant) gemeten wordt, en niet de waarde van concurrentie voor de zorgverzekeraar, de zorgaanbieder, de arts of de werknemer (ibid). Een belangrijk verschil met de praktijk. Gezondheidszorg en is veelal georganiseerd rondom tradities en voorkeuren van artsen en niet rond de waarde voor de patiënt. Dit uit zich onder andere in beleidsplannen die zich nog teveel richten op het minimaliseren van kosten. Services worden hierdoor gerationaliseerd en kosten worden verschoven naar zorgaanbieder of patiënt in plaats van daadwerkelijk te verbeteren (Swayne et al. 2006). Geconcludeerd kan worden dat de zorgverzekeraar zich meer zou moeten concentreren op de waarde van de gezondheid van zijn klant in plaats van de prijs voor de zorg. Omdat waarde van de gezondheidszorg geldt voor de gehele cyclus van zorg kan de zorgverzekeraar hiermee respect afdwingen van klanten, zorgaanbieders en andere actoren op de markt (Porter 2006).

*Verbinding van zorginkoop met werkgeverscollectiviteiten: strategisch middel of operationele hoofdpijn?*

### § 3.2.2 Besturingsstructuur

Zonder duidelijkheid in structuur kan de zorgverzekeraar geen waarde toevoegen aan zijn product. Daarbij wordt de onderhandelingspositie van de zorgverzekeraar bepaald door de organisatorische context (Lapré 2001). Structuur heeft betrekking op de verdeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden in een organisatie (van der Krogt&Vroom 1995:101). De keuze voor de juiste besturingsstructuur hangt af van de strategie en de manier waarop concurrentie ingezet wordt. Maar welke besturingsstructuur is dan de juiste en wanneer is deze structuur voor de zorgverzekeraar het meest relevant?

De veranderende rol van de zorgverzekeraar heeft ervoor gezorgd dat hij naast zorgverzekeraar ook een zorgorganisatie is waarin hij verantwoordelijk is voor de levering van zorg (Porter 2006). Ter invulling van deze veranderende rol is een besturingsstructuur noodzakelijk waarin beslissingsrechten en bevoegdheden helder zijn. De besturingsstructuur biedt de mogelijkheid om effectief en efficiënt waarde toe te voegen voor de klant en daarmee de patiënttevredenheid te vergroten (Swayne 2006). De besturingsstructuur kan gedefinieerd worden in een aantal vormen:

- ❖ Functie: organiseert de activiteiten rond de activiteiten of processen van de organisatie om de missie waar te kunnen maken. Deze opbouw wordt het meest gebruikt voor enkele producten of services en smal georiënteerde organisaties. Een functionele structuur heeft een hoog gehalte aan specialisatie en expertise van het proces en kan hiermee efficiëntie behalen. Zeker wanneer taken routinematig zijn. Controle van strategische beslissingen zijn sterk geconcentreerd. Nadeel van deze structuur is het denken in silo's, het trage beslissingsproces en zwakke horizontale communicatie. Mintzberg (2006) noemt de configuratie van deze structuur de machinebureaucratie.
- ❖ Divisie: is gebruikelijk in organisaties die gegroeid zijn door diversificatie, verticale integratie en een agressieve markt van productontwikkeling. De organisatie is opgedeeld in delen en creëert diverse kleinere, meer gerichte en semi-autonome business units. De structuur staat toe dat er gespecialiseerd wordt om producten en service waarbij een toenemende coördinatie en communicatie noodzakelijk wordt. Nadeel van deze structuur is dat het moeilijk maakt een consistente reputatie en imago te behouden en managementlagen toegevoegd moeten worden omdat er anders dubbel werk wordt gedaan. Het vraagt met zorg geformuleerde richtlijnen. Mintzberg (2006) noemt deze structuur de lijn- en stafstructuur waarbij de configuratie een divisiestructuur is.
- ❖ Matrix: is het meest gebruikelijk zodra organisaties een diversiteit heeft aan producten of projecten die functionele expertise vereisen. De organisatie is georganiseerd rondom problemen die opgelost moeten worden in plaats van rondom producten en functies. De structuur zorgt voor creativiteit en innovatie binnen de organisatie en is dan ook geschikt voor een snelle ontwikkeling van producten. Echter is deze structuur lastig te managen waarbij werknemers naar meerdere personen moeten rapporteren. Coördinatie en communicatie zijn noodzakelijk, waarbij een gedeelde verantwoordelijkheid voorkomt. Het uitbesteden van activiteiten is lastig in verband met de specificiteit.



De besturingsstructuur binnen de zorgverzekeraar is afhankelijk van de strategische keuze. Kiest men voor het minimaliseren van kosten en het vergroten van het marktaandeel of wordt de waarde van de patiënt meest belangrijk geacht? Wordt het eerste gekozen, dan is een verdeling in functiestructuur realistisch. Er is sprake van geformaliseerd gedrag en hiërarchische coördinatie. Het planning- en controlesysteem is gericht op actieplanning (Mintzberg 2006). Wordt in de strategie meer de nadruk gelegd op het toevoegen van waarde, dan is een verdeling in divisiestructuur of matrixstructuur reëel. De divisiestructuur hangt nauw samen met coördinatie via het marktmechanisme en het creëren van interne waarde. Wanneer een organisatie opgedeeld is in divisies kan marktkennis gebruikt worden zodat activiteiten zo goed mogelijk georganiseerd en gecoördineerd kunnen worden. Kenmerkend voor de divisiestructuur is een planning- en controlesysteem gericht op prestatiecontrole (ibid). De matrixstructuur kenmerkt zich doordat er geen groepering heeft plaatsgevonden binnen de organisatie, er is gekozen voor beiden. Hierbij wordt de eenheid van leiding verlaten, waarbij lijnmanagers en productmanagers verantwoordelijk worden gesteld voor beslissingen. Zij worden gedwongen eventuele problemen in onderling overleg op te lossen. Coördinatie vindt veelal plaats via het marktmechanisme én hiërarchie (ibid). Gezien de vele onderlinge relaties op de markt zal de zorgverzekeraar eerder kiezen voor een divisie- of matrixstructuur dan een functiestructuur. Met deze structuren kan hij flexibeler reageren op veranderingen in de markt en wordt kennis van de markt (en daarmee de klant) zo optimaal mogelijk gebruikt. Uiteindelijk zal in de praktijk veelal een combinatie van besturingsstructuur gekozen worden, afhankelijk van de markt en de gekozen strategie.

### **§ 3.2.3 Beleid**

Beleidsvorming komt tot stand in een proces waarbij de organisatie haar visie en strategie vertaald in een plan of actie om beslissingen te begeleiden en uitkomsten te kunnen bereiken (Althaus et al. 2007). Eveneens wordt beleid gemaakt wanneer iets ongepland gebeurt. Beleidsvorming is veelal een cyclisch proces waarbij na bepaling van het onderwerp onderzoek wordt gedaan en bewijs wordt verzameld. Nadat beleid getoetst wordt of het toepasbaar is binnen de organisatie vinden regelmatig evaluaties plaats en wordt de cyclus meestal jaarlijks herhaald (ibid). Op basis van de impact dat beleid zal hebben binnen de organisatie biedt beleidsvorming op voorhand een belangrijk keuzemoment. Waar voorheen voornamelijk beslissingen ten aanzien van beleid werd gemaakt door de ondernemer zelf, wordt beleid nu veelal bepaald met de input van alle afdelingen binnen de organisatie (Krogt&Vroom 1995: 131). Immers zonder de kennis van deze afdelingen is het in een complexe omgeving als de gezondheidszorg bijna onmogelijk beleid te vormen. Om vraaggericht zorg in te kunnen kopen is het voor de zorgverzekeraar dan ook van belang dat de kennis van beide afdelingen als input dient voor beleidsvorming waarna afstemming tussen zorginkoopbeleid en zorgverkoopbeleid plaatsvindt (ibid).

### **§ 3.3 Creëren van toegevoegde waarde**

De vele invloeden en onderlinge relaties laten zien dat de zorgverzekeraar duidelijk een keuze moet maken in de manier waarop hij onderneemt op de markt om zich te onderscheiden van zijn concurrenten. Eerder is al naar voren gekomen dat hij dit kan doen door het toevoegen van waarde. De zorgverzekeraar is immers een belangenbehartiger van de klant en zal dienstverlenend op moeten stellen om de klant te behouden. In deze paragraaf wordt ingegaan op de manier waarop de zorgverzekeraar waarde toe kan voegen in het gehele zorgproces door middel van de value chain analyse en daarmee de verbinding van zorginkoop met verkoop van werkgeverscollectiviteiten.

*Verbinding van zorginkoop met werkgeverscollectiviteiten: strategisch middel of operationele hoofdpijn?*

Waarde kan toegevoegd worden aan de achterkant, de verkoop van werkgeverscollectiviteiten, maar ook aan de voorkant, de inkoop van zorg bij de zorgaanbieder. Waarde kan alleen toegevoegd worden wanneer de zorgverzekeraar weet welke elementen en processen binnen zijn organisatie juist wel of geen waarde toevoegt aan het geheel. De verzekeraar kan doelmatigheid bereiken door het beheer van zijn bedrijfsprocessen. Het concept van de 'value chain analyse' van Porter (1985) maakt het mogelijk de processen van de zorgverzekeraar inzichtelijk te maken en beter te begrijpen hoe een element zijn functie vervult. De functie van een element is dát waarin het product of de service uitkomst moet geven om verkocht te worden (Cavinato et al. 2006).

### § 3.3.1 Value chain analyse

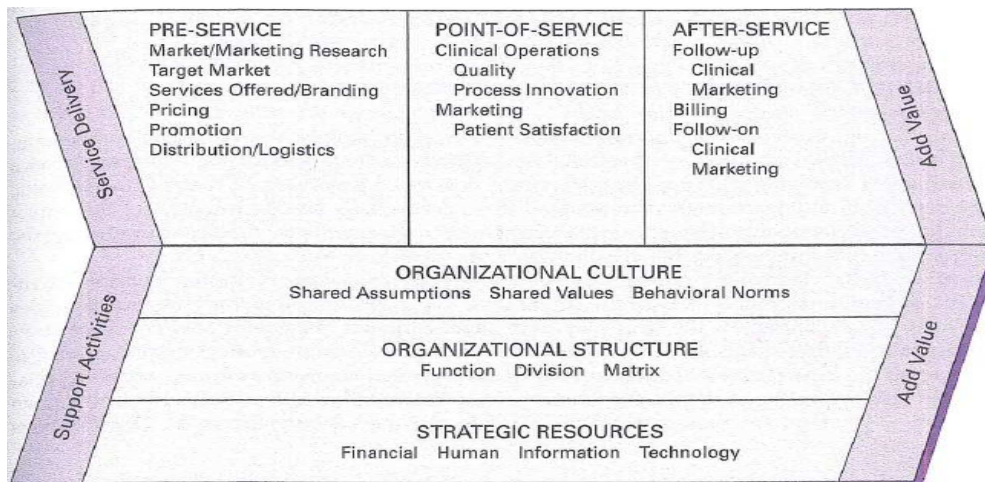
Volgens Burns et al. (2002) heeft het ontstaan van 'integrated delivery networks' (IDN) in 1996 in de U.S.A. ervoor gezorgd dat zorgprocessen beter werden ontwikkeld en de winst hiervan leidde tot integratie 'downstream' richting de patiënt. Op de markt van de gezondheidszorg begon men zich te realiseren dat er mogelijkheden konden zijn de financiële positie te verbeteren door het sluiten van samenwerkingsverbanden met actoren 'upstream'. Veranderingen in de markt van de gezondheidszorg zorgden later voor veranderingen in horizontale structuren van de markt. Op deze markt vonden een tal van samenwerkingsverbanden, integraties en fusies of overnames tussen diverse actoren plaats (Gaynor&Wilson 1999). Daarnaast groeide de wereld van E-commerce dat een paradigma shift promootte hoe handelspartners het beste transacties binnen hun business konden doen. Business-to-Business (B2B) modellen, waarbij gebruik gemaakt werd van het opkomende internet, werden op de markt gebracht als zijnde dé oplossing van problemen en inefficiëntie binnen de industrie. Deze nieuwe technologie zou de transactiesnelheid vergroten, zichtbaarheid in producten en informatie creëren over de gehele keten. Hierdoor kon duplicatie van werkzaamheden, papierwerk en procesfouten worden verminderd. Hoewel value chain issues eerder onbelangrijk waren, trad het met deze ontwikkeling op de voorgrond. Standaarden werden ontwikkeld en hadden een grote invloed op het reduceren van overhead- en administratieve kosten, vermindering van het aantal transacties tussen organisaties en werd de informatie voor het maken van beslissingen verbeterd (Burns et al. 2002).

Cavinato et al. (2006) definieert de analyse van de value chain als volgt:

*"Value analysis is the organized and systematic study of every element of cost in a part, material or service to make certain it fulfills its function at the lowest possible cost".*

De value chain is dus een keten van activiteiten waarbij producten bij elke opeenvolgende activiteit in de keten meer waarde krijgt. Onder de noemer product valt ook de service die verleend wordt naar de klant. Degene die het product koopt wil een zo efficiënt mogelijke service behalen voor het toevoegen van waarde en het verbeteren van de kwaliteit, terwijl de kosten lager worden (ibid). Porter (1985:37) benadrukt hierbij wel het belang het concept van de value chain niet te verwarren met de kosten die ontstaan gedurende het proces. Hij vergelijkt het voorbeeld van een diamant wat gesneden moet worden. Het snijden zelf heeft lage kosten, maar de activiteit voegt veel waarde toe aan het totale eindproduct. Een ruwe diamant is immers minder waard dan een gesneden diamant (ibid). De toegevoegde waarde per product in totaal is dus meer dan de som van alle toegevoegde waarden van de activiteiten.

De value chain analyse deelt functies binnen de organisatie op in primair (basis) en secundair (extra). Daarbij worden 'cost- en value drivers' voor elke waardeactiviteit geïdentificeerd en is de value chain een bruikbare tool voor het management om strategische planning en beslissingen te nemen (Martin 1995). De value chain fungeert hierin als een strategische 'denkmap' om een systematische benadering tot stand te brengen. Deze denkmap verschaft de organisatie een raamwerk om de interne omgeving van de organisatie te toetsen (Swayne et al. 2006). In figuur 6 wordt de value chain analyse van een ziekenhuis weergegeven welke afgeleid is van de oorspronkelijke versie van Porter (1985:37). Dit model stelt als basis het leveren van service (zorg) aan de patiënt dat vanuit het oogpunt van dit onderzoek van even groot belang is voor de zorgverzekeraar als een ziekenhuis.



Figuur 2. Value Chain analyse, gebaseerd op een ziekenhuis (Swayne et al. 2006)

In het bovenste gedeelte van de value chain analyse, de *service delivery (sub) system*, vinden primaire activiteiten plaats, onderverdeeld in drie groepen:

1. *Preservice*. Bevat de service die gegeven wordt aan de klant, alvorens hij of zij 'arriveert'. Dit betreft onder andere marketing en marktonderzoek, services, prijzen, promotie, distributie en logistiek.
2. *Point-of-service*. Activiteiten vinden plaats op het moment dat de klant bij de zorgverzekeraar komt. Hieronder valt de hulp bij het verstrekken van nodige informatie en de begeleiding naar de juiste zorgaanbieder. In dit stadium is patiënt(klant)tevredenheid een belangrijk onderdeel.
3. *Afterservice*. Deze activiteiten zijn van belang om te weten hoe klanten de service hebben ervaren, wat er mis ging en waar de organisatie eventueel kan verbeteren. Waar artsen een follow-up geven aan patiënten, kan de zorgverzekeraar dit doen door middel van afterservice. Verwachtingen en tevredenheid kunnen gepeild worden waarbij sneller ingesprongen kan worden op eventuele missers. Tevens betreft afterservice betalingen en follow-on marketing.

In het onderste gedeelte, de *support (sub) system*, vinden secundaire activiteiten plaats, eveneens opgedeeld in drie groepen: organisatiecultuur, organisatiestructuur en strategische resources (bijvoorbeeld werknemers met voldoende capaciteiten, up-to-date informatiesysteem, goede gebouwen en goede middelen om het werk te kunnen doen), faciliteren en verbeteren van de service

delivery systeem. Tevens zorgen de activiteiten voor een uitnodigende en ondersteunende atmosfeer, een effectieve organisatie en voldoende resources zoals financiën, goed gekwalificeerde staf, informatiesystemen en geschikte faciliteiten (Swayne et al. 2006). Omdat de primaire activiteiten fundamentele waardecreërende activiteiten zijn, worden deze boven de ondersteunende activiteiten geplaatst. In de gehele analyse is het delen van kennis en het hebben van vertrouwen in elkaar een belangrijk onderdeel voor het hebben van succes (Burns et al. 2002). In een onderzoek binnen de auto-industrie naar value chain allianties werd dit toegelicht in drie essentiële ingrediënten voor het hebben van succes:

1. Toewijzen van investeringen voor één supply chain partner om productiviteit te vergroten. Bijvoorbeeld het toewijzen van een manager en account representative omdat zij door de langdurige relatie met de partner, kennis en know-how hebben verkregen.
2. Effectief management van kennis en de kennisflow tussen partners. Dit vraagt om het delen van informatie (zowel expliciete kennis als tacit knowledge). Men kan dit bereiken door bijvoorbeeld lerende teams op te zetten, consultatie ter plaatse, gezamenlijke studiegroepen en probleemoplossende teams. Leveranciers verschaffen input voor initiatieven van productontwikkeling en procesverbetering.
3. Vertrouwen tussen partners. Vertrouwen verlaagt transactiekosten doordat de noodzakelijkheid om te chanteren met contracten en controle hierop wordt verkleind. Dit kan door leveranciers te selecteren op basis van hun capaciteiten en performance, voorgaande samenwerkingservaringen, stabiliteit van de betrokken managers, communicatie in beide richtingen en evaluatie van de relatie op een bredere schaal dan alleen prijs of input.

Het delen van kennis en vertrouwen binnen de gezondheidszorg speelt een belangrijke rol om ervoor te zorgen dat de patiënt zo goed mogelijk geholpen wordt. Binnen de zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt zijn eveneens diverse vertrouwensrelaties te leggen. Op de zorginkoopmarkt moet vertrouwen zijn tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De zorgverzekeraar moet ervan overtuigd zijn dat zorgaanbieder kwalitatief goede zorg levert en waar kan maken wat hij beloofd, de zorgaanbieder moet ervan overtuigd zijn dat de zorgverzekeraar klanten probeert te sturen in zijn richting. De zorgverzekeraar moet tevens vertrouwen dat de zorgaanbieder de juiste DBC's declareert en zich houdt aan de afspraken betreffende de bekostiging. Tevens is de vertrouwensrelatie met zowel de huisarts als bedrijfsarts voor de zorgverzekeraar van belang, omdat beiden een doorverwijsfunctie heeft evenals een vertrouwensrelatie met de patiënt. Op de zorgverzekeringsmarkt moet vertrouwen zijn tussen zorgverzekeraar en werkgever, de werkgever moet ervan uit kunnen gaan dat de zorgverzekeraar waar maakt wat afgesproken is. Anders kan de werkgever ervoor kiezen over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verwacht van de werkgever dat hij zijn best doet zoveel mogelijk werknemers deel te laten nemen in het collectieve contract en dat er op tijd betaald wordt. Tevens is het vertrouwen tussen zorgverzekeraar en individuele werknemer (patiënt) van belang, de werknemer verwacht dat de zorgverzekeraar dienstverlenend is en hem informatie geeft die noodzakelijk is om de juiste keuze te maken tegen een zo goed mogelijke prijs. Immers staat de werknemer niet in de positie te onderhandelen met de zorgaanbieder over de prijs en beschikt hij niet altijd over de juiste informatie. Daarbij komt kijken dat de patiënt in een afhankelijkheidspositie zit wanneer het gaat om zorg. Omdat de patiënt in een afhankelijkheidspositie zit, zien patiëntenorganisaties en de NZa erop

toe dat de zorgverzekeraar de belangen waarborgt. Ook met deze partijen heeft de zorgverzekeraar een vertrouwensrelatie te behouden. Naast deze ‘externe’ vertrouwensrelaties, heeft de zorgverzekeraar intern te maken met vertrouwen tussen afdelingen (zoals tussen zorginkoop en zorgverkoop).

Vanuit het perspectief van de waardeketen is het geheel van externe en interne vertrouwensrelaties van belang. Voor de zorgverzekeraar is het dan ook interessant te bekijken welk element van de organisatie waarde toevoegt, wat de kosten van dit element zijn en welk element geen deel uitmaakt van de waardeketen. In onderstaande paragrafen worden twee elementen (processen) toegelicht: zorginkoop en zorgverkoop.

### § 3.3.2 Zorginkoop

Het bijzondere, maar tegelijk ook het lastige, aan de zorginkoop is dat het zich afspeelt tussen private partijen (zorgverzekeraars en zorgaanbieders met de patiënt als prominente toeschouwer) en publieke belangen (RVZ 2008). Omdat zorginkoop niet alleen een zaak is van de zorgverzekeraar, kan zorginkoop alleen succesvol zijn als randvoorwaarden en verantwoordelijkheden van alle partijen helder zijn en er begrip is voor elkaars positie (Bouman et al. 2008).

De zorgverzekeraar ziet zorginkoop nog sterk als een proces dat dient te worden uitgevoerd om de eigen doelstellingen te realiseren (Bouman et al. 2008). Terwijl in rapporten meerdere malen benadrukt wordt dat een sterke aandacht op zorginkoop noodzakelijk is om het vernieuwde zorgstelsel te doen slagen, ziet de zorgverzekeraar hier nog niet de meerwaarde van in (Bouman et al. 2008; Consumentenbond 2008; Gooskens 2008; NZa 2007; NZa 2008; RVZ 2008). Dit uit zich in de inzet van een gering aantal zorginkopers, de nadruk op het contracteren van zorgaanbieders en de sterke aandacht op het verkrijgen van marktaandeel. Hierdoor is het onmogelijk een professionele zorginkooporganisatie op te zetten (Bouman et al. 2008). Tevens is men van mening dat zorginkopers onvoldoende strategische kennis van zaken hebben terwijl het aandeel van inkoop in de omzet 90-95% is (tabel 2).

Sector/type organisatie	Aandeel van inkoop in de omzet
Dienstverlenende organisaties	30-40%
Overheid	40%
Zorgaanbieders (bijvoorbeeld ziekenhuizen)	40%
Productiebedrijven	70%
Zorgverzekeraars	90-95%
Handelsorganisatie	> 95%

Tabel 2. Aandeel van zorginkoop in de omzet (Bouman et al. 2008).

Hoewel de zorgverzekeraar een steeds bredere invulling aan zorginkoop geeft, staat zorginkoop(beleid) nog in de kinderschoenen en krijgt het nog niet de nodige aandacht. Onderstaand figuur (2), ontwikkeld door de TU Eindhoven, verduidelijkt dit.

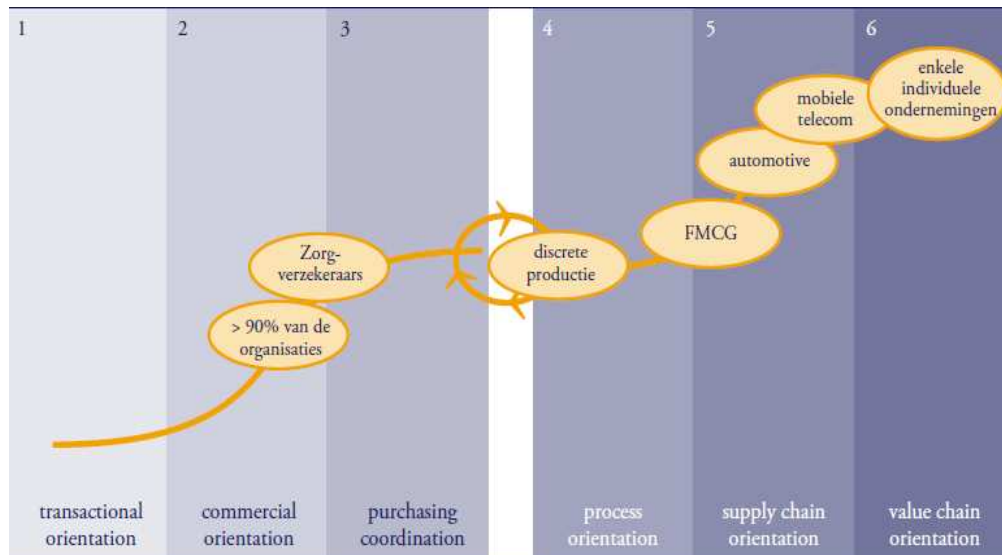


Fig. 3. Fasen van ontwikkeling in zorginkoop, ontwikkeld door TU Eindhoven (Bouman et al. 2008).

De ontwikkeling van zorginkoop in Nederland verloopt in een aantal fasen welke betrekking hebben op strategische zorginkoop, de nadruk in werkzaamheden, procedures en proces, leveranciermanagement en prestatiemeting, cultuur, structuur en personele aspecten (Bouman et al. 2008). Het model maakt inzichtelijk dat de zorgverzekeraar op dit moment nog niet overtuigd is van de toegevoegde waarde van zorginkoop en daarmee met één been in fase twee en het andere been in fase drie staan. In deze fasen richt de zorgverzekeraar zich voornamelijk op commerciële oriëntatie (het realiseren van lage prijzen) en de coördinatie van zorginkoop (beïnvloeding van kwaliteitsniveau, het zoeken naar synergievoordelen met leveranciers en besparingen) (ibid).

Voor het realiseren van de waardeketen is de overtuiging van de toegevoegde waarde van zorginkoop van belang. Wanneer deze overtuiging de zorgverzekeraar heeft bereikt, kan pas een verschuiving plaatsvinden naar de volgende drie fasen in het model. In deze fasen wordt onder andere samenwerking met leveranciers steeds belangrijker. Hiermee kan de zorgverzekeraar gerichter zorg inkopen op de vraag van klanten. Teneinde dit doel te bereiken, zal de zorgverzekeraar moeten beginnen integratie en samenwerking tussen zorginkoop en de verkoop van werkgeverscollectiviteiten te bewerkstelligen. Voor de klant levert dit uiteindelijk meer waarde op in het totale zorgproces en voor de zorgverzekeraar een waardeketen waarover hij de regie heeft (Bouman et al. 2008). De zorgverzekeraar zal eveneens beter in staat zijn te concurreren en aantrekkelijk te zijn voor klanten en zorgaanbieders (RVZ 2008).

### § 3.3.3 Zorginkoopproces

Door de invoering van DBC's in het B-segment kregen zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor het eerst te maken met onderhandelingen. Het is een cyclisch proces waarbij de zorgverzekeraar ieder jaar opnieuw zijn onderhandlungsstrategie zal moeten bepalen (Zuurbier&Krabbe-Alkemade 2007). Door het zorginkoopproces te beschrijven wordt inzichtelijk gemaakt welk element waarde of juist geen waarde toegevoegd aan het eindproduct.



Weele (1988) heeft het inkoopproces opgedeeld in zes fasen waarin diverse activiteiten plaatsvinden (figuur 2). In de praktijk komen deze activiteiten niet altijd aan bod, de keuze hiervan is afhankelijk van de situatie. Het model is puur gericht op de contracteringsfase, het verdelen van budgetten en relatiebeheer (tactische en operationele inkoop). Een uitgebreide beschrijving van de inkoopfasen is opgenomen in bijlage 4.

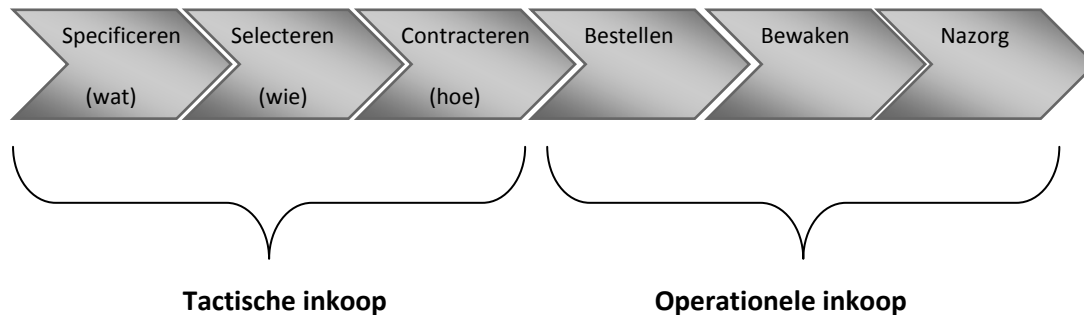


Fig. 4. Inkoopproces volgens Weele (1988)

Omdat zorginkoop uit meer bestaat dan alleen het contracteren van een zorgaanbieder, kan een zorgverzekeraar zich niet alleen beperken tot het gebruik van traditionele inkoopinstrumenten. Bouman et al. (2008) heeft een aantal redenen opgegeven waarom zorginkoop niet kan zijn als een standaard inkoopproces:

- ❖ De klant (de besteller) is vrij om een zorgaanbieder (de leverancier) te kiezen. Normaliter wordt de besteller gedwongen te kiezen voor de gecontracteerde leverancier. Een zorgverzekeraar moet tevens met meerdere leveranciers zaken doen vanwege de grote spreiding van klanten.
- ❖ Zorginkoop is niet alleen een zakelijk proces. Publieke belangen (toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid) moeten behartigd worden.
- ❖ Het driemarktenmodel (figuur 1) laat onderlinge relaties en verbanden zien die van invloed zijn op het zorginkoopproces. Wetgeving en toezichthouders als NZa en NMa zijn noodzakelijk vanwege de borging van het publieke belang. Dit betekent een gereguleerde markt waarin dwarsverbanden worden gelegd tussen prijsplafonds, budgetafspraken en vrije tarieven.
- ❖ Zowel koepel- en brancheorganisaties als patiëntenverenigingen hebben invloed op de drie deelmarkten en stellen in min of meerdere mate randvoorwaarden aan de zorginkoop.

Met deze redenen moet zorginkoop worden gezien vanuit een breder perspectief. Het tactische en operationele gedeelte van het zorginkoopproces wordt omringd door een strategisch gedeelte. Dit gedeelte bevat de kaderstelling, inkoopstrategie en het vaststellen van de zorginkoopinstrumenten (Karszen&Esselaar 2007). In de kaderstelling wordt de aansluiting tussen de doelstellingen van de organisatie en de zorginkoop uitgewerkt waarna in de inkoopstrategie per segment een strategie wordt vastgesteld. Hierin wordt een analyse gemaakt van de specifieke situatie binnen het segment en worden keuzen gemaakt en vastgelegd in een uitvoeringsplan voor de uit te voeren zorginkoop activiteiten. De uitvoering van de activiteiten worden per inkoopinstrument beschreven. Daarnaast worden organisatorische randvoorwaarden en sturingsinstrumenten vastgelegd waarmee de functie zorginkoop wordt uitgevoerd en bestuurd. Inkoopinstrumenten voor de zorgverzekeraar kunnen zijn:

selectief contracteren, preferred providerschap (voorkeursaanbieders) en gedifferentieerd inkopen (ibid). Een breder perspectief op zorginkoop geeft de zorgverzekeraar beter de mogelijkheid zich te ontwikkelen richting value chain oriëntatie. Echter voordat de zorgverzekeraar dit bereikt heeft zal de strategische keuze verankerd moeten liggen in de organisatie, uitgewerkt in beleidsplannen van de afdelingen (Bouman et al. 2008).

### **§ 3.3.4 Zorgverkoop**

Naast de wettelijk verplichte basispolis bieden zorgverzekeraars aanvullende zorgverzekeringen aan. De consument kan op twee manieren een aanvullende verzekering afsluiten:

1. Via individuele verzekering;
2. Via collectieve verzekeringen.

Voor zorgverzekeraars is de aanvullende zorgverzekering de beste mogelijkheid om nieuwe producten op de markt te zetten. Omdat werkgeverscollectiviteiten een sterkere invloed heeft op het marktaandeel en de verzekeringsgraad, concentreren zorgverzekeraars zich hier voornamelijk op (zie paragraaf 1.1). Werkgevers hebben de mogelijkheid een collectiviteit af te sluiten voor hun werknemers zodat een korting bedongen kan worden van maximaal 10% op de premie (Hermans&Buijsen 2006). Het afsluiten van een collectieve zorgverzekering tussen werkgever en zorgverzekeraar heeft volgens Ruth (2007) te maken met de reputatie van goed werkgeverschap en met binding en werving van werknemers. Tevens speelt mee dat zaken als ziekteverzuimbeleid en de zorgverzekering onderdeel zijn van de CAO. Belangrijkste reden is het aanbieden van goede secundaire arbeidsvoorwaarden (Aon Consulting 2006). Een kleiner deel van de werkgevers noemt het krijgen en houden van grip op verzuimgerelateerde kosten als reden om een collectieve zorgverzekering af te sluiten. Ruth (2007) vult hierop aan dat collectiviteiten vooral premie en premiekorting voor beide verzekeringen, de kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders, service en reputatie van de zorgverzekeraar belangrijk vinden.

### **§ 3.4 Planning & Control**

Om als zorgverzekeraar de rol van belangenbehartiger waar te kunnen maken en waarde toe te voegen in de zorgketen, zal hij naast de professionalisering van zorginkoop het functioneren van de bedrijfsvoering moeten verbeteren. Het management van de zorgverzekeraar zal immers toezicht en controle willen uitoefenen op de uitvoering van de vastgestelde strategie en het beleid (Heezen 2000). De wijze waarop een zorgverzekeraar invulling kan geven aan verbetering in bedrijfsvoering, wordt in onderstaande paragraaf beschreven.

Planning en control kan bereikt worden door contractuele afspraken, zowel met werkgevers over de collectiviteiten, met zorgaanbieders over zorginkoop als onderling tussen de afdelingen. Zo kan de zorgverzekeraar afspraken maken over de te leveren kwaliteit van de zorgaanbieder maar ook afspraken met de werkgever over ondersteuning bij arbeidsgerelateerde zorg. Tussen de afdelingen zorginkoop en zorgverkoop kan de zorgverzekeraar afspraken vastleggen over de te leveren producten en dienstverlening naar elkaar. Met het maken van deze afspraken en het beheren van contracten zijn echter kosten gemoeid: transactiekosten. Transactiekosten vormen een onderdeel van de planning en control waarmee een organisatie tracht de kosten te beheersen (Lapré 2001). In paragraaf 3.4.1. wordt ingegaan op het transactiekostenmodel wat als basis dient om



transactiekosten te beheersen. In paragraaf 3.4.2 wordt ingegaan op de agencytheorie en stewardshiptheorie welke als basis dienen voor een beheerssysteem om informatieasymmetrie tussen de actoren op te heffen.

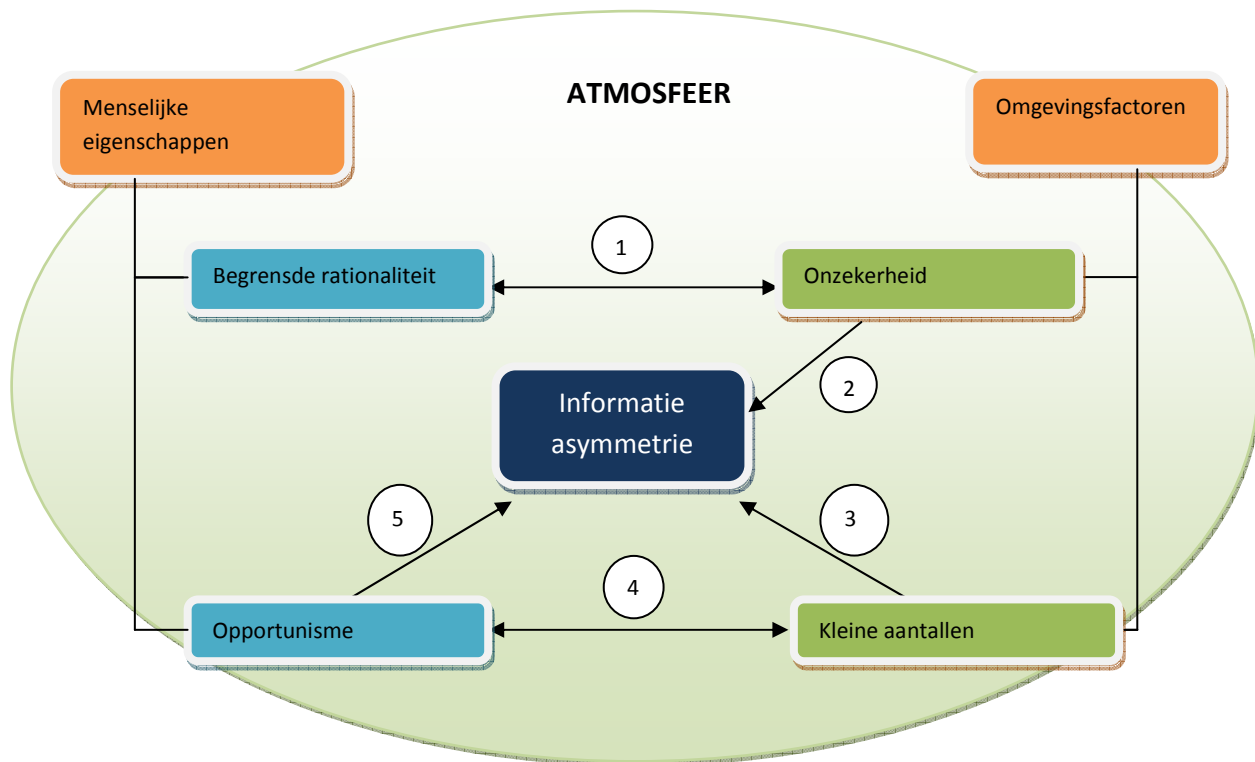
### **§ 3.4.1 Transactiekostenmodel**

Een belangrijk model binnen de neo-institutionele economie is Williamson's theoretische analyse van efficiëntie van markten en hiërarchieën (Williamson 1975). Dit 'transactiekostenmodel' is gebaseerd op de aanname dat elke handeling of transactie 'begrenst' wordt met verschillende kosten waarin contracten of afspraken tussen principalen en agenten centraal staan (Zuurbier&Krabbe-Alkemade 2007:18; Williamson 1985). Een transactie is dan ook een gebeurtenis in een proces van economische ruil (Nootboom 2009). Op de zorgverzekeringsmarkt is sprake van economische ruil op het moment van verkoop van polissen en werkgeverscollectiviteiten. Zo willen werkgevers een collectiviteit die zo goed mogelijk aansluit bij hun wensen, bijvoorbeeld werknemers snel terug krijgen op het werk. In ruil hiervoor zal hij de zorgverzekeraar geld geven. Daarentegen betaald een werknemer voor een verzekering waarvoor hij een betrouwbare zorgverzekeraar, die snel kwalitatief goede zorg levert, verwacht. Op de zorginkoopmarkt is sprake van economische ruil wanneer een zorgverzekeraar zorg inkoopt bij een zorgaanbieder. Op beide markten wordt in het ideale geval geconcurrereerd om de gunst van de patiënt/klant. Tevens is binnen de organisatie ook sprake van economische ruil, tussen de zorg die ingekocht is en het nakomen van de polisvoorwaarden. Evenzo wordt verwacht dat de juiste zorg ingekocht wordt voor een werkgeverscollectiviteit. Met al deze ruilmomenten zijn transactiekosten gemoeid, hetzij zoekkosten voor de vrager of beheerskosten voor een zorginkoop contract.

De verschillende ruilmomenten waarmee transactiekosten zijn gemoeid zijn op te delen in drie fasen: contact, contract en controle (Zuurbier 2007). In de fase van contact is sprake van voorbereidingskosten: zoekkosten bij de vrager (klant of zorgverzekeraar) en marketingkosten bij de aanbieder (zorgverzekeraar of zorgaanbieder). In de fase van contract zijn er kosten voor de afnemer (klant of zorgverzekeraar) en leverancier (zorgverzekeraar of zorgaanbieder). Deze kosten vloeien voort uit het voorkomen van problemen, onzekerheden en risico's ex ante en het nemen van maatregelen deze kosten te beheersen. In de controle fase (ex post) worden kosten gemaakt aan de uitvoering van het contract, waaronder monitoring, heronderhandeling en communicatie. Teneinde transactiekosten te beperken, zal de zorgverzekeraar voortdurend op zoek gaan naar efficiënte bedrijfsvoering en een zo optimaal mogelijke vorm van organisatie. De drie fasen vormen hiermee een onderdeel van de planning en controle binnen de organisatie.

Met het transactiekostenmodel worden kosten en risico's- verbonden aan transacties- in relatie tot de kosten van productie en interne bedrijfsvoering inzichtelijk gemaakt. Hiermee kan efficiëntie in de administratie en processen worden bereikt. Binnen de gezondheidszorg is sprake van een hoge mate van afhankelijkheid. Deze afhankelijkheid leidt tot hoge transactiekosten voor de partijen (Williamson 1975). Om hierin economische efficiëntie te bereiken zal de zorgverzekeraar op zoek moeten blijven gaan naar de meest optimale organisatievorm. Alleen als een organisatie in staat is de activiteiten effectiever en efficiënter te coördineren dan het marktmechanisme, houd zij zich staande in de markt (Williamson 1985). De continue zoektocht naar efficiëntie leidt ertoe dat een organisatie zich af moet vragen welke vorm van coördinatie van activiteiten het meest geschikt is. Organiseert zij de activiteiten hiërarchisch (zelf doen, hiërarchische coördinatie) of laat ik de coördinatie aan de

markt over (uitbesteden, coördinatie via het marktmechanisme)? (Koevoets et al. 2008; Williamson 1998). De essentie van het transactiekostenmodel wordt weergegeven in figuur 3.



Figuur 5. Williamson, 'Market and Hierarchies' (1975). 'Organization failure framework'.

Transactiekosten bestaan uit twee kern (gedrags)factoren (Williamson 1985):

- ❖ *'Bounded rationality' (begrensde rationaliteit)*. Impliceert dat actoren in de praktijk niet alle relevante informatie kunnen achterhalen om te komen tot een optimaal besluit (Koevoets et al. 2008). Consequentie is dat het niet mogelijk is om een contract af te sluiten of afspraken te maken waarin alle onzekerheden worden uitgeschakeld. Bounded rationality speelt meer een rol naarmate de complexiteit en onzekerheid van een activiteit toeneemt.
- ❖ *Opportunisme*. Refereert naar de kans dat actoren hun eigen belang boven de optimale uitvoering van het contract of de afspraak stellen. Arglistig gedrag (vals spelen) valt met opportunisme niet uit te sluiten. Opportunisme krijgt een kans wanneer situaties onzeker zijn en er sprake is van informatieasymmetrie (pijl nummer 2 en 3) (Koevoets et al. 2008). Om opportunistisch gedrag zoveel mogelijk te voorkomen dient een partij de kans en de impact in te schatten dat dit gedrag zich in de samenwerking voordoet. Onderlinge afhankelijkheid wordt sterk verhoogd wanneer de uitvoerende organisatie grote specifieke investeringen doet die niet voor andere doeleinden kunnen worden gebruikt. Hierdoor ontstaat er een bilateraal monopolie waarbij beide partijen tot elkaar veroordeeld zijn (pijl nummer 5). De leverancier staat dan in een machtige positie omdat de kosten van het overstappen naar een andere leverancier hoog zijn (ibid).

Voor de organisatievorm zijn drie omgevingsfactoren bepalend (Williamson 1985):

- ❖ *Onvoorspelbaarheid/onzekerheid*. Partijen kunnen voldoende potentiële alternatieven vinden terwijl er incomplete en imperfecte informatie is. Er zijn voldoende mogelijkheden die naar voren komen gedurende de transactie. Vanwege de begrensde rationaliteit is het echter bijna onmogelijk incomplete informatie te vermijden. Deze informatieasymmetrie zorgt, evenals specificiteit in de activa, voor een grote mate van opportunisme (Ashton 1998).
- ❖ *Complexiteit (activa specificiteit)*. Betreft de omvang van bronnen die nodig zijn om een transactie te completeren en inzetbaar te maken voor alternatieven zonder dat hierdoor de waarde van de productie verloren gaat. Een hoge specificiteit biedt groot opportunisme en prikkels voor partijen om te handelen met een klein aantal aanbieders omdat een hoge specificiteit veelal sunk costs laat zien. Voor inkopers is dit nadelig omdat er geen keuze gemaakt kan worden voor alternatieve aanbieders die andere goederen aanbiedt (Ashton 1998). Sunk costs zijn kosten die men niet meer kan terugverdienen als de productie stopgezet wordt: de directe opbrengstwaarde van de desbetreffende activa blijkt nihil te zijn zoals bij spoorwegen en pijpleidingen (Corbey&Hulst 2005).
- ❖ *Klein aantal betrokken partijen (frequentie)*. Efficiëntie van de marktwerking wordt bepaald door het aantal beschikbare marktpartijen. Zodra er meerdere partijen aanwezig zijn op de markt en de onderlinge concurrentie beter is, ligt het uitbesteden van activiteiten meer voor de hand. In dit geval zal informatie asymmetrie een kleinere rol spelen (pijl nummer 4). Indien een partij een grote voorsprong heeft (bijvoorbeeld door onvoldoende informatie/transparantie of 'first mover') op zijn concurrenten nemen de risico's toe. Concurrentie wordt dan verstoord wanneer niet alle partijen van dezelfde informatie worden voorzien (Koevoets et al. 2008). Wanneer een transactie tussen twee partijen infrequent is wordt een meer goedkopere en beheersbare besturingsstructuur geselecteerd. Gevolg is dat hetgeen waarop de transactie betrekking heeft niet goed meetbaar is (Ashton 1998).

Het gedrag en de omgevingsfactoren worden beïnvloed door de atmosfeer van de markt, waaronder culturele factoren en formele instituties. De atmosfeer zorgt ervoor dat de zorgverzekeraar bij de levering van zijn dienst rekening moet houden met diverse partijen en belanghebbenden. Het waterdicht maken van contracten leidt tot hogere kosten van informatie en monitoring en heeft geen positieve uitwerking op het onderlinge vertrouwen. De eerder genoemde 'harde' elementen zijn dan ook niet voldoende om zaken te blijven doen. Het element 'vertrouwen', een zogenoemd 'zacht' element, maakt de laatste jaren steeds vaker onderdeel uit van het transactiekostenmodel (Koevoets et al. 2008; Ashton 1998). Binnen de atmosfeer van de gezondheidszorg speelt vertrouwen een belangrijke rol, immers zijn de actoren onderling sterk afhankelijk van elkaar en is gezondheidszorg een onvoorspelbaar en complex product. Zodra bij de zorgaanbieder en patiënt vertrouwen aanwezig is, zullen de kosten van het zakendoen voor de zorgverzekeraar dalen. Voornamelijk bij een coördinerende en regisserende rol is dit belangrijk (ibid). Om een goede samenwerking tot stand te brengen zal de zorgverzekeraar zowel intern als extern samen met de actoren op moeten trekken als partners en niet als tegenstanders. Daarbij zullen de actoren voortdurend met elkaar moeten meedenken en investeren in de relatie om een optimale samenwerking te krijgen (ibid). De zorgverzekeraar kan hierin vanuit zijn verbindende rol tussen klant en zorgaanbieder een belangrijke bijdrage leveren.

### § 3.4.2 Beheersysteem

De verbindende rol van de zorgverzekeraar op de markt, zorgt ervoor dat de verhoudingen op de zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt veranderd zijn. Het borgen van publieke belangen in private sferen vergt een professioneel vakmanschap van de zorgverzekeraar die hij tot voor de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet vooral op een ander terrein liet zien. De zorgverzekeraar heeft te maken met meerdere actoren waarmee afspraken worden gemaakt. Om ervoor te zorgen dat afspraken nageleefd worden zal de zorgverzekeraar zijn contracten en afspraken met werkgevers, verzekerden en zorgaanbieders willen optimaliseren. Evenzo zullen beide afdelingen hun afspraken willen optimaliseren. Om het verschil tussen kosten en opbrengsten minimaal te houden zal de zorgverzekeraar een beheersingsmethode kiezen die het best past bij de context waarin hij opereert. De vraag is of de zorgverzekeraar daarbij uitgaat van onderling vertrouwen of op wantrouwen, waarbij uitgegaan wordt van een sterke mate van controle? De keuze voor een juiste beheersingsmethode is te benaderen vanuit de agencytheorie en stewardshiptheorie. In deze paragraaf wordt verder ingegaan op beide theorieën.

Volgens Williamson (1985) kunnen contracten nooit volledig zijn en leidt onvolledigheid tot problemen. Problemen komen voornamelijk naar voren zodra beide partijen investeren in relatiespecifieke producten of diensten waarbij de investering in de relatie een hogere waarde heeft dan het eigenlijke product. Hiermee beweegt de investeerder zich op een zwakke onderhandelingspositie. Omdat de andere partij de mogelijkheid heeft misbruik te maken van de onvolledigheid (hij claimt bijvoorbeeld een hoger bedrag achteraf dan afgesproken), kan hij besluiten minder of niet te investeren in een product (Hendrikse&Veerman 2000). Het effect hiervan is dat beide partijen er alles aan zullen doen om het verschil tussen de kosten en opbrengsten te optimaliseren. Zo kan het zijn dat zorginkopers kwalitatief goede zorg in willen kopen, terwijl zorgverkopers gericht zijn op het verkrijgen van meer marktaandeel. Om een optimale verhouding te creëren tussen zorginkoop en zorgverkoop kan gekozen worden voor een beheersingsmethode, benaderd vanuit agencytheorie en stewardshiptheorie. In de agencytheorie staat het contract tussen principaal (de opdrachtgever) en agent (de uitvoerder) centraal. Kern van de theorie is dat de agent op basis van het contract werkzaamheden uitvoert voor de principaal, waarbij informatieasymmetrie een belangrijke rol speelt. Van belang is dat uiteindelijk een organisatievorm gevonden wordt, die de handelingen van de agent dusdanig stuurt, dat de principaal het risico van ongewenst gedrag door de agent zo minimaal mogelijk houdt. Dit tegen de laagst mogelijke kosten (Zuurbier 2007: 18-19). Daarentegen is de kern van de stewardshiptheorie niet het contract welke de relatie vorm geeft, maar onderling vertrouwen. De stewardshiptheorie gaat ervan uit dat degene die het werk uitvoert zijn werk goed wil doen en zal handelen als een doeltreffende 'steward' binnen de organisatie (Donaldson&Davidson 1991). Voor de zorgverzekeraar zal de vraag zijn wat het optimum is om zijn relatie met zowel interne partijen als externe partijen vorm te geven.

Volgens de agencytheorie is door informatieasymmetrie sprake van een belangenconflict tussen principaal en agent. De principaal geeft verantwoordelijkheden en bevoegdheden aan een agent die het werk voor hem uitvoert. De agent dient verantwoording af te leggen aan de principaal waar hij een beloning voor ontvangt. De principaal zal proberen de agent dusdanig te sturen dat zijn belangen als principaal voorop staan. Daartoe zal hij zijn beloningsstructuur zodanig inrichten dat er bepaalde prikkels van uitgaan voor de agent, die zijn gedrag in de gewenste richting sturen (Zuurbier 2007). Dit kunnen financiële prikkels zijn (beloning), prikkels door het invoeren van voorschriften waaraan een

agent zich dient te houden en prikkels door middel van sturing: de agent van informatie voorzien en overtuigen. Aan de andere kant van het optimum bevinden zich de stewards. Stewards gedragen zich vrijwillig behulpzaam en pro-organisatorisch omdat zij van mening zijn dat dit een hoger nut geeft op de samenwerking dan doelincongruent, individualistisch en opportunistisch gedrag (Donaldson&Davidson 1991). In tegenstelling tot de agencytheorie heeft de steward een verantwoordingsplicht zonder controle. De relatie in de stewardship wordt als volgt omschreven:

*“Het verantwoordelijk zijn en tegelijkertijd dingen onder controle houden, zonder de macht te centraliseren of actie vanuit één punt te laten doen plaatsvinden” (Armstrong 1997; Bouillon 2007).*

De nadruk ligt dan ook op vertrouwen (Bouillon 2007). Zo zal de afdeling zorgverkoop moeten vertrouwen op afdeling zorginkoop dat zij de juiste producten inkopen en vertrouwt het management van de zorgverzekeraar erop dat het werk goed uitgevoerd wordt. Volgens de agencytheorie is tussen beide partijen nu juist een spanningsveld te ontdekken, de agent zal de beoordeling van de principaal proberen te beïnvloeden door die informatie aan te leveren waarvoor hij optimaal beloond wordt. Door deze informatieasymmetrie zijn er twee problemen aanwezig:

- ❖ Er is sprake van adverse selection (tegendraadse keuzes). Adverse selection wordt ook wel aangeduid als inside information: de agent, die een contract heeft met de principaal, beschikt over informatie die niet beschikbaar is voor de principaal. De principaal kan niet beoordelen of deze informatie wordt aangewend op een wijze die tegemoetkomt aan zijn belangen (Zuurbier 2007).
- ❖ Er is sprake van moral hazard (beoordelingsrisico). Moral hazard betreft het risico voor de principaal dat hij bij beoordeling van de prestatie van de agent een verkeerde beslissing neemt omdat hij de acties van de agent niet waar kan nemen, maar alleen het resultaat. De agent kan zijn specifieke kennis en vaardigheden inzetten als machtsmiddel, omdat de agent altijd meer informatie heeft over de uitgevoerde werkzaamheden dan de principaal (Figueras 2005).

De principaal tracht de informatieasymmetrie op te heffen door het gedrag van de agent te beïnvloeden met prikkels. Het geven van prikkels aan de agent brengt transactiekosten met zich mee: de kosten die gemaakt worden om de prestaties van de agent te kunnen controleren en te meten. Dit leidt tot beheerskosten ofwel ‘agencycosts’. De kosten zijn onder te verdelen in monitoring en bonding. Monitoring betreft het produceren van managementinformatie waardoor de principaal de prestaties van de agent kan controleren. Bonding zijn kosten voor informatieverstrekking door de agent om de principaal zijn goede wil te tonen (Douma&Schreuder 2008). Voor een principaal is het van belang een juiste afweging te maken tussen de winst en de kosten die het afsluiten van een contract met een agent teweeg brengt. Binnen de zorgverzekeraar zijn meerdere principaal-agentschap relaties aanwezig waarvoor de zorgverzekeraar de agencycosts zo laag mogelijk wilt houden. Zo is het topmanagement principaal voor de afdeling zorginkoop en afdeling zorgverkoop. Beiden agenten krijgen opdracht van dezelfde principaal. De afdeling zorgverkoop is op haar beurt principaal voor de afdeling zorginkoop. Zij geeft (indirect)opdracht om bepaalde zorg in te kopen bij zorgaanbieders. De afdeling zorginkoop beschikt over die informatie die afdeling zorgverkoop niet heeft. De afdeling zorginkoop kan naast agent ook principaal zijn door opdracht te geven aan afdeling zorgverkoop informatie te verstrekken over de markt en de klanten. Op de zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt zijn eveneens meerdere principaal-agentschap

*Verbinding van zorginkoop met werkgeverscollectiviteiten: strategisch middel of operationele hoofdpijn?*

relaties aanwezig welke invloed hebben op de relatie tussen zorginkoop en zorgverkoop. De zorgverzekeraar geeft de zorgaanbieder opdracht om kwaliteit van zorg te leveren voor zijn klanten. De zorgaanbieder heeft informatie over verzekerden waarover de zorgverzekeraar niet altijd kan beschikken in verband met privacywetgeving. Op de zorgverzekeringsmarkt is de werkgever principaal die een zorgverzekeraar (de agent) in de hand neemt om ervoor te zorgen dat zijn werknemers zorg krijgen en weer snel terug zijn op de werkvloer. De principaal heeft zelf niet de kennis en mogelijkheid in bezit om te onderhandelen met de zorgaanbieder. De agentschaprelaties hebben gemeen dat het om gevoelige en vertrouwelijke informatie gaat waardoor contracten noodzakelijk zijn ervoor te zorgen dat daadwerkelijk de juiste informatie aanwezig is.

Volgens de stewardshipbenadering is het afsluiten van contracten of het maken van afspraken niet nodig om de relatie vorm te geven en informatieasymmetrie op te heffen. Beide partijen moeten zich juist richten op onderling vertrouwen om samenwerking te creëren (Bouillon 2007). Bezien vanuit de stewardshipbenadering is een prikkelgedreven beheerssystematiek dan ook niet doelmatig om consensus of optimale prestaties te bereiken wanneer de ene partij doelincongruent gedrag vertoont en de ander pro-organisatorisch gedrag laat zien. Als een partij zich gedraagt als een steward, zal hij samenwerking een hogere waarde geven dan opportunisten. De steward ervaart samenwerking als een hoger persoonlijk nut, waardoor een sterke relatie tussen tevredenheid van een steward en het succes van de organisatie ontstaat (Davis et al. 1997). Vanwege de onderlinge afhankelijkheid en de klant optimaal te kunnen voorzien in wensen en behoeften, is voor de zorgverzekeraar een goede samenwerkingsrelatie tussen afdeling zorginkoop en afdeling zorgverkoop van belang. Het succes van de zorgverzekeraar kan hiermee beïnvloed worden.

### **§ 3.5 Conclusie**

Geconcludeerd kan worden dat de markt van de gezondheidszorg complex is waarbij diverse belangen en afhankelijkheidsrelaties zichtbaar zijn. De zorgverzekeraar heeft hiermee een veranderende rol gekregen waarin zijn taak, het professioneel zorginkopen, centraal staat. Hoewel verwacht werd dat hiermee het strategisch gedrag van de zorgverzekeraar zou veranderen, is hiervan nog weinig zichtbaar. Ondanks dat zorgverzekeraars steeds vaker inkoopinstrumenten als gedifferentieerd inkopen en het aanwijzen van voorkeursaanbieders inzetten, wordt nog weinig geïnvesteerd in de professionalisering van zorginkoop en vraaggestuurde aanbod. Terwijl de zorgverzekeraar met professionele zorginkoop juist meerwaarde kan bieden voor de werkgever en zich tevens op de markt kan onderscheiden. De value chain analyse biedt de zorgverzekeraar mogelijkheid zorginkoop in te zetten als strategisch instrument en hiermee te concurreren op beide deelmarkten. De zorgverzekeraar zal daarbij niet alleen moeten blijven investeren in externe relaties, wat hij op dit moment voornamelijk doet in de vorm van verbeterprojecten bij zorgaanbieders. Om daadwerkelijk waarde toe te voegen zal hij moeten investeren in de relatie tussen zorginkoop en zorgverkoop. De investeringen in de relaties resulteren echter wel in een toenemend aantal contractonderhandelingen en de daarmee gepaard gaande transactiekosten. De zorgverzekeraar kan deze kosten beheersen door onderlinge afspraken vast te leggen of door informele afspraken te maken op basis van vertrouwen en samenwerking. Omdat tussen beide methoden een spanningsveld aanwezig is, zal de zorgverzekeraar op zoek moeten gaan naar een optimale verhouding om de relatie tussen zorginkoop en zorgverkoop vorm te geven.



## 4.Resultaten

Aan de hand van het theoretisch kader (hoofdstuk drie) zijn semigestructureerde interviews afgenomen met zorgverzekeraars, werkgevers en diverse experts. De resultaten verkregen uit het empirisch onderzoek worden in dit hoofdstuk beschreven. Ook in dit hoofdstuk zullen onderlinge relaties op de markten terug komen. Zodoende zal eerst de markt en de invloed daarvan op de strategie en structuur van zorgverzekeraars aan bod komen. Vervolgens zal dieper ingegaan worden op de waardeketenbenadering en zowel het zorginkoop- als het zorgverkoopproces. In de laatste paragraaf wordt ingegaan op de verbinding tussen beide elementen en de manier waarop planning en control binnen de zorgverzekeraar vormgegeven wordt.

### § 4.1 Markt & Strategie

Waar vroeger zorgverzekeraars fungeerde als een semi-ambtenaar en heel veel massa maatwerk leverden op de zorgverzekeringsmarkt, probeert men zich nu steeds meer te onderscheiden (zorgverzekeraar E). In 2005-2006 was de zorgverzekeringsmarkt nog een soort *'wild westen'*, zorgverzekeraars wilden alleen maar markt kopen en werden (te) lage premies gehanteerd (zorgverzekeraar A). Nu, een aantal jaar later, ziet men dat nivelleren. De zorgverzekeringsmarkt kenmerkt zich door splitsing in de zakelijke markt (70% van de markt) en individuele markt. Op de zakelijke markt worden collectiviteiten verkocht waarvan 50% tot 80% werkgeverscollectiviteit is. Werkgeverscollectiviteiten worden eveneens via indirecte distributie aangeboden. Indirecte distributie kenmerkt zich door de verkoop via tussenpersonen (zoals assurantiekantoren) die zorgverzekeringen in de portefeuille hebben (zorgverzekeraar C). Sinds de stelselwijziging is het aantal collectiviteiten echter verzaaid en kunnen zorgverzekeraars zich niet meer onderscheiden op prijs en speciale services (zorgverzekeraar E). Met de veranderingen op de markt is de aandacht van het aantrekken van nieuwe klanten verschoven naar behoud van en binding met klanten. Zorgverzekeraars hebben op de zorgverzekeringsmarkt een actievere houding gekregen bij de vertaling van wensen en behoeften van de werkgever. Naast verzuimmanagement worden steeds meer werkgeverspakketten toegespitst op inzetbaarheid en arbeidsparticipatie. Hierin is echter sterk een onderscheid te zien in behoeften van werkgevers. Zo'n 80% van de werkgevers is niet bezig met de gezondheid van hun werknemers en biedt alleen een zorgverzekering aan (zorgverzekeraar A).

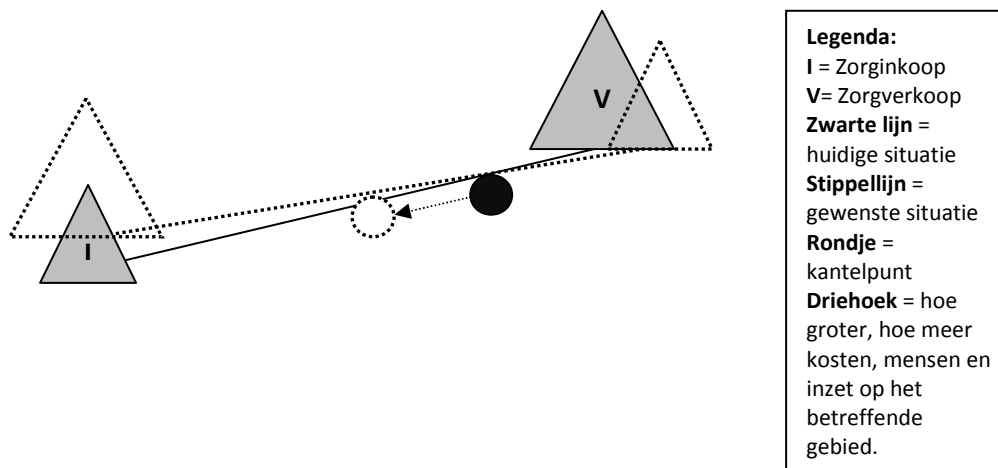
Op de zorginkoopmarkt is eveneens een verschuiving zichtbaar: waar eerst alleen op prijs ingekocht werd, richten zorgverzekeraars zich nu meer op een zo goed mogelijke prijs-kwaliteitverhouding en het volume. Tevens maken zorgverzekeraars afspraken met zorgaanbieders over verbetertrajecten in de zorg. Met de ontwikkelingen op beide deelmarkten zien zorgverzekeraars hun rol veranderen in het veld. Van administratieve functie naar een bemiddelende rol tussen werkgeverscollectiviteiten (en daarmee de verzekerde) en zorgaanbieder. Deze bemiddeling is noodzakelijk omdat de werkgever zelf niet in staat is of voldoende informatie heeft zorg in te kopen bij een zorgaanbieder. Met zorginkoop kan de zorgverzekeraar de verzekerde sturen naar zorgaanbieders. Echter is het zorgverzekeraars tot nog toe niet gelukt verzekerden te sturen en informatie transparant te maken (zorgverzekeraar E). Zorgverzekeraars wijden dit probleem aan de langzaam verlopende transitie naar het nieuwe zorgstelsel. Tevens is het aantal DBC's te groot. *'Als je 15 DBC's neemt van het totaal (30.000) dan zit je al aan 80-85% van de omzet in het B-segment'* (zorgverzekeraar A). Zorgverzekeraars richten zich dan ook voornamelijk op een DBC top 20 waarvan zij denkt invloed uit te kunnen oefenen op de kwaliteit. *'Een zorgverzekeraar kan wel afspraken willen maken voor een*

*ingreep die drie keer per jaar voorkomt, veel belangrijker is een cataract die 20.000 verzekerden elk jaar nodig hebben' (zorgverzekeraar C).*

Tussen zorgverzekeraars is een onderscheid te maken waar de nadruk ligt op schade (zorgverkoop) en zorgverzekeraars die nadruk leggen op zorginkoop. Zorgverzekeraar D legt de nadruk nog sterk op zorgverkoop. Bij zorgverzekeraar E is een verschuiving zichtbaar naar zorginkoop waarbij bewustwording van de afdeling zorgverkoop een rol speelt (zorgverzekeraar E). Volgens zorgverzekeraar C is het niet nadelig om de aandacht op zorginkoop te leggen: *'vergelijk je de jaarstukken met zorgverzekeraars die op schade zitten, dan zie je amper verschillen'*. Samen met zorgaanbieders en werkgevers zijn zorgverzekeraars A, C en E aan het bekijken hoe men tot verbetering komt. Toch wordt bij geen van de zorgverzekeraars vraaggericht zorg ingekocht. Hoewel iedere zorgverzekeraar invulling geeft aan projecten voor verbetering in kwaliteit van zorg, transparantie, toegankelijkheid of service, gebeurt dit enkel voor de eigen afdeling (zorginkoop of zorgverkoop). Desondanks is een beweging gaande binnen zorgverzekeraars naar vraaggericht zorginkopen door het leggen van individuele bruggetjes tussen zorgverkoop en zorginkoop (zorgverzekeraar A). Echter worden deze activiteiten niet aangestuurd vanuit strategie en beleid (zorgverzekeraar C). Evenzo hebben zorgverzekeraars sinds de stelselwijziging geen van allen de strategie aangepast. Zorgverzekeraars D en E vestigen voornamelijk de aandacht nog op het verkrijgen van marktaandeel omdat het aandeel op de zakelijke markt invloed heeft op de volumes die men in kan kopen (zorgverzekeraar D). Zorgverzekeraar C is het hier deels mee eens, de nadruk moet echter wel meer liggen in de aandacht voor de zorg zelf en onderlinge samenwerking. Zorgverzekeraar A kiest juist voor aandacht op het behoud van de klant en het aanwakkeren van concurrentie bij zorgaanbieders voor betere kwaliteit van zorg. Zorgverzekeraar B bundelt de krachten om gezamenlijk zorg in te kopen in die gebieden waar hun klanten (zorgverzekeraars) een klein marktaandeel hebben. Hoewel de zorgverzekeraars allen aangeven de wensen en behoeften van patiënten belangrijk te vinden bij zorginkoop, komt dit niet nadrukkelijk naar voren in de gehanteerde strategie op de markt.

Volgens de experts is er nog onvoldoende dynamiek op de markt om gereguleerde marktwerking tot stand te brengen. De overheid, welke hierin een voorwaardenscheppende rol heeft, moet ervoor zorgen dat belemmeringen voor marktwerking weggenomen worden. Op dit moment heeft de overheid alleen nog een te grote rol in de markt (expert 3). Om dynamiek op de markt te krijgen, zijn de experts van mening dat zorgaanbieders zich moeten specialiseren. Een zorgaanbieder kan zich vervolgens richten op dat waar ze goed in is en waar ze de meerwaarde van inziet. De experts zijn tevens van mening dat er teveel zorgaanbieders zijn. *'We leven op een postzegel en zijn het enige land ter wereld dat zoveel ziekenhuizen heeft per inwoner en per vierkante kilometer'* (expert 4). Met de inzet van verschillende inkoopinstrumenten kunnen zorgverzekeraars de specialisatie van ziekenhuizen bemoedigen. Dit vergt wel een verschuiving van aandacht naar zorginkoop. En op dit moment is de strategie van de zorgverzekeraar vooral nog gericht op het aspect een zo goedkoop mogelijke premie om verzekerden aan zich te binden (expert 2). Om de verhoudingen tussen zorginkoop en zorgverkoop duidelijk te maken, tekende expert 3 onderstaande *'wip-wap'*.





Figuur 6: ‘Wip-Wap’ van verhoudingen in de strategie van de zorgverzekeraar tussen zorginkoop en zorgverkoop (expert 3).

Met deze figuur wordt de balans tussen beide afdelingen weergegeven. Het kantelpunt (de nadruk) ligt op dit moment nog teveel richting zorgverkoop. Om meer balans tussen beide afdelingen te creëren moet het kantelpunt verschuiven naar links (zie pijl). Tegelijkertijd moet het gewicht van zorginkoop groter worden zodat de zorgverzekeraar vraaggericht zorg in kan kopen (expert 3).

#### § 4.1.2 Besturingsstructuur

Hoewel zorgverzekeraars verschillen in organisatorische hoofdstructuur is de besturingsstructuur, met uitzondering van zorgverzekeraar B, binnen alle zorgverzekeraars hetzelfde. Zorgverzekeraars delen de organisatie in naar vier divisies: zorginkoop, commercie (hierna: zorgverkoop), financiën en een back office. Daarbij is arbozorg een los onderdeel binnen de organisatie. In onderstaande tabel wordt de indeling van divisie zorginkoop en zorgverkoop weergegeven. Bij het invullen van de matrix worden alle zorgverzekeraars bedoeld, uitzonderingen worden apart vermeld.

	Divisie Zorginkoop	Divisie Zorgverkoop
<b>Nadruk</b>	Nee	Ja
<b>Professionaliseringstrajecten</b>	Ja. Alleen zorgverzekeraars A, C en E	Ja
<b>Onderverdeling</b>	Indeling naar segment (huisartsen, ziekenhuiszorg, fysiotherapeuten, GGZ, etc.).	Naar functie (sales, zakelijke of individuele markt, marketing etc.)
<b>Samenstelling teams</b>	Indeling teams: accountmanager, financieel economisch adviseur, informatieanalist, juridisch adviseur. Daar waar nodig zorginhoudelijk adviseur. Team is ingericht naar regio.	Accountmanagers (buitendienst) en medewerkers binnendienst
<b>Onderhandelingen</b>	Accountmanager	Accountmanager

Tabel 3. Indeling divisie zorginkoop en zorgverkoop binnen zorgverzekeraars

De zorginhoudelijk adviseur van het inkoopteam kan een arts, tandarts, fysiotherapeut of verpleegkundige zijn. Het onderscheid wordt gemaakt naar regio omdat zorginkopers dan exact weten wat in de omgeving afspeelt (zorgverzekeraar C). Afhankelijk van de zorgverzekeraar is binnen de divisie zorgverkoop nog een segment ‘intermediairs’ toegevoegd.

Opvallend is dat bij iedere zorgverzekeraar de besturingsstructuur gericht is op de divisie zorgverkoop. Deze divisie is veelal groter en beschikt over een grote formatie. Sinds de stelselwijziging is dit niet veranderd. Expert 3 vindt dat er nogal amateuristisch omgesprongen wordt met een divisie als zorginkoop. *‘Hoe kan het in godsnaam dat je denkt miljoenen doelmatiger te worden als bepaalde werkvelden maar bezet worden met 1 persoon? Hoeveel belang hecht je er dan*

*Verbinding van zorginkoop met werkgeverscollectiviteiten: strategisch middel of operationele hoofdpijn?*

aan?' Een aantal zorgverzekeraars zijn echter wel ondernemend op het gebied van professionaliseringstrajecten. Volgens expert 1 staan zorgverzekeraars voor het dilemma hoeveel geïnvesteerd wordt in mensen en wat ze ervoor terug krijgt.

#### § 4.1.3 Beleid

Uit de strategie van de zorgverzekeraar vloeit een algemeen beleid voort. Divisies en afdelingen stemmen hierop het eigen beleid af. Het beleid wordt vastgesteld in het managementteam, waarbij zowel zorginkoop als zorgverkoop betrokken is. Het beleid wordt voornamelijk top-down ingevuld waarbij de plannen van de afdelingen parallel aan elkaar lopen (zorgverzekeraar D). Voor zorgverzekeraar C geldt eerder een bottom-up benadering: *'mensen die zelf met de benen in de praktijk staan'*. Volgens zorgverzekeraar A moeten zorgverzekeraars zich afvragen of de Raad van Bestuur kiest of de zorgverzekeraar zo is en werknemers zich daarnaar moeten gedragen, of dat zij daadwerkelijk zo zijn en zij zichzelf deze naam geven.

Het inkoopbeleid wordt bij zorgverzekeraars in het tweede of derde kwartaal van het jaar vastgesteld. Zorgverzekeraar A betreft hierbij haar stakeholders (patiëntenverenigingen, vertegenwoordigers Landelijke Huisartsen Vereniging en ziekenhuizen), zodat de zorgverzekeraar te weten komt of er nog specifieke wensen zijn. In het derde kwartaal wordt het beleid met de divisies besproken en vastgelegd. Zorgverzekeraar E werkt het algemene beleid vervolgens uit naar een inkoopplan per segment. Het beleid van de divisie zorgverkoop binnen zorgverzekeraars is voornamelijk gericht op de vraag hoe nieuwe werkgeverscollectiviteiten binnengehaald kunnen worden en hoe deze behouden kunnen worden. Vanuit organisatorisch, financieel, commercieel en zorginkoop perspectief wordt bekeken wat de zorgverzekeraar belangrijk vindt. Dit uit zich vervolgens in de vraag hoe de zorgverzekeraar campagne gaat voeren (zorgverzekeraar A). Zorgverzekeraars zien een toenemend belang van werkgeverscollectiviteiten ontstaan. Daarbij wordt waarde gehecht aan de verschillende distributiekanaalen, zoals het bancaire kanaal bij zorgverzekeraar E. Zorgverzekeraars willen zich tevens meer onderscheiden door aanvullende producten en diensten ontwikkelen (zorgverzekeraar C). Hierbij wordt steeds meer waarde gehecht aan de opbouw van een relatie tussen werkgevers en zorgverzekeraar (werkgever X). De input vanuit de markt en divisies wordt dan ook steeds vaker gebruikt bij vaststelling van het zorgverkoopbeleid.

Naast het inkopen van zorg zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de financieringsstromen. Zorgverzekeraars werken voornamelijk met een begroting waarbij de divisies afgerekend worden op kosten. Men weet wat de zorgkosten zijn in een jaar, in het tweede kwartaal wordt bekeken per verstrekking welke ontwikkelingen (o.a. demografisch, kosten en wettelijke veranderingen) volgend jaar plaatshebben (zorgverzekeraar D). Op basis hiervan wordt een prognose van de kosten vastgesteld. De daadwerkelijke premie wordt aan de hand van de DBC registratie vastgesteld en is opgebouwd uit schadelast (het grootste deel), organisatiekosten, beleggingsresultaten en een incasso risico. Er is een duidelijke splitsing tussen zorgverzekeraars welke kosten belangrijk vinden (zorgverzekeraar B, D en E) en zorgverzekeraars waar kwaliteit meer gewicht heeft (zorgverzekeraars A en C). Voor zorgverzekeraar D is de premiestelling en premiedekking leidend voor het beleidskader en de bepaling voor de hoeveelheid dekking. Evenzo geldt dat premies bepalend zijn voor de te besteden gelden aan zorg voor zorgverzekeraar E. Zorgverzekeraar C vindt de behoefte van de klant en zijn betrouwbaarheid als zorgverzekeraar belangrijker. Om keuzes te maken is het voor de meeste zorgverzekeraars van belang vroegtijdig inzicht in de kosten te hebben. Volgens zorgverzekeraar B biedt de vorming van een inkoopcombinatie hierin zijn voordelen.

*Verbinding van zorginkoop met werkgeverscollectiviteiten: strategisch middel of operationele hoofdpijn?*

#### § 4.1.4 Imago

De veranderende rol van zorgverzekeraars zal idealiter zorg moeten dragen voor een positief imago op de deelmarkten. Volgens zorgverzekeraars is hier nog weinig verandering in te herkennen. Het merendeel van de werkgevers en verzekerden zien zorgverzekeraars (nog steeds) als een administratiekantoor en een financiële instelling die ervoor zorgt dat er zo snel mogelijk uitbetaald wordt (zorgverzekeraar A). Vanwege eventuele imagoschade zijn zorgverzekeraars dan ook huiverig om stappen te zetten in hun strategie. Dit heeft een belemmerende werking op het zorgstelsel (expert 4). Volgens experts is het de vraag of werkgevers en verzekerden weten wat de rol is van de zorgverzekeraar. Zij komen immers alleen in aanraking met de divisie zorgverkoop, terwijl de divisie zorginkoop inhoud geeft aan het product. *'Klanten denken: die dokter helpt mij toch? Die zorgverzekeraar moet er gewoon voor zorgen dat hij betaald en het mag niet mijn keuzevrijheid in de weg staan'*(expert 3). Volgens de expert is het nu zaak besef te creëren bij de klant, dat er meer is dan restitutie. Dit kan de zorgverzekeraar doen door inkoopinstrumenten actief in te zetten.

#### § 4.1.5 Conclusie

Nivellering op de zakelijke markt heeft ervoor gezorgd dat zorgverzekeraars steeds meer een integraal product aanbieden, afgestemd op de wensen en behoeften van werkgevers. Tevens is een tweedeling van zorgverzekeraars herkenbaar op de markt. Zorgverzekeraars die met name alleen het verzekeringsproduct op de markt wegzetten en zorgverzekeraars die een integraal product aan willen bieden. Door zorgverzekeraars wordt dan ook meer geconcurrereerd op aanvullende producten dan op het basisproduct. Merkbaar is dat zorgverzekeraars op het gebied van zorgverkoop verder ontwikkeld zijn dan op het gebied van zorginkoop. Dit komt onder andere voort uit de disbalans in strategie, waarin zorgverkoop nog het meest belangrijk wordt gevonden. Toch zijn vooral zorgverzekeraars A, C en E bezig met verbeter- en professionaliseringstrajecten op gebied van zorginkoop. Typerend is wel dat verbetertrajecten voornamelijk individueel (per divisie of persoon) geïnitieerd worden. Op dit niveau binnen de organisatie vindt dan ook een voorzichtige kanteling plaats richting vraaggericht denken. Vanuit de strategie en het beleid van de zorgverzekeraars wordt echter nog geen invulling gegeven aan verbeter- en professionaliseringstrajecten. Beide divisies zijn nog twee losstaande elementen waardoor geen integrale benadering plaatsheeft en vraaggerichte zorginkoop ontbreekt.

Doordat de overheid nog een te grote rol heeft op de markt is er nog onvoldoende dynamiek op de markt. Dit heeft tot gevolg dat zorgverzekeraars zich niet vrij kunnen bewegen op de markt. Zorgverzekeraars kunnen dit veranderen door een gerichte strategie op zorginkoop te hanteren. Dit vergt echter wel een investering in zorginkoop en daartoe moet een zorgverzekeraar bereid zijn.

#### § 4.2 Value chain

In verscheidene rapporten (Bouman et al. 2008; Consumentenbond 2008; NZa 2008; NZa 2009; RVZ 2008) wordt gesproken over professionalisering van zorginkoop. Hoewel verschillende verbeter- en professionaliseringstrajecten binnen zorgverzekeraars zijn gestart, zijn zorgverzekeraars tot nog toe niet in staat om vraaggericht zorg in te kopen. Er vindt echter wel langzaam op individueel niveau bewustwording plaats over de toegevoegde waarde van een verbinding tussen zorginkoop en de verkoop van werkgeverscollectiviteiten. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de invulling van de value chain analyse door zorgverzekeraars.

### § 4.2.1 Zorginkoopproces

Het inkoopproces is bij alle zorgverzekeraars vrijwel hetzelfde. Alvorens zorgverzekeraars daadwerkelijk overgaan tot het inkoopproces, wordt aan het begin van ieder jaar (in januari) bekeken wat goed en wat fout is gegaan afgelopen periode. Waar kan de afdeling nog van leren en kan er nog wat geleerd worden van een ander team? (zorgverzekeraar A). Tevens wordt bekeken of er nog wezenlijke veranderingen op de markt zichtbaar zijn (zorgverzekeraar D). In het tweede en derde kwartaal wordt door de zorgverzekeraars gewerkt aan de vaststelling van het inkoopbeleid voor het komend jaar.

Selecteren en specificeren. Opvallend is dat geen van de zorgverzekeraars gebruik maakt van de informatie over wensen en behoeften van de werkgever, terwijl deze bekend zijn bij divisie zorgverkoop. Zorg wordt ingekocht op basis van informatie voortkomend uit de DBC systematiek. Bij het selecteren van de zorgaanbieder hanteert iedere zorgverzekeraar kwaliteitscriteria als beoordelingscriteria (zie paragraaf 4.2.2). Aan de hand van de kwaliteitscriteria wordt onderhandeld met de zorgaanbieder. Vanwege het cyclische karakter in de gezondheidszorg wordt ieder jaar opnieuw onderhandeld over het contract. Zorgverzekeraar B, D en E zijn van mening dat je marktleider moet zijn, omdat je kunt inkopen op volume en dus schaalvoordelen hebt. Zorgverzekeraar A en C zijn het hier niet mee eens, zij stelt kwaliteitsaspecten als uitgangspunt voor het inkoopproces. Opvallend is dat alle zorgverzekeraars de aandacht vestigen op het kerngebied bij de onderhandelingen, het gebied waar het marktaandeel het grootst is.

Contracteren. De fase van contractering (1 november tot 1 februari) is een belangrijke periode (zorgverzekeraar A). Behalve zorgverzekeraar B maakt iedere zorgverzekeraar in de contracten afspraken over prijs, kwaliteit en volume. Zorgverzekeraar B is van mening dat zorg niet aan volumebanden gelegd kan worden. Alleen over de top 20 DBC's wordt scherp onderhandeld en worden kwaliteitsafspraken gemaakt, over de rest wordt alleen onderhandeld over prijs en volume (zorgverzekeraar C). Tot nog toe contracteren zorgverzekeraars alle zorgaanbieders (zie paragraaf 4.2.3). Voor zorgaanbieders in de kernregio maken zorgverzekeraars gerichter afspraken op gebied van kwaliteitsverbetering en worden extra gelden beschikbaar gesteld. Zo stelt zorgverzekeraar A een accountplan op waarin analyses worden opgenomen met betrekking tot kwaliteitsindicatoren. Dit wordt vervolgens besproken met de desbetreffende zorgaanbieder en op basis hiervan wordt een contract aangeboden. Zorgverzekeraar D vult hierop aan dat verbeterafspraken bijvoorbeeld doorlooptijden, gemak, bejegening en klantvriendelijkheid kunnen zijn. De overige zorgaanbieders wordt enkel een contract aangeboden.

Het onderhandelen met de zorgaanbieder wordt gedaan door zorginkopers. Vanuit de zorgaanbieder wordt dit gedaan door de raad van bestuur, medische staf of financieel adviseur. Zorgverzekeraars zijn verdeeld over de klacht van zorgaanbieders, dat onprofessioneel om wordt gegaan met zorginkoop. *'Waar ik zelf steeds meer achter kom is dat je de taal moet kennen en spreken van de mensen die aan de andere kant van de tafel zitten'* (zorgverzekeraar A). Zorgverzekeraar C is evenals zorgverzekeraar A van mening dat *'zwaargewichten'* aan tafel gezet moeten worden. Op dit moment zijn deze mensen echter moeilijk te vinden. Vaak wordt een zorginkoper waar nodig wel ondersteund door een medisch adviseur. *'Als niet-medicus verlies je het per definitie van een ziekenhuis'* (zorgverzekeraar B). Volgens zorgverzekeraars B en D hangt het af van je positie op de markt wie meegenomen wordt naar de onderhandelingen. De kwaliteitsverbeteringen die tijdens de onderhandelingen afgesproken worden, wordt opgenomen in een kwaliteitsparagraaf van het

*Verbinding van zorginkoop met werkgeverscollectiviteiten: strategisch middel of operationele hoofdpijn?*

contract. ‘Standaard’ zorg wordt niet opgenomen in de kwaliteitsafspraken (zorgverzekeraar C). Zorgverzekeraars geven echter niet concreet invulling aan de bewaking en nazorg van het contract. Klanttevredenheid wordt niet structureel gemeten door zorgverzekeraars (zorgverzekeraar E). Aan het eind van het jaar controleren zorgverzekeraars of zorgaanbieders zich aan de contractvoorwaarden hebben gehouden en of daadwerkelijke verbetering is opgetreden.

Volgens experts is het zorginkoopproces nog onvoldoende geprofessionaliseerd. Daarbij wordt door de zorginkoper voorafgaand en tijdens de onderhandelingen niet de diepte in gegaan op de te leveren zorg. Zorgverzekeraars hoeven volgens expert 3 niet altijd zelf de weging te geven aan bepaalde zaken in het contract. Deze weging kan ook teruggedigd worden bij de zorgaanbieder. Een zorgverzekeraar hoeft daarbij alleen aan te geven wat zijn criteria zijn in de zin van budget en kwaliteit, waarvoor de zorgaanbieder met een bod moet komen. Dit heeft volgens de expert ook te maken met het spreken van de taal en elkaar begrijpen. Experts zijn van mening dat zorgverzekeraars zich wel bewust zijn van professionalisering van het zorginkoopproces, alleen is het geven van handen en voeten hieraan lastig (expert 2).

#### **§ 4.2.2 Kwaliteitsaspecten**

Van de zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij in de rol als belangenbehartiger op de markt kwaliteit van zorg inkopen. Zorgverzekeraars geven hier invulling aan door kwaliteitscriteria te hanteren bij het inkoopproces. Binnen de gezondheidszorg is echter geen eenduidig begrip van wat kwaliteit nu is, waardoor zorgverzekeraars het begrip ‘kwaliteit’ naar eigen zeggen invullen. Iedere zorgverzekeraar identificeert kwaliteit van zorg met de kwaliteitscriteria gegeven vanuit de branchevereniging Zorgverzekeraars Nederland en de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ). Deze kwaliteitscriteria zijn voor zorgverzekeraars bepalend bij het afsluiten van de contracten met zorgaanbieders (zorgverzekeraar C). Hoewel zorgaanbieders kritiek hebben op het hanteren van eigen kwaliteitsindicatoren door zorgverzekeraars, zien zorgverzekeraars zich juist genoodzaakt dit te doen. Dit is volgens zorgverzekeraars een gevolg van een te langzame ontwikkeling van een gezamenlijke set van prestatie-indicatoren in het project ‘Zichtbare Zorg’ (zorgverzekeraar A). Zorgverzekeraar D ervaart zorginkoop hierdoor nog als een verhaal van prijs x volume.

Alle zorgverzekeraars zijn het erover eens dat breder gekeken moet worden dan de indicatorensets. Om zich op beide deelmarkten te kunnen onderscheiden richten zorgverzekeraars zich steeds meer op verbetertrajecten binnen zorgaanbieders. Het maken van verbeterafspraken bij de inkoop van zorg moet vervolgens een prikkel zijn voor zorgaanbieders de kwaliteit te verbeteren en zorgverzekeraars te voorzien van transparante informatie (zorgverzekeraar E). Zorgverzekeraar A wil meer gaan samenwerken met de zorgaanbieder. Zorgverzekeraar C wil met informatie van de zorgaanbieder procesindicatoren opstellen waarmee de kwaliteit verbeterd kan worden. Zorgverzekeraar B wil vooral het gesprek aangaan met de zorgaanbieder over verbetering. Zorgverzekeraar D ziet de verschillen voornamelijk in dienstverlening en service naar de werkgever. *‘Kwaliteitscriteria moet de basis zijn, tevredenheid over de zorgaanbieder en de manier waarop de zorgverzekeraar dit regelt voor zijn verzekerden, is het tweede element’.* Hoewel alle zorgverzekeraars kwaliteitsafspraken steeds belangrijker vinden, worden deze criteria niet gebruikt bij de inzet van inkoopinstrumenten en worden alle zorgaanbieders tot nog toe gecontracteerd.

Volgens de experts kent het begrip kwaliteit verschillende aspecten als gevolg van ontbrekende eenduidigheid in kwaliteitscriteria. Volgens expert 1 is de DBC registratie hiervoor een hulpmiddel.

Uit de DBC registratie moet af te leiden zijn welke operatie door welke specialist hoeveel keer per jaar uitgevoerd wordt (expert 1). Immers is het de individuele specialist die uiteindelijk kwaliteit levert (expert 2). Wanneer daar een minimum aan gekoppeld wordt, kan betere controle plaatsvinden op basis van registratie. Tevens kan hiermee informatie eenvoudig vergeleken worden en kunnen zorgverzekeraars op basis hiervan de inzet van inkoopinstrumenten bepalen (expert 2).

#### § 4.2.3 Zorginkoopinstrumenten

Zorgverzekeraars kunnen zich onderscheiden op de markt door de wijze van zorginkoop. Tevens leidt het hanteren van verschillende inkoopinstrumenten tot meer concurrentie tussen zorgverzekeraars, maar ook tussen zorgaanbieders. Concurrentie komt ten goede aan de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Omdat zorgaanbieders verplicht worden beter inzicht te bieden in DBC informatie wordt het zorgproces voor zowel de zorgverzekeraar als de patiënt/klant transparanter. Zorgverzekeraars onderscheiden de volgende instrumenten:

Inkoopinstrumenten	Zorgverzekeraar A	Zorgverzekeraar B	Zorgverzekeraar C	Zorgverzekeraar D	Zorgverzekeraar E
Selectief contracteren	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Gedifferentieerd contracteren	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
Preferred providers/ Voorkeursaanbieders	Ja, voor DBC's	Nee	Ja	Ja	Ja
Transmurale zorg	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja
Verschillend belonen	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
Teruggave eigen risico	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja

Tabel 4. Onderscheid inkoopinstrumenten per zorgverzekeraar.

Selectief contracteren van zorgaanbieders. Dit houdt in dat zorgverzekeraars een complete zorginstelling, DBC of maatschap niet contracteren. Behalve zorgverzekeraar C, wil iedere zorgverzekeraar ernaar toe werken zorgaanbieders niet te contracteren als de zorgaanbieder slecht presteert. Een reden om niet selectief te contracteren is de vraag of dit wel meerwaarde op lange termijn heeft en of het maatschappelijk verantwoord is (zorgverzekeraar C). Nog een reden om niet selectief te contracteren is de vrijheid om over te stappen naar de concurrent (zorgverzekeraar A). Zorgverzekeraars gaan met dit inkoopinstrument voorzichtig om te meer omdat het gevoelig ligt in de maatschappij en omdat het voor veel zorgverzekeraars nog een stap te ver is (zorgverzekeraar B).

Gedifferentieerd contracteren. Dit houdt in dat zorgverzekeraars per zorgaanbieder verschillende afspraken maken, zoals het af te nemen volume of kwaliteitsaspecten. Zodra de zorgaanbieder voldoet aan de afgesproken voorwaarden, krijgt hij hiervoor meer betaald. Zorgverzekeraar B doet niets met dit inkoopinstrument. Alle zorgverzekeraars staan echter meer open voor gedifferentieerd contracteren dan selectief contracteren.

Preferred providers of voorkeursaanbieders. Op basis van gestelde eisen door de zorgverzekeraar worden zorgaanbieders gecontracteerd als voorkeursaanbieder. Het gebruik van voorkeursaanbieders wordt enkel nog toegepast op een deel van de zorginstelling (bijvoorbeeld een



behandeling of maatschap) en gebeurt volgens zorgverzekeraars op basis van uitkomsten van zorg. Zorgverzekeraar C is sceptisch over het hanteren van voorkeursaanbieders. *'Vreemd dat iedere zorgverzekeraar tot een andere voorkeursaanbieder komt terwijl op dezelfde criteria getoetst wordt. Zorg kan immers maar op één manier goed zijn'*(zorgverzekeraar C). Opvallend is dat alle zorgverzekeraars voorkeursaanbieders aanwijzen in hun kerngebied (het grootste marktaandeel).

Transmurale zorg. Patiënten worden zo lang mogelijk in de eerste lijn gehouden. Zorgverleners uit de eerste lijn (zoals huisartsen), kunnen zich bijvoorbeeld intekenen voor het doen van kleine chirurgische ingrepen. Doen ze daar aan mee, dan krijgen ze extra geld van de zorgverzekeraar (zorgverzekeraar A). De bedoeling met dit inkoopinstrument is dat de zorg beter betaalbaar wordt, zowel voor de zorgverzekeraar als voor de verzekerde (zorgverzekeraar E).

Naast bovengenoemde inkoopinstrumenten wordt, met uitzondering van zorgverzekeraar B, door iedere zorgverzekeraar gezocht naar vormen van samenwerking en het initiëren van prikkels bij zorgaanbieders. Door op verschillende manieren prikkels te geven, hopen zorgverzekeraars het competitie element tussen zorgaanbieders te verhogen en verzekerden te kunnen sturen richting zorgaanbieders. Afspraken worden vervolgens vastgelegd in het contract. De meest genoemde prikkel voor zorgaanbieders is het verschillend belonen. Dit kan zijn: een prijsplafond, het samenstellen van een top 3 zorgaanbieders aan het eind van het jaar of deelname aan onderzoeken. Zorgverzekeraar C maakt als enige zorgverzekeraar specifieke afspraken met zorgaanbieders of een patiënt beter klinisch behandeld wordt of met een dagopname. Volgens de verzekeraar is dit een financiële prikkel om de kwaliteit te stimuleren.

Zorgverzekeraars zijn zoekende naar manieren om marktwerking te stimuleren, met als uitgangspunt een betere zorg voor de patiënt. Door het toepassen van inkoopinstrumenten krijgen zorgaanbieders prikkels om efficiënter te gaan werken en betere kwaliteit te leveren (experts 3 en 4). *'Als zorgaanbieders zien dat concurrenten beloond worden voor topzorg, dan zullen ze denken: sjit, nu missen wij de boot'* (expert 3). Op dit moment worden zorgverzekeraars volgens expert 2 echter nog niet geprikkeld om goed zorg in te kopen vanwege het vereveningssysteem. Tot nog toe worden zorgverzekeraars gecompenseerd door ex post vereffening waardoor volgens de expert prikkels wegblijven voor concurrentie op beide deelmarkten.

#### **§ 4.2.4 Zorgverkoopproces**

Parallel aan de divisie zorginkoop staat de divisie zorgverkoop. De taak van de divisie zorgverkoop is onder andere het contracteren van werkgevers op de zakelijke markt. De belangrijkste periode in dit proces is de fase van contractering van 1 november tot 1 februari, waarin tevens de premie vastgesteld wordt (zorgverzekeraar A). Zorgverzekeraars zien weinig in het verkopen van de basisverzekering, het is *'nu eenmaal een low interest product'*(zorgverzekeraar C). De meerwaarde zit volgens zorgverzekeraars dan ook in het aanbieden van aanvullende producten. Op dit gebied wordt dan ook het meest geconcurrereerd (zorgverzekeraar E).

Omdat werkgevers voor een groot deel de zakelijke markt domineren (zie paragraaf 4.1), speelt de zorgverzekeraar hierop in met als argument dat hieruit nog genoeg winst te halen is (zorgverzekeraar E). Het grootste gedeelte van werkgevers vraagt de zorgverzekeraar een aanbod te doen van diensten of zet via een aanbesteding de vraag uit op de markt. Accountmanagers houden de markt in de gaten en moeten er vervolgens voor zorgen dat nieuwe werkgevers aangetrokken worden



(zorgverzekeraar D). Tevens worden diverse marketingactiviteiten uitgezet om nieuwe werkgevers te contracteren. Alvorens de zorgverzekeraar een contract aanbiedt, wordt met de werkgever bekeken wat zijn wensen en behoeften zijn en wat de omvang van de populatie is (zorgverzekeraar D). Een zorgverzekeraar probeert de werkgever een totaalpakket aan te bieden waarbij aanvullende diensten aangeboden worden welke gekoppeld zijn aan de basis- en aanvullende zorgverzekering. Na onderhandeling over de inhoud van het contract wordt het contract gesloten. Werkgevers geven vervolgens werknemers de mogelijkheid deel te nemen in het collectief. Hiervoor worden communicatietrajecten opgestart (werkgever X). Volgens werkgevers doen zorgverzekeraars nog erg weinig om werkgeverscollectiviteiten te behouden. De meeste zorgverzekeraars gaan ervan uit dat *'het wel goed zit'* en zijn meer gericht op de vulgraad van een werkgeverscollectiviteit (werkgever Y).

#### **§ 4.2.5 Werkgeverscollectiviteiten**

In het vorige zorgstelsel was sprake van aanbodgedreven verkoop door zorgverzekeraars. Sinds 2005 ontwikkelen zorgverzekeraars steeds meer nieuwe producten en aanvullende diensten om aan de wensen en behoeften van de klant te kunnen voldoen (zorgverzekeraar A). Er is echter nog geen duidelijke verschuiving te zien naar vraaggerichte zorginkoop.

De ontwikkeling op de zakelijke markt heeft vooral betrekking op invulling van HRM beleid door werkgevers, zoals gezondheidsmanagement. Alle zorgverzekeraars zoeken steeds meer aansluiting bij het HRM beleid van de werkgever. Zorgverzekeraars verschillen onderling wel op gebied van nieuwe producten en aanvullende diensten. Zo vindt zorgverzekeraar D de vraag wat en tot welke hoogte je vergoed van belang terwijl zorgverzekeraar A zich meer richt op onderzoeken voor de werkgeverscollectiviteit. Alle zorgverzekeraars bekijken met de werkgever hoe invulling te geven aan de werkgeverscollectiviteit: waar zijn eventuele problemen op gebied van gezondheid en waar hebben werkgevers ondersteuning nodig. Dit kan door het aanbieden van bedrijfszorgpakketten, een gezondheidscheck en dedicated teams (zorgverzekeraar D). Met een dedicated team hebben werkgevers een eigen telefoonnummer en de zorgverzekeraar zet werknemers in die alleen werkzaam zijn voor de desbetreffende werkgever. Zorgverzekeraars A, C en E gaan daarin nog een stap verder. Zij zijn het meest actief met de vraag hoe de werkgever meerwaarde geboden kan worden op gebied van inzetbaarheid en beschikbaarheid van mensen. Immers zijn mensen die ziek zijn en uitvallen een hoge kostenpost voor de werkgever (zorgverzekeraar C). Werkgevers verschillen in de manier waarop zij haar *'human capital'* gezond probeert te houden (zie ook paragraaf 4.1).

Zorgverzekeraars A, C en E zijn eveneens bezig met de vraag hoe zij als zorgverzekeraar specifiek voor de werkgeverscollectiviteiten zorginkoop kunnen ondersteunen. *'Kennis is immers aanwezig'* (zorgverzekeraar E). Evenzo kunnen synergievoordelen behaald worden door bedrijfszorg via de zorgverzekeraar te regelen, omdat het in een totaalpakket aangeboden wordt. Het totaalpakket kan bestaan uit een interventieverzekering, producten in gezondheidsmanagement, verzuimverzekeringen, zorgservice en een dienst als zorgmakelaar. Met de zorgservice wordt reactief omgegaan met de vraag van een werknemer waar bijvoorbeeld wachttijden het kortst is (zorgverzekeraar A). Een dienst als zorgmakelaar gaat proactief om met de vraag van werknemers, zieke werknemers worden actieve begeleidt naar een passende zorgverlener (zorgverzekeraar C). Samen met de werknemer wordt bekeken waar hij/zij terecht kan. Hierbij zijn voornamelijk snelheid en kwaliteit van de behandeling van belang. Door het aanbieden van totaalpakketten proberen zorgverzekeraars te voorkomen dat werkgevers dubbele lasten krijgen voor zowel arbozorg als de aanvullende zorgverzekering (zorgverzekeraar E). Opvallend is dat alleen zorgverzekeraar A

zorginkopers betreft bij de onderhandeling over de invulling van het contract. *‘Ik heb weleens gezegd tegen die jongens van zorginkoop: “wat mij betreft is die passagiersstoel in mijn leasebak van jou, jij kunt immers veel beter vertellen wat je vanuit zorginkoop nu specifiek voor de werkgever kan doen”.* Zorgverzekeraar C en E zoeken de afdeling zorginkoop alleen op voor het inwinnen van informatie.

Werkgevers vinden voornamelijk het bieden van goede secundaire arbeidsvoorwaarden tegen een lage prijs van belang. Zorgverzekeraars worden afgerekend op de prijs, indien deze niet meer acceptabel is wordt de overstap gemaakt naar de concurrent (werkgever X). Naast prijs stellen werkgevers landelijke dekking en kwalitatief goede zorg als criteria bij de onderhandeling van het collectief contract. Met de onderhandelingen zien werkgevers graag iemand vanuit zorginkoop aanschuiven, echter ligt dit initiatief voornamelijk bij werkgevers zelf (werkgever Y). Werkgevers zien graag dat zorgverzekeraars zorg op maat bieden en informatie verstrekken over de kwaliteit van de zorgaanbieder (werkgever Y). Echter zijn werkgevers vervolgens niet enthousiast over selectief contracteren van zorgaanbieders. Werknemers moeten vooral hun eigen keuze kunnen maken (werkgever X). Om beide partijen scherp te houden sluiten werkgevers bewust geen meerjarencontract af met zorgverzekeraars. Hierdoor moet een zorgverzekeraar zich ieder jaar weer bewijzen (werkgever X). Voor werkgevers een reden om te kiezen voor een tussenpersoon. Hiermee komt de werkgever niet in de bulk van een zorgverzekeraar terecht en kan een relatie opgebouwd worden met de tussenpersoon.

Volgens experts willen werkgevers wel zorg op maat, maar zijn ze niet in staat zorgverzekeraars op te dragen verdergaande stappen te ondernemen bij de inkoop van zorg. *‘In de contracten worden weinig inhoudelijke opmerkingen opgenomen, veelal procedurele zaken en lage premies’* (expert 4). Werkgevers kunnen hier invulling aan geven door de zorgverzekeraar te vragen een bepaald disease management programma te contracteren bij zorgaanbieders wat leidt tot snellere hervatting van het werk bij werknemers met bijvoorbeeld diabetes. Dit levert voor beide partijen voordelen op. De experts zijn van mening dat het integraal aanbieden van producten alleen kansen biedt voor zorgverzekeraars wanneer zorginkoop betrokken wordt. Pas dan kan voldaan worden aan wensen en behoeften van werkgevers (expert 3). Tevens moet het wel interessant zijn voor de werkgever en voldoende opleveren. Om concurrentie tussen zorgverzekeraars aan te wakkeren is het volgens expert 2 noodzakelijk te weten vóór de overstapmogelijkheid in februari welke zorg ingekocht is. Tot nog toe wordt het hele jaar door onderhandeld over de contracten met zorgaanbieders.

#### **§ 4.2.6 Klantenbinding**

Ondanks dat er nog maar weinig beweging is in de overstap naar een andere zorgverzekeraar, zijn zorgverzekeraars zich ervan bewust dat werkgeverscollectiviteiten macht hebben als het gaat over het wisselen van zorgverzekeraar. Er wordt dan ook door zorgverzekeraars steeds meer geïnvesteerd in de binding met werkgevers door actief bezig te zijn met de invulling van hun wensen en behoeften. Daarbij zullen meerdere contactmomenten moeten zijn. *‘Pas dan kan zit je er bovenop, heb je andere gesprekken en kan je ook op basis van actualiteiten gaan handelen’*(zorgverzekeraar C). Op dit moment proberen zorgverzekeraars echter alleen synergievoordelen te behalen door aanvullende producten tegen lagere kosten dan arbozorg te leveren. Zodoende bieden zorgverzekeraars onder het begrip gezondheidsmanagement taken aan op gebied van arbozorg, zoals de flexibele inzet van een bedrijfsarts (zorgverzekeraar C). De bedrijfsarts is niet het hele jaar door gekoppeld aan de werkgever en wordt alleen ingezet wanneer noodzakelijk is. Hierdoor kan het aanbod beter afgestemd worden op de vraag van de klant en worden zorgkosten in bedwang

*Verbinding van zorginkoop met werkgeverscollectiviteiten: strategisch middel of operationele hoofdpijn?*

gehouden (zorgverzekeraar D). Het blijft echter volgens zorgverzekeraar C en E een zaak van alle stakeholders om te werken aan een gezonde werkomgeving. Zorgverzekeraars moeten hierin ondersteunen. Zodoende heeft zorgverzekeraar E onlangs bekeken wat een collectiviteit kost of juist oplevert. Voor een verlieslatende collectiviteit werd de korting op de premie verminderd, waarna met de vrijgekomen gelden geïnvesteerd werd in projecten om mensen uit desbetreffende collectiviteit gezonder te krijgen. Voor de collectiviteit positief: er werd direct iets gedaan aan de problematiek waardoor uiteindelijk minder zorg werd verbruikt. Voor zorgverzekeraar E een manier van klantenbinding en concurrentie.

Volgens experts is het een positieve ontwikkeling dat zorgverzekeraars steeds meer bezig zijn met behoud van werkgeverscollectiviteiten. Wanneer werkgevers proactief te werk gaan in samenwerking met de werkgever, kunnen snel grote resultaten worden geboekt, zoals het snel interveniëren bij ziekteverzuim (expert 3).

#### **§ 4.2.7 Conclusie**

De veranderende rol op de markt heeft nog niet geleid tot wijzigingen in strategie en doorvertaling naar beleid. Hoewel zorgverzekeraars steeds meer de aandacht verschuiven naar een integrale benadering van zorgverkoop en positief staan tegenover vraaggericht zorginkopen, worden hiervoor nog geen concrete stappen gezet. Op dit moment ontbreekt dan ook nog een verbinding tussen zorginkoop en werkgeverscollectiviteiten. Zorgverzekeraars zijn voornamelijk nog gericht op het op orde brengen van de eigen organisatie en concentreert zich hierbij op het eigen domein. Het zorgverkoopproces wordt echter nog als primair proces beschouwd. Wel zijn beide divisies in beweging, hetzij separaat van elkaar. Bij divisie zorginkoop wordt steeds vaker afspraken gemaakt over kwaliteitsverbetering, echter geldt dit nog sterk voor de regio's waar de zorgverzekeraar het grootste marktaandeel heeft. Hoewel nog geen sprake is van prestatiecontracten, richten zorgverzekeraars de aandacht steeds meer op de inzet van verscheidene inkoopinstrumenten. Hierbij wordt geen gebruik gemaakt van werkgeverscollectiviteiten, evenzo wordt de divisie zorginkoop niet betrokken bij de onderhandeling met werkgevers. Binnen de divisie zorgverkoop is een verschuiving waarneembaar van het 'koud verkopen' naar het behoud van werkgeverscollectiviteiten. Door het groter wordende aanbod van diensten groeien zorgverzekeraars steeds meer naar een dienstverlenende organisatie. Hoewel er binnen een enkele zorgverzekeraar op individuele basis stappen worden gezet om de andere divisie te betrekken bij zijn of haar werk, vindt nog geen integrale afweging plaats van business cases waarbij zowel verkoop- als inkoop-effecten worden meegewogen in beslissingen. Kosten en het aanbieden van nieuwe producten en/of diensten spelen nog een grote rol binnen beide divisies. In dit licht zijn zorgverzekeraars zich (nog) niet bewust van de mogelijkheid om meerwaarde te creëren voor de patiënt.

#### **§ 4.3 Van commerciële oriëntatie naar waardeketenoriëntatie**

Zorgverzekeraars hanteren veelal nog een strategie die gericht is op de commerciële functie van de organisatie. Dit blijkt zoal uit het belang wat zorgverzekeraars hechten aan het creëren van een goede prijs-kwaliteitverhouding voor de klant (zorgverzekeraar C) en het verkrijgen van marktaandeel (zorgverzekeraar D). Toch zien zorgverzekeraars steeds vaker de toegevoegde waarde in van zorginkoop en de samenwerking tussen beide domeinen.

'De juiste prijs wordt niet bepaald door de premie, maar door je interne beleid op zorginkoop' (zorgverzekeraar E). Onderstaand schema geeft de ontwikkeling van zorgverzekeraars weer. De keuze van variabelen in de linkerkolom is een combinatie van het model van ontwikkelfasen in zorginkoop (fig. 3) en de interpretatie van de onderzoeker aan de hand van voorgaande paragrafen. Door deze variabelen te gebruiken wordt de mate van professionalisering van zorginkoop en gedachte over waardenketenorientatie inzichtelijk.

Activiteiten	Zorgverzekeraar A	Zorgverzekeraar B	Zorgverzekeraar C	Zorgverzekeraar D	Zorgverzekeraar E
Zorginkoop wordt gezien als primair proces	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Inkoopfunctie wordt gezien als belangrijke beïnvloeder kwaliteitsniveau	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
Actieve inzet inkoop-instrumenten	Ja, wel beperkt	Nee	Ja, wel beperkt	Ja, wel beperkt	Ja, wel beperkt
Prestatiecontracten, sturing op performance	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Invloed van werkgeverscollectiviteiten	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Interactie tussen beide divisies m.b.t. samenwerking	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja
Aandacht verbetering en ontwikkeling nieuwe producten zorgverkoop	Ja	n.v.t.	Ja	Ja	Ja
Op zoek naar samenwerking met zorgaanbieders	Steeds vaker	Nee	Steeds vaker	Nee	Steeds vaker
Op zoek naar langdurige relatie met werkgevers	Ja	n.v.t.	Ja	Ja	Ja

Tabel 5. Ontwikkeling zorgverzekeraars op gebied van zorginkoop

Opvallend is dat zorgverzekeraars sterk gericht zijn op de verbetering van beide divisies, echter is nog geen structureel contact onderling over de inzet van middelen. Tevens is het merkwaardig dat vooral divisie zorgverkoop alleen binnen zorgverzekeraar A en E het belang ziet en interactie zoeken met divisie zorginkoop. Andersom is dit nog minimaal. Er is wel steeds meer sprake van een bewustwordingsproces over het belang van samenwerking met elkaar, op dit moment vooral bij zorgverzekeraars A en E. *'Je ziet dat iedereen voor zijn afdeling wat aan het doen is, maar niet gezamenlijk. Daarin is sterk de behoefte dat men het wil delen'*(zorgverzekeraar E). Alle zorgverzekeraars benoemen hierin wel het belang van aansturing vanuit de top, wat op dit moment nog bij geen enkele zorgverzekeraar gebeurt.

Werkgevers zien voornamelijk het meeste belang in een snelle terugkomst van werknemers. Volgens werkgevers biedt dan ook het afstemmen van hun wensen en behoeften op de inkoop van zorg veel voordelen voor beide partijen (werkgever Y). Zorgverzekeraars kunnen afstemming bewerkstelligen door de inzet van zorginkoop bij het afsluiten van werkgeverscollectiviteiten (werkgever X). Bij geen

van de werkgevers gebeurt dit nog. Volgens expert 4 kunnen werkgevers een belangrijke bijdrage leveren in professionalisering van zorginkoop. Door meer wensen te hebben richting de zorgverzekeraar in plaats van lage premies kunnen zij invloed uitoefenen op zorginkoop. Expert 3 en 4 zien beiden mogelijkheden werkgeverscollectiviteiten te betrekken bij de onderhandeling met een zorgaanbieder. *'Je zou bijvoorbeeld kunnen zeggen: moet je luisteren, we hebben net een collectief contract afgesloten met werkgever Z en die heeft met name werknemers in de regio waarin u opereert. Als u nu meer die dienst gaat leveren, meer investeert in het transparant maken van deze dienst en betere kwaliteit levert, dan bent u gegarandeerd van 100.000 patiënten meer per jaar'* (expert 4). De zorgverzekeraar zou vervolgens een prestatiecontract af kunnen sluiten met de zorgaanbieder. Zodra de zorgaanbieder voldoet aan de gestelde criteria wordt hij extra beloond. Via een voorkeursaanbieder constructie kunnen werknemers verleid worden naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan waardoor ze bijvoorbeeld korting krijgen op de polis. Expert 3 ziet een mogelijkheid in professionalisering van zorginkoop door per ingekocht element te kijken wat de bijdrage is voor de patiënt/werknemer. Hiervoor moeten zorgverzekeraars wel weten wie hun klant daadwerkelijk is en deze klant ook betrekken bij het proces. Hoewel experts 3 en 4 mogelijkheden zien, ziet expert 2 het niet zo gauw gebeuren. Op dit moment wordt alleen nog bekeken waar de wachttijd het kortst is en biedt de zorgverzekeraar zorgbemiddeling aan (expert 2). Volgens de experts is de aandacht inmiddels wel verschoven van de verkoop van polissen naar de inkoop van zorg. Expert 2 ziet voornamelijk een belemmering in professionalisering van zorginkoop doordat informatie binnen zorgaanbieders niet transparant is. *'Zet maar op de website wat de prestaties zijn van zorgaanbieders, afdelingen en maatschappen. Pas dan kan een zorgverzekeraar een goede keuze maken'*.

#### § 4.3.2 Planning & Control

Met hun nieuwe rol hebben zorgverzekeraars een afhankelijkheidsrelatie met werkgevers en zorgaanbieders, maar ook intern zijn relationele aspecten te ontdekken tussen divisie zorginkoop en zorgverkoop. Hoe zorgverzekeraars invulling geven aan onderlinge afspraken en relationele aspecten wordt in deze paragraaf beschreven. In het licht van dit onderzoek worden een drietal relaties onderscheiden: met de zorgaanbieder, de werkgever en tussen divisie zorginkoop en zorgverkoop. In onderstaand schema is samengevat hoe de relatie vormgegeven wordt door zorgverzekeraars. De keuze van variabelen in de linkerkolom vloeit voort uit de resultaten van voorgaande paragrafen. Door deze variabelen te gebruiken wordt de invulling van de relatie met verschillende actoren inzichtelijk. Bij het invullen van de matrix worden alle zorgverzekeraars bedoeld, uitzonderingen worden apart vermeld.

	Zorgaanbieder	Werkgever	Zorginkoop-Zorgverkoop
Afspraken vastgelegd in contract	Ja	Ja. Minimaal	Nee
Verbeterafspraken vastgelegd in contract	Ja. In kernregio	Ja	Nee
Financiële prikkels vastgelegd in contract	Ja	Ja. m.u.v. B en C	Nee
Samenwerking vastgelegd in contract	Ja. B, D en E minimaal	Ja	Nee. Verkennende fase A en E
Performance vastgelegd in contract	Nee	Nee	Nee
Investering in verbetertrajecten vanuit ZV vastgelegd in contract	Ja. m.u.v. B en D	Ja. m.u.v. B en C	Nee

*Verbinding van zorginkoop met werkgeverscollectiviteiten: strategisch middel of operationele hoofdpijn?*

	Zorgaanbieder	Werkgever	Zorginkoop-Zorgverkoop
<b>Beheersing van het contract</b>	Nee	Nee	N.v.t.
<b>Samenwerking zonder contract of informele afspraken</b>	Minimaal	Verkennend	Nee
<b>Investering vanuit ZV zonder contract</b>	Ja	Ja	Nee
<b>Vormgeving d.m.v. afspraken</b>	Ja	Ja	Nee
<b>Wens om samen te werken</b>	Ja	Ja	Ja
<b>Doorbelasting systematiek</b>	Ja	Ja	Nee
<b>Aansturing vanuit de top</b>	Nee	Nee	Nee

Tabel 6. Relationale aspecten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, werkgevers en divisies.

Op dit moment halen zorgverzekeraars nog niet het maximale uit hun contract. Zorgverzekeraars zien met name een belemmering in het maken van afspraken over performance van zorgaanbieders vanwege ontbrekende informatie over kosten en kwaliteit aan de kant van zorgaanbieders. *‘Alleen al het gegeven dat ik pas weet wat er gebeurt is, nadat er een DBC is afgesloten en de rekening binnenkomt...’*(zorgverzekeraar C). Hoe meer gedetailleerde informatie aanwezig is over premieschade, des te beter gestuurd kan worden. Zorgverzekeraars kunnen vervolgens afspraken maken met werkgevers over verzuim, arbeidsongeschiktheid en het verhogen van de arbeidsproductiviteit (zorgverzekeraar E). Volgens zorgverzekeraar B geven zorgaanbieders nog onvoldoende inzicht omdat ze huiverig zijn voor hun onderhandelingspositie. Zorgverzekeraars hopen dat DOT meer inzicht biedt waardoor betere afspraken gemaakt kunnen worden.

Merkwaardig is dat zorgverzekeraars voornamelijk bezig zijn met het op orde brengen van de interne organisatie. Bij beide divisies is de wens om intern samen te werken (zorgverzekeraar E), maar geen van de zorgverzekeraars maakt onderlinge afspraken over de te leveren diensten naar elkaar. Het komt volgens zorgverzekeraar C zelfs voor dat in feite beide divisies niet eens van elkaar weten wat de ander doet. Zorgverzekeraar D voegt daaraan toe dat het beleid van beide afdelingen soms haaks op elkaar staan. Dit blijkt uit de financiële prikkels die beide divisies krijgen: divisie zorgverkoop werkt met een budget waarbij targets behaald moeten worden terwijl divisie zorginkoop werkt met een begroting. De divisies zorgverkoop zijn allen van mening dat meer kostengestuurd gewerkt moet worden zodat afgerekend kan worden op prestaties. *‘Mensen moeten bewust worden van de kosten die gemaakt worden per jaar en daarvoor een prestatie leveren’* (zorgverzekeraar A).

Werkgevers zien steeds meer dat gewerkt wordt naar een intensievere vorm van samenwerking. Het afsluiten van een jaarcontract dient daarbij als prikkel. *‘Je moet elkaar scherp blijven houden en ieder jaar opnieuw bekijken of je met elkaar verder wilt’* (werkgever X). Zorgverzekeraars worden hierdoor gedwongen goede producten te blijven leveren. Volgens de werkgevers zijn zorgverzekeraars echter nog voornamelijk bezig met de vraag hoe de collectiviteitsgraad gevuld kan worden. Er worden geen activiteiten opgezet om het contract actief te onderhouden. Volgens de werkgever is het dan ook prettiger om met een intermediair te werken die de uitvoerende gedeelte op zich neemt. *‘Wij willen investeren in een relatie, het maakt de intermediair niet uit welk contract ze uitvoeren’*(werkgever X). Werkgever Y voegt daaraan toe dat afspraken makkelijker te maken zijn met intermediairs over het leveren van maatwerk. Volgens expert 1 staan zorgverzekeraars juist voor het duivelse dilemma ervoor te zorgen dat zorgaanbieders niet teveel zorg verlenen. Door de integrale honorering hebben zorgaanbieders belang bij de naam en productie, om dit te beperken zal een zorgverzekeraar dit vast moeten leggen in het contract. Eveneens zal volgens expert 3 de investering door zorgverzekeraars in de voortzetting van verbetertrajecten een prikkel kunnen zijn om afspraken



te maken over het leveren van gedetailleerde informatie. Aan de hand hiervan kan de zorgverzekeraar vervolgens afspraken maken met werkgevers.

#### **§ 4.3.3 Vertrouwen of wantrouwen?**

Bij de vele afhankelijkheidsrelaties op beide deelmarkten speelt vertrouwen een belangrijke rol. Met zowel zorgaanbieders als werkgevers worden alle afspraken vastgelegd in een contract. Binnen de zorgverzekeraar kan nauwelijks gesproken worden over afspraken tussen beide divisies, er wordt minimaal gecommuniceerd met elkaar. Opmerkelijk is dat beide divisies zich niet met elkaar bezighouden. *'De business die wij bedrijven en zij bedrijven liggen op dat moment mijlen ver uit elkaar, in perceptie maar ook bij de mensen zelf'*(zorgverzekeraar A). Hierdoor wordt onderling geen informatie uitgewisseld. Divisie zorginkoop ziet liever dat hierover afspraken met elkaar worden gemaakt. *'Nu is het zo dat zorgverkoop dingen bedenkt om de polis interessanter te maken, maar het moet wel aan de achterkant te regelen zijn'*(zorgverzekeraar E). Toch wordt voornamelijk binnen zorgverzekeraar A en E toenadering tot elkaar gezocht, er komen steeds meer *'knuffelactiviteiten'* (zorgverzekeraar A). Beide zorgverzekeraars vinden het van belang dat er één lijn in algemeen beleid komt om de relatie tussen werkgeverscollectiviteiten en zorginkoop te bepalen. *'Hoe kunnen we ervoor zorgen dat al die kleine bruggetjes zonder pijlers 1 grote Erasmusbrug van maken en ervoor zorgen dat deze nooit meer dicht gaat?'* (zorgverzekeraar A). Op dit moment is binnen alle zorgverzekeraars echter nog een grote afstand merkbaar. Om de afstand tussen verwachtingen en elkaar daadwerkelijk begrijpen kleiner te maken zullen beide divisies volgens expert 3 zich intern moeten 'verkoppen'.

#### **§ 4.3.4 Conclusie**

Zorgverzekeraars zijn op dit moment voornamelijk bezig met het op orde brengen van hun interne organisatie. Binnen twee van de vijf zorgverzekeraars wordt door divisie zorgverkoop voorzichtig contact gezocht met divisie zorginkoop. Andersom is hiervan nog geen sprake. Alle zorgverzekeraars benoemen hierin wel het belang van aansturing vanuit het management, wat op dit moment bij geen enkele zorgverzekeraar gebeurt. Toch zien zorgverzekeraars langzaam de toegevoegde waarde van een verbinding tussen zorginkoop en werkgeverscollectiviteiten echter wordt nog geen relatie gelegd met professionalisering van zorginkoop. Er is echter op dit moment meer een tweestrijd tussen beide divisies merkbaar, waardoor de onderlinge afstand groot is, dan een constructieve samenwerking. Beide divisies vinden zichzelf het meest belangrijk en streven de eigen doelen na. Er worden dan ook nauwelijks afspraken onderling gemaakt over te leveren diensten en informatie-uitwisseling, beiden gaan ervan uit dat de andere divisie het 'wel goed regelt'. Dit in tegenstelling tot de relatie met werkgevers en zorgaanbieders, waarbij afspraken vastgelegd worden in contracten. Hoewel er langzaam bewustwording binnen zorgverzekeraars plaatsvindt op gebied van samenwerking onderling, vinden nog geen concrete stappen plaats naar een integrale benadering. Zorgverzekeraars denken in feite nog steeds in een aanbodgestuurde benadering. Dit komt de professionalisering van de zorginkoop niet ten goede.



## 5. Conclusies

In dit hoofdstuk worden de conclusies van het onderzoek weergegeven. In de eerste paragraaf worden de deelvragen beantwoord, waarna vervolgens in paragraaf 2 een antwoord gegeven wordt op de onderzoeksvraag.

### § 5.1 Antwoord op de deelvragen

1. *Hoe kan de markt voor de gezondheidszorg, de zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt gedefinieerd worden, welke rol heeft de inkoop van zorg binnen deze markten en wat houdt de rol van de zorgverzekeraar in?*

De markt van de gezondheidszorg kenmerkt zich door een sterke onderlinge afhankelijkheid van drie partijen: de patiënt, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar (zie fig. 1 paragraaf 3.1). Op de markt wordt controle gehouden door overheid en toezichthouders, ondermeer door het scheppen van randvoorwaarden. Door de samenhang van de verschillende deelmarkten hebben veranderingen in de ene markt (in)direct gevolgen voor de andere markt. Sinds 2006 heeft Nederland te maken met gereguleerde marktwerking, wat tot uiting komt in een ander zorgstelsel. Met de marktwerking worden de actoren zelf verantwoordelijk gesteld voor financiering van de zorg. Hierin vindt een geleidelijke verschuiving plaats naar vrij onderhandelbare zorg (10% in 2005 naar 34% in 2009). Het nieuwe zorgstelsel moet hiermee zorgen voor een verschuiving van aanbodsturing naar vraagsturing.

Op de zorginkoopmarkt biedt de zorgaanbieder zijn dienst (gezondheidszorg) aan. De zorgverzekeraar koopt deze dienst ten behoeve van derden in. Hierover worden contractuele afspraken gemaakt op basis van prijs, kwaliteit, aard en omvang van de zorg. Op de zorgverzekeringsmarkt biedt de zorgverzekeraar de wettelijk verplichte basisverzekering en aanvullende verzekering aan. Alleen voor de basisverzekering geldt een acceptatieplicht. De patiënt/klant heeft de keuze om zijn verzekering individueel af te sluiten of via een collectiviteit. Met een collectiviteit krijgt hij maximaal 10% korting op de premie. Werkgevers hebben het grootste aandeel in collectiviteiten op de markt. Voor de werkgever is het een middel om invulling te geven aan de secundaire arbeidsvoorwaarden en werknemers aan zich te binden. De zorgverzekeraar kan met een gunstige prijs-kwaliteitverhouding werkgevers (en daarmee werknemers) aantrekken. Met de inkoop van zorg heeft de zorgverzekeraar een andere rol op de markt van gezondheidszorg gekregen. De zorgverzekeraar is een verbindende schakel tussen beide markten en hij moet ervoor zorg dragen dat de verzekerde kwalitatief goede zorg ontvangt van de zorgaanbieder. Hierdoor neemt zorginkoop een belangrijke plaats in op de markt.

Voor de zorgverzekeraar is het essentieel de zorg op een doelmatige wijze in te kopen wat niet alleen in het voordeel van de klant is (een goede prijs-kwaliteitverhouding). De zorgaanbieder wordt gestimuleerd op basis van contractuele afspraken kwalitatief goede zorg te leveren tegen een aanvaardbare prijs. Door op een doelmatige wijze in te kopen geeft de zorgverzekeraar vorm aan concurrentie op beide deelmarkten. Dit kan hij doen door werkgeverscollectiviteiten in te zetten bij de inkoop van zorg. Met de traagheid van de invoering van het B-segment, komt zorginkoop echter langzaam op gang. Er is dan ook nog nauwelijks sprake van professionele zorginkoop.

2. *Hoe kan met behulp van de agencytheorie en/of stewardshiptheorie verandering in strategisch gedrag omschreven worden?*

De agencytheorie beschrijft de problematiek welke verbonden is aan de contractuele relatie tussen twee actoren; de agent die in dienst is van de principaal. De agent werkt in opdracht van de principaal en bezit unieke kennis, waardoor informatieasymmetrie kan optreden. Een belangenconflict kan ontstaan door doelincongruent gedrag. De mate waarin informatieasymmetrie en doelincongruent gedrag door de agent zich voordoet, bepaalt de invulling van het contract dat de principaal met de agent sluit en daarmee de hoogte van de beheerskosten; de transactiekosten. De stewardshiptheorie kijkt naar het creëren van samenwerking op basis van vertrouwen, er is eerder sprake van een informele relatie. Aan de beheersing van afspraken zijn minder transactiekosten verbonden. De mate waarin de relatie vormgegeven wordt op basis van vertrouwen, is afhankelijk van de specificiteit van het product. Hoe hoger de specificiteit, hoe meer onderlinge afhankelijkheid en het onderling vertrouwen toeneemt.

De manier waarop zorgverzekeraars invulling geven aan hun relaties, heeft invloed op de manier waarop zij zich op de markt bewegen. Zorgverzekeraars doen er zoveel mogelijk aan hun positie op de markt te verstevigen, hierbij moeten zorgverzekeraars snel kunnen anticiperen op veranderingen in de omgeving. De zorgverzekeraar kan zich steeds minder onderscheiden op prijs en service en zal op zoek moeten gaan naar een andere manier van concurreren. Dit kan door specifieke afspraken te maken met zorgaanbieders en werkgevers en te investeren in de onderlinge relatie. Bezien vanuit de stewardshiptheorie kan de zorgverzekeraar, door te investeren in de relatie met zorgaanbieders en werkgevers, een bepaalde mate van exclusiviteit op de markt verkrijgen. Door te zoeken naar een vorm van samenwerking, bouwt de zorgverzekeraar onderling vertrouwen op. Dit heeft invloed op de positie van de zorgaanbieder en werkgever. Vanwege de hoge mate van informatieasymmetrie (resultierend in hoge transactiekosten) en vele belangen op beide deelmarkten, zal de zorgverzekeraar er echter alles aan doen om de kosten te beheersen. Ondanks dat er sprake is van samenwerking in beide relaties, zijn er voor de zorgverzekeraar te grote risico's verbonden aan de relatie om op basis van vertrouwen afspraken te maken. De zorgaanbieder bezit teveel specifieke kennis, wat moeilijk te achterhalen is. De beste manier om erachter te komen of hij zich aan de afspraken houdt, is het meten van prestaties. Evenzo zal de werkgever de prestaties van de zorgverzekeraar willen meten. Omdat de invulling van de relatie invloed heeft op de positie van de zorgverzekeraar en de mate waarin hij zich onderscheidt van zijn concurrenten, zal op basis hiervan de strategie aangepast worden.

3. *Hoe kan de zorgverzekeraar de processen van zorginkoop en verkoop van werkgeverscollectiviteiten met elkaar verbinden door gebruik van de 'value chain' van Porter en daarmee bijdragen aan de professionalisering van de zorginkoop?*

De value chain analyse is een systematische manier om elke activiteit (element) in het bedrijfsproces te ontrafelen. Per element wordt de functie en de kosten beschreven, zodat een organisatie vast kan stellen of dat het element zijn functie goed vervult tegen de laagst mogelijke kosten. Eveneens kan vastgesteld worden of het element waarde toevoegt aan het totale bedrijfsproces. In de eerste jaren na de stelselwijziging richtte de functie van zorginkoop zich voornamelijk op het contracteren van zorgaanbieders. Inmiddels wordt de functie breder ingevuld, maar wordt de meerwaarde van de functie niet erkend. Zorgverzekeraars richten zich meer op de verkoopfunctie en het verkrijgen van marktaandeel. Om een value chain te ontwikkelen zal dan ook eerst de meerwaarde van de zorginkoopfunctie erkend moeten worden. Hierna kan de zorgverzekeraar de stap zetten voor het herinrichten van de functie zorginkoop. Door zich meer te richten op het proces, wordt helder of het element waarde toevoegt en wat de kosten zijn. Tegelijkertijd zal de zorgverzekeraar het zorginkoopproces en zorgverkoopproces gedetailleerd moeten beschrijven. Door dit te doen maakt de zorgverzekeraar inzichtelijk welke afhankelijkheden en verbanden aanwezig zijn. Om daadwerkelijk de verbinding te leggen tussen beide elementen, zal de zorgverzekeraar haar besturingsstructuur zo in moeten richten, dat duidelijk wordt wie waar verantwoordelijk voor is en hoe de relatie tussen beide elementen wordt vormgegeven. De strategie van de zorgverzekeraar dient als basis voor de besturingsstructuur. Door samenwerking te creëren tussen beide elementen en afspraken te maken over te leveren diensten, wordt concreet invulling gegeven aan de verbinding. Met onderlinge afspraken wordt frequent benodigde informatie en kennis uitgewisseld tussen beide elementen. De besturingsstructuur en het inzicht in beide processen moet een aanjager zijn om te streven naar een gezamenlijk doel en congruent gedrag. Verbinding tussen beide elementen is echter niet mogelijk zonder de nodige aanpassingen in technologische processen. Informatie wordt dan eenvoudiger uitgewisseld en wordt een hogere transactiesnelheid bereikt in het bedrijfsproces. Eveneens wordt transparantie in producten en informatie gecreëerd. Transparante informatie (zoals de wensen en behoeften van werkgevers) en onderlinge samenwerking biedt perspectief voor snellere en betere beslissingen in de strategie, in het proces van zorginkoop en verkoop van werkgeverscollectiviteiten. Het effect hiervan is te zien in vermindering procesfouten, papierwerk en duplicatie van werkzaamheden. Tevens biedt frequente inzet van een nazorgfunctie op zowel patiënten (werknemers), werkgevers als zorgaanbieders de mogelijkheid informatie te achterhalen. Het bedrijfsproces kan hiermee verbeterd worden, zodat invulling gegeven wordt aan vraaggericht zorginkoop. De verbinding van beide processen geeft de zorgverzekeraar mogelijkheden het aantal transacties tussen zorginkoop en verkoop van werkgeverscollectiviteiten te verminderen, de financiële positie te verbeteren en de zorginkoopfunctie te professionaliseren.

4. *Hoe kan het transactiekostenmodel bijdragen aan de verbetering van het bedrijfsproces, zorginkoop en verkoop van werkgeverscollectiviteiten?*

Het transactiekostenmodel biedt zorgverzekeraars inzicht voor economische efficiëntie in de bedrijfsvoering. Binnen het model wordt de aanname gedaan dat transacties tussen partijen begrensd wordt met verschillende kosten. Transacties (zoals het afsluiten van contracten) vinden op verschillende momenten plaats. In momenten van contact (voorbereiding), contract (het afsluiten) en controle (naleven en uitvoering) ontstaan vervolgens transactiekosten. Teneinde de transactiekosten te beperken en maximaal economische efficiëntie te behalen, gaat de zorgverzekeraar op zoek naar een zo optimaal mogelijke organisatievorm. De zorgverzekeraar maakt hierbij de keuze in hiërarchische coördinatie (zelf organiseren) of coördinatie via het marktmechanisme (uitbesteding). Waarbij de laatste de voorkeur heeft, omdat de prikkel, die leidt tot efficiëntie, kwaliteit en service, meer aanwezig is. Met het transactiekostenmodel kan de zorgverzekeraar inzichtelijk maken op welke punten in het bedrijfsproces transacties voorkomen en waar informatie onderling noodzakelijk is.

De inkoop van zorg en de verkoop van werkgeverscollectiviteiten kent een onderlinge afhankelijkheid op het gebied van informatie. Zonder informatie over werkgeverscollectiviteiten kan zorginkoop immers minder harde afspraken maken op de zorginkoopmarkt. Informatie over zorgaanbieders en de mogelijkheden vanuit zorginkoop is eveneens noodzakelijk om afspraken met werkgeverscollectiviteiten te maken. Er is voldoende interne kennis aanwezig om de positie van de zorgverzekeraar hiermee te versterken op de markt. Tussen beide afdelingen speelt echter ook informatieasymmetrie (en transactiekosten) een rol. Omdat op dit moment transacties infrequent zijn, is hetgeen waarop de transactie betrekking heeft niet goed meetbaar. Dit probleem is te beheersen door vast te leggen in de besturingsstructuur op welke momenten en onder welke voorwaarden in het proces afspraken worden gemaakt. Eveneens bieden afspraken de mogelijkheid opportunistisch gedrag van beide afdelingen te minimaliseren. Met de onderlinge afhankelijkheid wordt de interactie tussen beide afdelingen, het nut van samenwerking en het maken van afspraken vergroot. Zodoende biedt de onderlinge afhankelijkheid een koppeling tussen beide afdelingen, waarin efficiëntie en effectiviteit van het totale bedrijfsproces haalbaar is. Evenzo biedt het de mogelijkheid om bounded rationality te verminderen en te komen tot optimale besluitvorming in beide processen. Een efficiënt bedrijfsproces biedt zorgverzekeraars tevens een sterkere onderhandelingspositie op de deelmarkten en het vertrouwen bij partijen te vergroten. Dit resulteert in een daling van de kosten van het zakendoen voor de zorgverzekeraar.

5. *Wat is een optimale verhouding, vanuit het perspectief van de agencytheorie en stewardshiptheorie, tussen de inkoop van zorg en verkoop van werkgeverscollectiviteiten met als doel de 'value chain' te realiseren?*

De agencytheorie beschrijft de beheersingsproblematiek welke verbonden is aan de contractuele relatie tussen twee actoren. De stewardshiptheorie benadert de relatie vanuit samenwerking en onderling vertrouwen (zie deelvraag 2). Het realiseren van de value chain betekent een ontrafeling van het bedrijfsproces, waarin alle activiteiten zichtbaar worden. Zodoende kan de zorgverzekeraar voor elke activiteit de toegevoegde waarde in het bedrijfsproces vaststellen en de cost- en value drivers identificeren (zie deelvraag 3). Het bedrijfsproces van de zorgverzekeraar kan opgesplitst

worden in drie elementen: zorginkoop, verkoop van werkgeverscollectiviteiten en nazorg. Deze elementen vormen de service delivery activiteiten. Daaromheen vinden ondersteunende activiteiten plaats: organisatiecultuur, organisatiestructuur en strategische resources (zie fig. 2 paragraaf 3.3.1). De verkoop van werkgeverscollectiviteiten domineert in de pre-service fase. Hierin wordt service geboden op de markt en klanten aangetrokken. Door in te spelen op wensen en behoeften van werkgevers voegt de zorgverzekeraar in dit deel waarde toe. De inkoop van zorg domineert in de hoofdfase, omdat het leveren van de zorg het eindproduct is voor de werkgever. De zorgverzekeraar heeft deze dienst uitbesteed aan de zorgaanbieder. Hiermee is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het toevoegen van waarde aan het eindproduct. Omdat de zorgverzekeraar niet exact waar kan nemen wat de zorgaanbieder doet, is sprake van moral hazard. Met de inzet en het beheer van inkoopcontracten en inkoopinstrumenten kan de zorgverzekeraar dit beperken. Om toegevoegde waarde te leveren aan de klant, zal de zorgverzekeraar vanwege de hoge specificiteit echter wel moeten samenwerken met de zorgaanbieder. In de nazorgfase kan de zorgverzekeraar deze toegevoegde waarde meten onder zijn klanten en leveranciers.

Het realiseren van de value chain zorgt voor een afhankelijke relatie tussen afdeling zorginkoop en zorgverkoop. Immers hebben beide afdelingen informatie en kennis van elkaar nodig. Om informatieasymmetrie tussen beide afdelingen te voorkomen, zal de zorgverzekeraar een beheersingsstructuur in moeten richten op basis van beide theorieën. Onderlinge afspraken voor de te leveren diensten aan elkaar, moeten worden vastgelegd. Om risico's van misinterpretatie te voorkomen en controle uit te oefenen op de beschikbaarheid van informatie, zullen de afspraken gemonitord moeten worden. De support activiteiten moeten ervoor zorgen dat consensus bereikt wordt tussen beide afdelingen over het te bereiken doel. Wanneer beide afdelingen inzien dat de geleverde bijdrage waarde toevoegt in het geheel, zal dit ervaren worden als een hoger persoonlijk nut. Hiermee zal samenwerking beter tot stand komen. Eveneens draagt tevredenheid onder beide afdelingen bij aan het succes van de organisatie. Om de value chain te realiseren is de optimale verhouding een samenwerkingsvorm tussen beide afdelingen waarbij de nadruk ligt op het vastleggen van onderlinge afspraken.

*6. Hoe wordt de strategie van de zorgverzekeraar bepaald en waar legt de zorgverzekeraar zijn nadruk, op de inkoop van zorg of de verkoop van werkgeverscollectiviteiten?*

De manier waarop een zorgverzekeraar zijn strategie bepaald, is afhankelijk van de visie en missie van de organisatie. Het topmanagement bepaald binnen zorgverzekeraars welke strategie ingezet wordt. Hoewel veranderingen op de zorginkoopmarkt en de zorgverzekeringsmarkt invloed hebben op het strategisch gedrag van zorgverzekeraars, is dit in het huidige stelsel nog niet zichtbaar. Op de zorginkoopmarkt is sprake van een afhankelijkheidsrelatie met zorgaanbieders. Zorgaanbieders leveren immers de zorg aan zorgverzekeraars, waarvoor een contract wordt afgesloten. De afdeling zorginkoop stelt het belang van een zo stevig mogelijke positie op de markt voorop om zoveel mogelijk volume, tegen de beste prijs en kwaliteit in te kunnen kopen. Hiervoor wordt een regionale strategie gehanteerd, waarbij de aandacht ligt op de zorgaanbieders in de kernregio. De afdeling zorgverkoop stelt echter het belang van marktaandeel in werkgeverscollectiviteiten voorop. Ondanks de veranderende rol van zorgverzekeraars in het nieuwe zorgstelsel, wordt de nadruk nog steeds gelegd op het de verkoop van werkgeverscollectiviteiten. Zorgverzekeraars erkennen wel het belang van zorginkoop als strategisch middel, maar geven hier niet concreet invulling aan. Twee van de vijf

zorgverzekeraars zijn hier wel mee bezig, maar dat is op dit moment nog minimaal. Zorginkoop heeft duidelijk nog geen overheersende factor binnen de strategie. Zorgverkoop heeft dan ook nog de meeste invloed in de strategie van de zorgverzekeraar.

#### *7. Hoe kan het proces van zorginkoop binnen de zorgverzekeraar omschreven worden?*

Het zorginkoopproces bestaat uit een aantal belangrijke beslismomenten: de samenstelling van het beleid, de beoordelingscriteria, de onderhandeling en contractering van zorgaanbieders. Kenmerk van het inkoopproces is het cyclische karakter. Ieder jaar wordt opnieuw onderhandeld met de zorgaanbieders. De samenstelling van het inkoopbeleid gebeurt binnen zorgverzekeraars met de divisie zorginkoop en het managementteam. Divisie zorgverkoop wordt hierbij minimaal betrokken. Drie van de vijf zorgverzekeraars stelt het marktleiderschap voorop om zorg in te kunnen kopen op volume en daarmee schaalvoordelen te creëren. De overige twee zorgverzekeraars hanteren kwaliteit als uitgangspunt in het zorginkoopproces. Zorgverzekeraars hanteren als beoordelingscriteria de kwaliteitscriteria van IGZ en de zelf opgestelde aanvullende kwaliteitscriteria. Met deze criteria wordt onderhandeld. Zorginkopers zijn verantwoordelijk voor de onderhandelingen, waar nodig wordt een medisch adviseur meegenomen. Gebleken is dat het spreken van dezelfde taal en het elkaar begrijpen in het zorginkoopproces van belang is. Vanwege de grote spreiding van klanten wordt iedere zorgaanbieder gecontracteerd. Centraal in de onderhandelingen staan de prijs en het volume. Alleen voor een DBC top 20 onderhandelt de zorgverzekeraar ook over kwaliteit. Zorgverzekeraars hanteren daarbij verschillende inkoopinstrumenten, maar voornamelijk voorkeursaanbieders en gedifferentieerde contracten. Op dit moment zien zorgverzekeraars geen meerwaarde in het selectief contracteren. De reden hiervoor is de vraag of dit op de lange termijn wel iets oplevert. Een tweede reden is de overstapmogelijkheid van collectiviteiten en het eventuele effect op het imago. Zorgverzekeraars maken met voorkeursaanbieders specifieke afspraken over (kwaliteits)verbeterprojecten. Voorkeursaanbieders bevinden zich in de kernregio, daar waar het marktaandeel het grootst is. In het contract worden afspraken vastgelegd over een financiële beloning danwel een beloning in publiciteit bij de klant. Aan het eind van het jaar wordt door zorgverzekeraars gecontroleerd of zorgaanbieders aan de contractvoorwaarden hebben voldaan. Hoewel zorgverzekeraars zich ervan bewust zijn dat meer uit het inkoopcontract te behalen is, wordt hier nauwelijks invulling aan gegeven (zoals de inzet van werkgeverscollectiviteiten). Evenzo ondernemen zorgverzekeraars weinig activiteiten op gebied van nazorg en klanttevredenheid.

8. *Hoe kan het proces van verkoop van werkgeverscollectiviteiten binnen de zorgverzekeraar omschreven worden?*

Centraal in het zorgverkoopproces staat het doel zoveel mogelijk klanten (werkgevers) aan te trekken en te behouden. Om dit te realiseren houden accountmanagers de markt in de gaten. Belangrijk moment binnen het zorgverkoopproces is de vaststelling van de premie in november en de fase van contractering van zorgaanbieders. Het aantrekken van nieuwe klanten gebeurt veelal door de inzet van marketingactiviteiten en het inschrijven op tenders in de zorgverzekeringsmarkt. De verkoop van aanvullende verzekeringen heeft hierbij de voorkeur, voor zorgverzekeraars is hiermee meer winst te behalen. Sinds de veranderingen in het zorgstelsel richten zorgverzekeraars zich niet meer alleen op de 'koude' verkoop van verzekeringen. Zorgverzekeraars investeren steeds vaker in het behoud van werkgeverscollectiviteiten en de relatie met de werkgever. Dit resulteert in meer informatie over de verzekerde (werknemer) en de manier waarop de werkgever invulling geeft aan HRM beleid. Zorgverzekeraars ontwikkelen aan de hand van deze informatie gericht producten voor de werkgever. Veelal betreft dit een uitbreiding van de aanvullende verzekering tot een totaalpakket waarin een interventieverzekering, verzuimverzekeringen en producten ten behoeve van gezondheidsmanagement zijn opgenomen. Door gericht met werkgevers te zoeken een combinatie van bedrijfszorg met aanvullende verzekeringen, probeert de zorgverzekeraar synergievoordelen te behalen. Hoewel de relatie tussen zorgverzekeraars en werkgevers veranderd is en beiden op zoek zijn naar samenwerking, sluiten werkgevers tot nog toe alleen een jaarcontract met de zorgverzekeraar af. Werkgevers stellen het belang van een goed presterende zorgverzekeraar voorop en willen voldoende overstapmogelijkheden behouden. Ondanks dat de zorgverzekeraar zich bewust is dat met zorginkoop werkgeverscollectiviteiten behouden worden, zet zij geen concrete stappen. Evenzo wordt weinig initiatief getoond werkgeverscollectiviteiten in te zetten bij de inkoop van zorg, terwijl de behoefte binnen zorgverzekeraars en werkgevers wel aanwezig is.

9. *Hoe wordt de verhouding tussen beide dimensies vormgegeven door de zorgverzekeraar?*

Beide afdelingen werken vrijwel separaat van elkaar. Bij de totstandkoming van het algemeen beleid van de organisatie, worden beide afdelingen betrokken. In de doorvertaling naar zorginkoopbeleid en zorgverkoopbeleid wordt geen concrete verbinding tussen beide afdelingen gemaakt. Dat de verhouding tussen beide afdelingen geen vorm krijgt in het beleid, blijkt uit het gegeven dat beide afdelingen nauwelijks weten van elkaar wat ze doen. Dit resulteert in een onderlinge afstand. Het komt zelfs voor dat men elkaar voor het eerst ontmoet. Producten worden dan ook afzonderlijk van elkaar ontwikkeld. Beide afdelingen gaan er hierbij vanuit dat de ander invulling geeft aan het ontwikkelde product, zonder dat hierover afstemming plaatsvindt. Door deze onderlinge afstand (in perceptie en bij de mensen zelf) is nauwelijks sprake van interactie. Toch zijn beide afdelingen zich bewust van hun onderlinge afhankelijkheid en de meerwaarde die integratie oplevert voor beide deelmarkten. De mate waarin stappen worden gezet om toenadering tot elkaar te zoeken, verschilt echter per afdeling en per zorgverzekeraar. Op dit moment zijn zorgverzekeraars voornamelijk bezig met het op orde brengen van de interne organisatie en de manier waarop de verhouding tussen beide afdelingen op managementniveau vormgegeven kan worden.



*10. Welke benadering in strategie van de zorgverzekeraar, inkoop van zorg of verkoop van werkgeverscollectiviteiten, zal meer de nadruk moeten krijgen om zich te onderscheiden op de markt gezien vanuit het perspectief van de agencytheorie en stewardshiptheorie?*

De manier waarop zorgverzekeraars invulling geven aan de relatie met werkgevers en zorgaanbieders, heeft invloed op de manier waarop zij zich op beide deelmarkten onderscheiden. Omdat zorgverzekeraars zich nauwelijks meer onderscheiden op lage premies en service, moet een andere manier gevonden worden. De zorgverzekeraar kan dit doen door meerwaarde te bieden aan werkgevers zoals naar de vraag van werkgevers specifiek zorg inkopen. Voor de werkgever is dit van belang om goede secundaire voorwaarden te bieden en werknemers gezond te houden; met als bijkomend effect dat de werkgever werknemers aantrekt en behoudt. Legt de zorgverzekeraar de nadruk in zijn strategie op de verkoop van werkgeverscollectiviteiten, dan zal zorginkoop fungeren als ondersteunende dienst die enkel zorgt voor contracten met de zorgaanbieder. Gezondheidszorg is echter het eindproduct wat de zorgverzekeraar aanbiedt. Daar wordt over onderhandeld in de werkgeverscollectiviteit. Zorginkoop is dan ook het primaire proces van de zorgverzekeraar, waarin de zorgaanbieder de leverancier is van het eindproduct (gezondheidszorg).

Omdat gezondheidszorg gekenmerkt wordt door een hoge specificiteit en de zorgverzekeraar de levering uitbesteed heeft aan de zorgaanbieder, is sprake van informatieasymmetrie in de relatie. Met als gevolg wederzijdse afhankelijkheid, zodat beide partijen tot elkaar veroordeeld zijn. In de relatie met de werkgever op de zorgverzekeringmarkt is hiervan nauwelijks sprake. Om de werkgever als klant te behouden, is het noodzakelijk dat de zorgverzekeraar vraaggerichte zorg inkoopt. Dit realiseert de zorgverzekeraar door gedetailleerde afspraken te maken met de zorgaanbieder. Echter, vanwege de hoge specificiteit en wederzijdse afhankelijkheid zijn hier risico's (moral hazard en adverse selection) aan verbonden. Om deze risico's te beperken zal de zorgverzekeraar de afspraken vastleggen in een contract. Immers kan de zorgverzekeraar alleen het eindproduct (geleverde zorg) monitoren bij zijn klanten. Met alleen het afsluiten van een contract onderscheidt de zorgverzekeraar zich echter niet op de markt, hiervoor zal hij meer moeten zoeken naar samenwerking met de zorgaanbieder. Door te investeren in de relatie met de zorgaanbieder (zoals de inzet van verbetertrajecten) zal het onderlinge vertrouwen toenemen, waarmee de zorgverzekeraar een betrouwbare speler wordt op de markt. Evenzo komt de investering ten goede van kwaliteit en doelmatigheid van geleverde zorg, afgestemd op de vraag van de klant. Hiermee onderscheidt de zorgverzekeraar zich op beide deelmarkten. Zorginkoop speelt dan ook een cruciale rol bij de levering van gezondheidszorg aan de klant. Vanuit dit perspectief zal zorginkoop de nadruk in strategie moeten krijgen.

11. *Hoe kan zowel het transactiekostenmodel als de 'value chain' een bijdrage leveren aan de optimalisering van het bedrijfsproces, het professionaliseren van zorginkoop en de zorgverzekeraar invulling kan geven aan het leveren van maatwerk?*

Beide deelmarkten vragen flexibiliteit van de zorgverzekeraar. De bewegingen op beide deelmarkten maakt dat zorgverzekeraars druk bezig zijn vanuit beide afdelingen nieuwe producten te ontwikkelen. Gebleken is dat beide afdelingen voornamelijk nutmaximaliserend bezig zijn. Hoewel behoefte aan meer samenwerking is, wordt nauwelijks contact gezocht met elkaar. Terwijl zorgverzekeraars wel het belang erkennen van (de betrokkenheid van) zorginkoop, worden hierin nog geen concrete stappen in genomen. Er is sprake van een afstand tussen beide afdelingen, met als effect dat zorgverzekeraars onvoldoende vraaggestuurd zorg inkopen.

Bezien vanuit de value chain benadering kan door integratie van het verkoopproces ('downstream') en zorginkoopproces ('upstream') invulling gegeven worden aan optimalisatie van het bedrijfsproces. Voor het realiseren van een value chain is een gedetailleerde beschrijving van beide processen noodzakelijk. Hiermee wordt inzichtelijk waar (on)afhankelijkheden, verbindingen en knelpunten aanwezig zijn. Tevens wordt inzicht geboden in costdrivers en valuedrivers. Hiermee kan informatie van de werkgever worden gebruikt als input voor de inkoop van zorg. Eveneens kan informatie van zorginkoop als input dienen voor invulling van de werkgeverscollectiviteit. Om het gezamenlijke doel te bereiken, zal de inzet van een procesgerichte benadering meer interactie en samenwerking van beide afdelingen vereisen. De organisatiestructuur zal dit moeten ondersteunen. De organisatiestructuur zal duidelijk moeten maken waar verantwoordelijkheden liggen en hoe invulling wordt gegeven aan de onderlinge relatie. Met de inzet van de value chain benadering zal de onderlinge afstand deels weggenomen worden. Eveneens biedt de aanwezigheid van informatie de mogelijkheid eenvoudiger beslissingen te nemen in de strategie. De inzet van planning en control zal invulling moeten geven aan het beheer van het bedrijfsproces. Transactiekosten worden verminderd met een verbinding tussen beide afdelingen, maar verdwijnen niet. Hoe afhankelijker beide afdelingen van elkaar zijn, hoe belangrijker onderlinge afstemming en afspraken is om onzekerheden en risico's te beperken. Inzicht in deze kosten en risico's in relatie tot kosten van interne bedrijfsvoering, is dan ook noodzakelijk. De informatie, voortvloeiend uit de gedetailleerde procesbeschrijvingen, kan als input dienen. Eveneens biedt de informatie de mogelijkheid efficiënt planning en control in te zetten.

Door de onderlinge verbinding kan de kennis en informatie over werkgeverscollectiviteiten optimaal ingezet worden bij de inkoop van zorg en andersom. Omdat zorgverzekeraars de levering van zorg uitbesteed hebben aan zorgaanbieders, bezitten zorgverzekeraars nu juist de positie inkoopinstrumenten effectief in te zetten en specifieke afspraken te maken. Eveneens kan de zorgverzekeraar de specifieke afspraken inzetten om invulling te geven aan zijn producten op de zorgverzekeringmarkt. Met het voordeel dat vraaggericht zorg ingekocht wordt. De input van kennis en informatie over het eigen proces en de markt, biedt de zorgverzekeraar de mogelijkheid zorginkoop verder te professionaliseren en invulling te geven aan het leveren van maatwerk voor werkgeverscollectiviteiten.

## § 5.2 Antwoord op de onderzoeksvraag

Met de antwoorden op de deelvragen kan de onderzoeksvraag beantwoordt worden:

*“Wat is voor de zorgverzekeraar de toegevoegde waarde van de verbinding van de inkoop van zorg in de cure-sector met de verkoop van werkgeverscollectiviteiten en hoe kan de zorgverzekeraar hiermee de inkoop van zorg professionaliseren?”*

In onderstaande tabel wordt een overzicht weergegeven van de elementen die de verbinding van de inkoop van zorg met werkgeverscollectiviteiten toegevoegde waarde kan bieden voor de zorgverzekeraar. De keuze van variabelen in de linkerkolom is een combinatie van de value chain analyse (fig.2 paragraaf 3.3.1), het transactiekostenmodel (fig.5 paragraaf 3.4.1), de agency- en stewardshiptheorie en de interpretatie van de onderzoeker aan de hand van de resultaten.

	Verbinding tussen zorginkoop en werkgeverscollectiviteiten	
	Verbinding	Geen verbinding
Concurrentiepositie op de markt in het B-segment	Sterk op beide deelmarkten	Sterk op één van de deelmarkten
Bijdrage aan marktwerking in de gezondheidszorg	Ja, aanwakking concurrentie zorgaanbieders en onderscheid op beide deelmarkten.	Minimaal, prikkels voor doelmatigheid worden wel gegeven, maar gefragmenteerd zichtbaar.
Mogelijkheid tot vraaggestuurd zorgaanbod	Ja, door integratie van beide processen wordt vraaggestuurd zorgaanbod vereenvoudigd.	Ja, maar wordt bemoeilijkt door de onderlinge afstand.
Toegevoegde waarde: voor wie?	Voor werknemer, werkgever, zorgaanbieder en zorgverzekeraar	Afhankelijk waar de strategie v.d. zorgverzekeraar op gericht is.
Strategie	Gericht op toevoegen van waarde aan de gezondheidszorg	Gericht op marktaandeel
Besturingsstructuur	Integraal: divisie of matrix	Divisie
Flexibiliteit organisatie	Ja, de interne informatiestroom biedt mogelijkheid snel te anticiperen op veranderingen in beide deelmarkten.	Nee, informatie blijft ‘hangen’. Minder snel anticiperen op veranderingen in de andere deelmarkt.
Mate professionalisering zorginkoop	Procesoriëntatie	Commerciële oriëntatie en coördinatie van zorginkoop
Prikkel actieve inzet inkoopinstrumenten	Ja, specifieke afspraken voor werkgeverscollectiviteiten	Nauwelijks, immers wordt zorg voor alle verzekerden ingekocht
Beheerskosten	Bureaucratische kosten. Inzicht d.m.v. procesbeschrijving.	Kosten van bonding en monitoring. Weinig inzicht.
Mate van opportunisme	Beperkt, er wordt gewerkt aan een gezamenlijk doel. Beide partijen zien meerwaarde in van samenwerking.	Groot, doelincongruent gedrag.
Hoogte transactiekosten	Laag i.v.m. beperking risico's informatieasymmetrie door integratie	Hoog i.v.m. dubbelwerk en ontbreken van informatie-uitwisseling
Kennis- en informatiestroom	Weinig informatieasymmetrie door de integrale benadering.	Sterke informatieasymmetrie door twee aparte elementen binnen de organisatie.
Onderlinge relatie	Op basis van afspraken en samenwerking. Besturingsstructuur en inrichting bedrijfsproces dwingt dit af.	Nauwelijks i.v.m. grote onderlinge afstand. Samenwerking vindt alleen plaats op initiatief van de werknemers zelf.

Tabel 7. Elementen van toegevoegde waarde van verbinding tussen beide processen.

*Verbinding van zorginkoop met werkgeverscollectiviteiten: strategisch middel of operationele hoofdpijn?*

Het creëren van een verbinding tussen zorginkoop en de verkoop van werkgeverscollectiviteiten biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid beter in te spelen op de wensen en behoeften van werkgevers. De zorgverzekeraar kan vraaggericht zorginkopen en patiënten sturen naar bepaalde zorgaanbieders. Met het beoogde effect dat de rol als belangenbehartiger op de markt van de gezondheidszorg beter wordt vervuld. Evenzo creëert de zorgverzekeraar onderscheidend vermogen op beide deelmarkten en wordt de concurrentiepositie verstevigd. De verbinding vereist echter wel de inzet van inkoopinstrumenten en gedetailleerde afspraken met zorgaanbieders. Immers zal de zorgverzekeraar voor de werkgeverscollectiviteit niet alle zorgaanbieders hoeven te contracteren. Met de inzet van inkoopinstrumenten wakkert hij onderlinge concurrentie tussen zorgaanbieders aan en biedt perspectief voor professionalisering van zorginkoop. Op de zorgverzekeringsmarkt biedt de verbinding tussen beide elementen meerwaarde door de inzet van kennis van zorginkoop bij werkgevers. Dit met het resultaat dat gerichte afspraken vertaald wordt in een totaalpakket voor de werkgeverscollectiviteit. De zorgverzekeraar kan hiermee werkgevers aan zich binden.

Met de verbinding worden twee gescheiden processen geïntegreerd. De organisatie zal gedwongen worden kritisch te kijken naar het totale bedrijfsproces. Door inzichtelijk te maken hoe beide processen binnen de zorgverzekeraar tot stand komen en wat de organisatie nodig heeft om haar doel te bereiken, zal bewustwording optreden over het belang van zorginkoop als primair proces. Deze stap is noodzakelijk om zorginkoop te professionaliseren. Professionalisering van zorginkoop vraagt om verandering, waarbij niet alleen nieuwe kennis en inzicht vereist is, maar ook andere vaardigheden en gedrag van belang zijn. De gedeelde normen en waarden van de organisatie hebben hierin een bepalende rol. Met de verbinding tussen beide elementen wordt deze verandering gerealiseerd. Aanwezige interne kennis wordt effectief ingezet en bevordert interactie. Met als effect dat de organisatie niet gefragmenteerd werkt en beide elementen van elkaar leren en samenwerken. Eveneens wordt hiermee betrokkenheid en doelcongruent gedrag gerealiseerd. Immers zal eenzelfde doel nagestreefd worden. De continuïteit van het proces zal gewaarborgd moeten worden in de besturingsstructuur. Met de informatie voortkomend uit de verbinding tussen beide elementen kan de zorgverzekeraar op strategisch niveau eenvoudiger beslissingen nemen en op zoek gaan naar win-win situaties voor zowel de organisatie, de werkgever als de zorgaanbieder. Dit biedt perspectief om de zorginkoop te professionaliseren.

Tot slot biedt de verbinding tussen zorginkoop en werkgeverscollectiviteiten zorgverzekeraars de mogelijkheid transparantie van informatie, kwaliteit en doelmatigheid van zorg en betaalbaarheid te bevorderen voor de patiënt. Het biedt een prikkel voor andere partijen op de markt zich ondernemend op te stellen en doelmatig te werk te gaan.

## 6. Slotbeschouwing

### § 6.1 Discussie

In dit deel van de slotbeschouwing wordt kritisch teruggekeken naar de gehanteerde methoden van onderzoek, de rol van de onderzoeker en het gebruik van de theorie. In onderstaande paragrafen worden tevens de beperkingen, sterke en zwakke punten van het onderzoek bediscussieerd.

#### § 6.1.1 Reflectie op methoden van onderzoek

Voor dit onderzoek is een kwalitatieve onderzoeksmethode gehanteerd. Daarbij is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek en semigestructureerde interviews. Het gebruik van deze methode bleek het meest geschikt te zijn. De problematiek van het onderzoek was niet in eerdere onderzoeken aan bod gekomen, waardoor interviews onmisbaar waren. Door semigestructureerde interviews kon de onderzoeker in gaan op de problematiek en hierop verder doorvragen. Met kwantitatief onderzoek, waaronder het houden van enquêtes, had dit niet gekund. Tevens werd duidelijk dat de ondervraagden het prettig vonden informatie te geven over de praktijk wat de onderzoeker naast de benodigde informatie, aanvulling bood voor de beeldvorming van de praktijk. Met behulp van de interviews zijn vervolgens de conclusies verwoord. Aanvankelijk zou in de interviews gebruik gemaakt worden van vastgestelde vragen, maar na de eerste gesprekken werd duidelijk dat het gebruik van topics meer informatie zou geven. Echter bracht dit het risico met zich mee dat meer informatie werd gegeven dan noodzakelijk. Het gebruik van topics heeft in die zin invloed gehad op de resultaten, dat op bepaalde zaken minder ver doorgevraagd werd. Dit is een zwak punt van het onderzoek. Eveneens werd dit bepaald door het tijdsbestek van de interviews (1 uur). Het gebruik van focusgroepen voor diverse stakeholders (bijvoorbeeld zorginkopers en zorgverkopers) voorafgaand aan de interviews had daar een aanvulling op kunnen zijn. Met de focusgroepen had de mogelijkheden en beperkingen van het inkoop- of verkoopproces besproken kunnen worden waardoor de onderzoeker tijdens het interview dieper op een specifiek onderwerp in te gaan. De duur van het onderzoek beperkt echter de inzet van focusgroepen.

Dit onderzoek is belicht vanuit de kant van de zorgverzekeraar. Een sterk punt van dit onderzoek is de representativiteit. De selectie van zorgverzekeraars in Nederland is representatief te noemen omdat drie grote zorgverzekeraars en een kleinere zorgverzekeraar is ondervraagd. Een vierde grote zorgverzekeraar heeft geweigerd mee te werken aan het onderzoek. De representativiteit is versterkt door interviews met zowel zorginkoop als zorgverkoop af te nemen. Door verscheidene personen in hiërarchie te ondervragen, kreeg de onderzoeker een duidelijk beeld van de (on)afhankelijke relaties. De geïnterviewde experts hadden, ondanks hun verschillende visies, een belangrijke meerwaarde voor het totaalbeeld van de markt van de gezondheidszorg. Eveneens bood dit inzicht in de toegevoegde waarde van de verbinding tussen beide elementen. Om interne validiteit en betrouwbaarheid te waarborgen zijn twee werkgevers geïnterviewd. De data hieruit voortkomend bleek zeer waardevol te zijn. Een zwak punt hierin is echter het beperkt aantal werkgevers, selectiebias kan eenvoudiger optreden. Om dit te voorkomen had een grotere groep werkgevers geïnterviewd kunnen worden of, in verband met de duur van dit onderzoek, had het gebruik van enquêtes uitkomst kunnen bieden. Een andere beperking aan dit onderzoek is een ontbrekende vergelijking met bedrijven uit andere branches. Hiermee had vanuit een ander perspectief een sterker beeld geschetst kunnen worden van de value chain analyse.

Ondanks dat het onderzoek gericht is op de zorgverzekeraar; verbetering van haar bedrijfsprocessen en het creëren van onderscheidend vermogen, heeft het onderzoek een sterke maatschappelijke relevantie. De uitkomsten van dit kwalitatieve onderzoek draagt bij aan het bereiken van de doelen van marktwerking, door handvatten te bieden aan de zorgverzekeraar om zorginkoop te professionaliseren. Uiteindelijk heeft de klant/patiënt hier baat bij in de zin van kwalitatief goede zorg en (financiële) toegankelijkheid. Tevens hebben ook werkgevers, zorgaanbieders, de overheid en belangenbehartigers baat bij een betere werking van het zorgstelsel en vraaggerichte zorginkoop. Kwantitatief onderzoek had minder concreet invulling kunnen geven aan het professionaliseren van zorginkoop en het bereiken van de doelen van marktwerking.

Tot slot is de actualiteit en generaliseerbaarheid van het onderzoek een sterk punt. Door in te spelen op de actuele veranderingen op de markt, wordt het nut van dit onderzoek verhoogd. Evenzo kunnen andere actoren op de markt van de gezondheidszorg en organisaties uit andere branches dit onderzoek gebruiken om het bedrijfsproces te optimaliseren.

### **§ 6.1.2 Reflectie op de rol van de onderzoeker**

Het betrof een onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek waarbij getracht is de validiteit en betrouwbaarheid zo goed mogelijk te waarborgen door verschillende maatregelen te nemen. Kwalitatief onderzoek kenmerkt zich door de rol van de onderzoeker. De onderzoeker heeft geen persoonlijke belangen gehad in het onderzoek en is daarmee een objectieve buitenstaander geweest. Objectiviteit is gewaarborgd door semigestructureerde interviews te houden, ervan uitgaande dat vervolginterviews nieuwe informatie kon opleveren. De rol van de onderzoeker is tevens beperkt door de interviews op te nemen op tape, deze uit te werken in transcripten en te coderen. Hierdoor werd het vergelijken van overeenkomsten en verschillen tussen respondenten eenvoudiger. Hoewel een vergelijking van gegevens enige interpretatie vraagt, is dit minimaal gebleven door de gehanteerde methode.

### **§ 6.1.3 Reflectie op gebruikte theorie**

Binnen dit onderzoek is het theoretisch kader leidend geweest. Een centrale rol in het onderzoek speelt het driemarktenmodel, dat de onderlinge afhankelijkheden van de verschillende markten weergeeft. Gekozen is om deze context te plaatsen onder het theoretisch kader omdat de markten van invloed zijn op de gehanteerde strategie van de zorgverzekeraar en de manier waarop het bedrijfsproces is ingericht. Om invulling te geven aan de verbinding tussen zorginkoop en verkoop van werkgeverscollectiviteiten is gebruik gemaakt van de value chain analyse. Deze theorie is gebaseerd op het toevoegen van waarde door elk element in de keten. Met de value chain analyse wordt duidelijk hoe de zorgverzekeraar invulling kan geven aan het bedrijfsproces en zijn strategie. Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is dieper ingegaan op zorginkoop en het proces rondom zorginkoop. Omdat met alle onderlinge afhankelijkheden en relaties zowel intern als extern transactiekosten gepaard gaan en inzicht noodzakelijk is voor de value chain analyse, is gebruik gemaakt van de transactiekostentheorie. Als basis voor het beheerssysteem is gebruik gemaakt van de agencytheorie en de stewardshiptheorie. De invulling van het beheerssysteem, en daarmee interne en externe relaties, heeft invloed op de manier waarop de zorgverzekeraar zich op de markt beweegt. Voor een onderscheid op de markt is het voor de zorgverzekeraar noodzakelijk een optimum te vinden tussen samenwerking en informele afspraken (stewardship) of het vastleggen van de afspraken in contracten (agency). Ondanks dat het kader een breed perspectief bood voor het

onderzoek, had het gebruik van theorieën over strategieontwikkeling en -management, marketing, organisatie(verandering) een toegevoegde waarde kunnen zijn. Deze theorieën kunnen inzicht geven in de wijze waarop de zorgverzekeraar zorginkoop kan professionaliseren en kan dieper ingegaan worden op de manier waarop zorginkoop en de strategie van de zorgverzekeraar specifiek op beide deelmarkten ingezet kan worden om zich te onderscheiden.

## **§ 6.2 Aanbevelingen**

### **§ 6.2.1 Algemene aanbevelingen vervolgonderzoek**

De reflectie van het onderzoek biedt mogelijkheden voor vervolgonderzoek. De nadruk in dit onderzoek is gelegd op de value chain analyse van Porter. Voor vervolgonderzoek is het waardevol professionalisering van zorginkoop vanuit een ander perspectief te benaderen, zoals de interne financiering van zorgverzekeraars, strategieontwikkeling of verandermanagement. Evenzo zal in vervolgonderzoek een vergelijking met bedrijven in andere branches meerwaarde bieden zodat het onderzoek beter te generaliseren is. Tevens is het mogelijk hiermee zwakheden in de interne keten van de organisatie te traceren.

Het realiseren van een ondernemende instelling op de markt geldt eveneens voor zorgaanbieders. Om deze reden zal eenzelfde onderzoek binnen zorgaanbieders een nuttige aanvulling zijn. Beide onderzoeken bieden vervolgens de mogelijkheid de vorming van een waardeketen binnen de gezondheidszorg te realiseren waarbij moeilijkheden, voorwaarden en verbeterpunten voor actoren op de markt getraceerd kunnen worden. Volgens de experts wordt zorginkoop belemmerd door de hoeveelheid algemene ziekenhuizen in Nederland. Een voorwaarde om waarde toe te voegen aan de gezondheidszorg, is de specialisatie van ziekenhuizen. Een verdiepend onderzoek naar de effecten van specialisatie van ziekenhuizen op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg biedt dan ook voldoende perspectief.

Vanwege de wettelijke verplichting inkoop van arbozorg en inkoop voor de Zorgverzekeringswet te scheiden, wordt een aparte afdeling, geldstroom, werknemers en dossier gehanteerd. Om werkgeverscollectiviteiten optimaal in te kunnen zetten bij zorginkoop voor de Zorgverzekeringswet, is het interessant voor werkgevers, zorgverzekeraars en overheid een onderzoek te doen naar de meerwaarde van een samenvoeging van arbozorg en zorg uit de Zorgverzekeringswet. Met inzicht in de mogelijkheden, beperkingen, voorwaarden en moeilijkheden kan zorg eventueel beter op elkaar afgestemd worden.

In het belang van een gezonde werknemer kan een onderzoek naar meerwaarde van gezondheidsmanagement binnen werkgevers een aanknopingspunt zijn. Wanneer werkgevers beter in staat zijn zorgverzekeraars op te dragen verdergaande stappen te ondernemen in zorginkoop zullen inkoopinstrumenten beter ingezet kunnen worden.



## § 6.2.2 Aanbevelingen zorgverzekeraars, overheid en toezichthouders en werkgevers

Voortvloeiend uit het onderzoek worden in deze paragraaf specifiek een aantal aanbevelingen voor zorgverzekeraars, overheid en toezichthouders en werkgevers gedaan.

### Zorgverzekeraars

*Kritisch zijn.* Durf kritisch te kijken naar het eigen bedrijfsproces en de manier waarop zorginkoop en zorgverkoop haar plaats inneemt. Discussier over de invulling van het primaire proces en beide functies binnen de organisatie en op de markt. Bepaal waar de organisatie nu staat, wat de organisatie wil bereiken en hoe zij dit wil doen. Het kan waardevol zijn om een benchmark uit te voeren op de toepassing van de value chain in de industriële branche.

*Strategie en beleid.* Gebruik de informatie voortkomend uit de procesbeschrijvingen als een strategische denkmop voor een heroverweging van strategie. Borg de organisatiedoelen en strategie in zowel het inkoop- als verkoopbeleid. Stem eveneens beiden op elkaar af. Zorg voor een doorvertaling van het beleid naar de dagelijkse praktijk en borg het in een evaluatiecyclus. Durf te veranderen.

*Gebruik kennis en informatie.* Durf te leren van elkaar (bijvoorbeeld over de onderhandelingen op beide deelmarkten) en breng de kennis van beide afdelingen bij elkaar. Dit kan gerealiseerd worden door samen te werken aan (verbeter)projecten en de ontwikkeling van nieuwe producten. Zorg tevens voor frequente interactie. Gebruik de interne kennis en informatie om vaardigheden en competenties te verbeteren, door werknemers van verkoop te betrekken bij het inkoopproces en andersom. Leg afspraken over samenwerking, interactiemomenten en informatiestromen vast en evalueer regelmatig of dit nog voldoet aan de gestelde randvoorwaarden.

*Inzet inkoopinstrumenten.* Zet meer inkoopinstrumenten, kwaliteitsindicatoren en prestatiecontracten in en gebruik informatie van de zorgverzekeringsmarkt als input. Monitor de prestaties van zorgaanbieders door de inzet van klanttevredenheidonderzoeken en marktonderzoek. Maak hierover eveneens specifieke afspraken met de zorgaanbieder. Hiermee wordt inzichtelijk waar eventuele verbeter- en knelpunten liggen, zowel op de markt als voor beide partijen. Leer van zorgaanbieders door het contract te evalueren. Trek 'senior' inkopers aan en train mensen op vaardigheden, zorg ervoor dat dezelfde taal wordt gesproken en de zorgaanbieder begrepen wordt. Durf te investeren in zorginkoop (en blijf investeren in verbeterprojecten).

*Creëer betrokkenheid.* Organiseer interactieve bijeenkomsten (workshops) waarin voor beide afdelingen helder wordt wat hun collega's doen en waarin men elkaar kan helpen. Communiceer intern over te bereiken en gerealiseerde doelen. Vier ook overwinningen met elkaar.

*Afspraken.* Bespreek de voorwaarden die nodig zijn om optimaal resultaat te behalen in beide processen. Leg hiervoor onderlinge afspraken vast over de levering van diensten, informatie, communicatie en samenwerking. Evalueer deze afspraken ook regelmatig.

## Overheid en toezichhouders

*Bevorder transparantie.* Door een gebrek aan transparante informatie op de zorginkoopmarkt wordt het handelen van de zorgverzekeraar op beide deelmarkten verstoord. De invoering van nieuwe projecten, zoals Zichtbare Zorg, verloopt erg traag en zijn zorgverzekeraars genoodzaakt op zoek te gaan naar alternatieven. Met als gevolg dat het vertrouwen in verbeterprojecten en het vertrouwen in elkaar afneemt. Door de invoering van uniforme indicatoren zal de overheid deze beperkingen deels kunnen wegnemen. Tevens moet meer sturing gegeven worden aan het transparant maken van informatie bij zorgaanbieders. Zorgverzekeraars kunnen dit vanwege de vele onderlinge belangen niet alleen realiseren. Zorg voor informatie naar patiënten, verzekerden en werkgevers.

*Beperking rol.* Om dynamiek te creëren op de markt zal de overheid zich moeten blijven beperken tot haar voorwaardenscheppende rol. Dit betekent de markt haar werking te laten doen en harder beleid ten aanzien van de inzet van steun- en compensatiemaatregelen. Prikkel voor doelmatigheid op de markt blijven uit naar gelang de overheid steunmaatregelen treft, zoals voor slechtlopende ziekenhuizen en het compenseren van tegenvallers voor zorgverzekeraars. Tevens komt dit niet ten goede aan de kwaliteit van zorg.

*Beperk de invoer van wijzigingen.* Doelmatigheid wordt eveneens belemmerd door wijzigingen die in of na januari nog doorgevoerd worden. Hierdoor stellen zorgverzekeraars de onderhandelingen steeds vaker uit, met het gevolg dat inkoopinstrumenten niet effectief ingezet worden. Om inkoopinstrumenten effectief in te zetten (waaronder selectieve zorginkoop), moet de zorgverzekeraar tenslotte zijn klanten vóór het overstapmoment informatie verschaffen over de gecontracteerde zorgaanbieders. Er zal dan ook een betere afweging gemaakt moeten worden in welke periode wijzigingen of maatregelen ingevoerd worden.

## Werkgevers

Stel strengere eisen en voorwaarden voor de in te kopen zorg door de zorgverzekeraar. Dit biedt niet alleen voordeel voor de werkgever zelf, in de zin van kwalitatief goede zorg voor de werknemer, maar ook voor de zorgverzekeraar en de marktwerking. Onderzoek tevens de meerwaarde van actief gezondheidsbeleid binnen de organisatie. Richt daarbij de aandacht niet alleen op zieke werknemers maar ook op de gezonde werknemers.

### **§ 6.2.3 Slotconclusie**

Zorgverzekeraars moeten zorginkoop niet beschouwen als noodzakelijk kwaad, maar als strategisch middel om dynamiek in de markt van de gezondheidszorg te bevorderen. Pas wanneer zorgverzekeraars zich richten op wat zorginkoop oplevert in plaats van wat het kost, is het mogelijk de doelen van gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg te behalen.

## Referenties

- Althaus, C., Bridgman, P. and G. Davis. 2007. *The Australian Policy Handbook*. 4<sup>th</sup> ed. Sydney: Allen & Unwin.
- Aon Consulting. 2006. *Tussen zorg en zekerheid. De hervorming van het zorg-, verzuim- en pensioenstelsel door de ogen van de werkgever*. Rotterdam: Aon Consulting.
- Ashton, T. 1998. *Contracting for health services in New Zealand: A transaction cost analysis*. Social Science & Medicine, volume 46, p. 357-367.
- Bouman, G.A., Karssen, B. en E.C. Wilkinson, 2008. *Zorginkoop heeft de toekomst*. Achtergrondstudie van Significant uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Zorginkoop. Den Haag: RVZ.
- Bouillon, M.L., Ferrier, G.D, Stuebs, M.T. and T.D. West. 2006. *The economic benefit of goal congruence and implications for management control systems*. Journal of Accounting and Public Policy 25, p. 265-298.
- Boot, J.M. en M.H.J.M. Knapen. 2001. *Handboek Nederlandse gezondheidszorg*. 10<sup>e</sup> druk. Utrecht: het Spectrum.
- Burns, L. 2002. *The Wharton School Study of the Health Care Value Chain: producers, purchasers and providers*. Jossey-Bass Incorporated.
- Cavinato, J.L, Flynn, A.E. and R.G. Kauffman. 2006. *The Supply Management Handbook*. 7<sup>th</sup> ed. New York: the McGraw-Hill Companies Inc.
- Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) 2004. *Signalering ethiek en gezondheid 2004*. Zoetermeer: RVZ.
- Consumentenbond. 2008. *Zorginkoop onder de loep*. Uitgebracht door de consumentenbond, ANBO, NPCF.
- Corbey, M. en W. van Hulst. 2005. *Bedrijfseconomie, grondslagen en perspectieven*. Tweede druk. Deventer: Kluwer.
- Creswell, J.W. 2003. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed method approaches*. 2<sup>nd</sup> ed. Sage Publications.
- CTZ. 2006. *Visie zorgverzekeringsmarkt*. Utrecht: CTZ; CTG/ZAio.
- Cutler, D.M. and R.J. Zeckhauser. 2002. *Chapter 11: The anatomy of health insurance*. Boston: This article is not included in your organization's subscription. However, you may be able to [access this article](#) under your organization's agreement with Elsevier.
- Harvard University and National Bureau of Economic Research.
- DBC onderhoud, 2009. *Wijzigingen DBC's 2009* [Internet]. DBC onderhoud [geraadpleegd op 15-12-2008]. Bereikbaar op: <http://www.dbconderhoud.nl>

- Douma, S. and H. Schreuder. 2008. *Economic approaches to organizations*. 4<sup>th</sup> ed. Pearson Education.
- Deloitte Consultancy. 2006. *Collectieve afhankelijkheid: onderzoek naar de mobiliteit in de zorgverzekeringsmarkt*. Amstelveen: Deloitte Consultancy B.V.
- Donaldson, L. and J. Davis. 1991. *Stewardship theory or agency theory, CEO governance and shareholder returns*. Australian Journal of Management 16, p. 49-64.
- Figueras, J. et al. 2005. Purchasing to improve health systems performance. *European Observatory on Health Systems and Policy Series*. New York. Open University Press: p. 207-226.
- Gaynor, M. and D. Haas-Wilson. 1999. *Change, consolidation and competition in Health Care Markets*. Journal of Economic Perspectives, Vol. 13, No.1.
- Gooskens, L.M. 2008. Collectieve contracten; bulkverkoop of maatwerk? *Een onderzoek naar de mogelijkheden en beperkingen die de collectivisering van de zorgverzekeringsmarkt biedt in de zorginkoop en bij het navigeren van patiënten naar voorkeursaanbieders*. Afstudeerscriptie Master Zorgmanagement. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG.
- Heezen, A.W.W. 2000. *Basisstudie bedrijfseconomie*. Eerste druk, vijfde oplage. Houten: Stenfert Kroese.
- Hendrikse, G.W.J. en C.P. Veerman. 2000. *Coöperaties, Transactiekosten*. Bedrijfskunde, jaargang 72. Nr. 1.
- Hoogervorst, H. 2004a. *Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet)*: memorie van toelichting. Den Haag: SDU.
- Hoogervorst, H. 2004b. *Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet)*: Voorstel van Wet. Den Haag: SDU.
- Hurst, D. 1995. *Crisis and Renewal: Meeting the Challenge of Organizational Change*. Boston: Harvard Business School Press: p. 167-168.
- Jong, J.D. de, Delnoij, D.M.J. en P.P. Groenewegen. 2006b. *Verzekerdenmobiliteit is hoog. Ook ouderen zijn overgestapt*. Utrecht: NIVEL.
- Karssen B. en B. Esselaar. 2007. *De nieuwe zorginkoper moet nieuwe competenties ontwikkelen*. Z-inkopers magazine no 1. 2009.
- Klompenhouwer, J. en Vos-Deckers, G. 2005. *Haarlemmerolie of een werkzaam geneesmiddel voor de gezondheidszorg?* Scriptie MBA-Health, Centrum voor Management Development in de zorg. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Koevoets, H.P.J., C.C. Staal en E. Snijders. 2008. *Succesvol sourcen*. Overheidsmanagement 23, nr. 5
- Krogt, van der. Th.P.W.M. en C.W. Vroom. 1995. *Organisatie is beweging*. Derde druk. P.101-104. Utrecht: Lemma B.V.
- Lapré, R., F. Rutten, F.T. Schut. 2001. *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

- Lennartz, R.E., Trompetter, A. en R.A.F. Veeke. 2000. *Inkoopmanagement in facilitaire omgevingen*. Stevig faciliteren noodzakelijk. Eerste druk. Alphen aan den Rijn/Diegem: Samson.
- Maso, I. en A. Smaling. 1998. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam, Meppel: Boom.
- Mednet, 2008. *Minister stelt maatstafconcurrentie uit* [internet]. Mednet [geraadpleegd op 25-02-2009]. Bereikbaar op: <http://www.mednet.nl/politiek/minister-stelt-maatstafconcurrentie-uit-2015.html>
- Ministerie van VWS. 2003. *Memorie van toelichting Zorgverzekeringswet (Kamerstukken II, 2003-2004, 29763)*[internet]. Stichting AB [geraadpleegd op 18-08-2009]. Bereikbaar op: <http://www.st-ab.nl/wetzvwmvt.htm>
- Ministerie van VWS. 2003. *Memorie van toelichting Wet op de Zorgtoeslag (Kamerstukken II, 2003-2004, 29762)*[internet]. Stichting AB [geraadpleegd op 18-08-2009]. Bereikbaar op: <http://www.st-ab.nl/wetzvwmvt.htm>.
- Ministerie van VWS. 2009. *Transparante DBC's (DOT)* [internet]. MinVWS [geraadpleegd op 28-08-2009]. Bereikbaar op: <http://www.minvws.nl/dossiers/dbc/voor-medewerkers-in-de-zorg/transparante-dbc-dot>
- Mintzberg, H. 2006. *Organisatiestructuren*. 2<sup>nd</sup> ed. Pearson Education Benelux.
- Nederlandse Zorgautoriteit. 2006. *Monitor zorgverzekeringsmarkt: de tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt*. Diemen: NZA.
- Nederlandse Zorgautoriteit. 2007. *Monitor Zorgverzekeringsmarkt: de balans 2007*. Diemen: NZa.
- Nederlandse Zorgautoriteit. 2007b. *Kruissubsidie in de zorgverzekeringsmarkt*. Diemen: NZa.
- Nederlandse Zorgautoriteit. 2008. *Visiedocument Richting geven aan keuzes: kunnen verzekeraars consumenten stimuleren naar gecontracteerde voorkeursaanbieders te gaan?* Diemen: NZa.
- Nederlandse Zorgautoriteit. 2009. *Monitor Ziekenhuiszorg. Tijd voor reguleringszekerheid*. Diemen: NZa.
- Nooteboom, B. *Transactiekosten en informatietechnologie* [internet]. Nooteboom [geraadpleegd op 22-06-2009]. Bereikbaar op: <http://www.arno.uvt.nl/show.cgi?fid=70744>.
- Porter, M.E. 1985. *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. New York: Free Press. P. 37
- Porter, M.E. and E.O. Teisberg. 2006. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Putters, K. 2001. *Geboeid ondernemen. Een studie naar het management in de Nederlandse ziekenhuiszorg*. Assen: Van Gorcum.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2008. *Zorginkoop*. Den Haag: RVZ.

- Ruth, L.M., de Jong, J.D. en P. P. Groenewegen. 2007. *De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel*. Keuzes, verloop en uitkomsten van de onderhandelingen over de collectieve zorgverzekering voor 2006 en 2007. Utrecht: NIVEL.
- Schut, F.T. 2003. *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*. Rotterdam: instituut Beleid, Management en Gezondheidszorg. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Smits, J.P.J.M, Droomers, M. en G.P. Westert. 2002. *Sociaaleconomische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland*. Bilthoven: RIVM.
- Sluijters, B., Biesart, M.C.I.H, de Groot, G.R.J. en L.E. Kalkman. 2008. *Gezondheidsrecht. Tekst & Commentaar*. 3<sup>e</sup> druk. Deventer: Kluwer.
- Stuurgroep WGM, 2009. *Weesgeneesmiddelen* [Internet]. Stuurgroep WGM [geraadpleegd op 17-02-2009]. Bereikbaar op <http://www.weesgeneesmiddelen.nl>
- Swayne, L., W. Duncan and P. Ginter. 2006. *Strategic Management of Health Care Organizations*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Velden, H. van der. 1993. *Collectivisering en solidariteit in de Nederlandse gezondheidszorg: een historisch perspectief*. *Gezondheid* No 1; 1993. p 264-281.
- Williamson, O. E. 1975. *Markets and hierarchies: Analysis and anti-trust implications*. New York: Free Press.
- Williamson, O.E. 1985. *The economic institutions of capitalism. Firms, Markets, Relational Contracting*. New York: Yale University Free Press.
- Weele, van A.J. 1988. *Inkoop in strategisch perspectief: analyse, planning en praktijk*. Alphen a/d Rijn: Samson.
- Zorgvisie, 2008. *Maatstafconcurrentie uitstellen* [Internet]. Zorgvisie [geraadpleegd op 25-02-2009]. Bereikbaar op: <http://www.zorgvisie.nl/opinie/weblogs/Carina-van-Aartsen/Maatstafconcurrentie-uitstellen.htm>
- Zorgbalans, 2008. *De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Rijksinstituut voor Volksgezondheidszorg en Milieu, sector Volksgezondheid en Zorg. Bilthoven: RIVM.
- Zuurbier, J. en Y. Krabbe-Alkemade. 2007. *Onderhandelen over DBC's*. Tweede druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Zwaal, J. 2006. *Marktwerking in de zorg: Dilemma's en oplossingen vanuit het perspectief van de zorgaanbieder*. Afstudeerscriptie Master Zorgmanagement. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG.

**Mondelinge bronnen:**

Aarts, B. AON consultancy. In persoonlijk interview op 14 augustus 2009.

Alkemade, M. Agis. In persoonlijk interview op 10 juni 2009.

Brinks, UVIT. In persoonlijk interview op 9 juli 2009.

Coulier, L. Agis. In persoonlijk interview op 5 augustus 2009.

Groot, de M. NZa. In persoonlijk interview op 5 juni 2009.

Hellendoorn, H. Significant. In persoonlijk interview op 10 juni 2009.

Hinkofer, M. Achmea. In persoonlijk interview op 1 juli 2009.

Huizinga, A. UVIT. In persoonlijk interview op 9 juli 2009.

Kuijlen, J. CZ. In persoonlijk interview op 17 juni 2009.

Lieverdink, H. NZa. In persoonlijk interview op 5 juni 2009.

Pijnenburg, R. CZ. In persoonlijk interview op 17 juni 2009.

Spiering, R. Achmea. In persoonlijk interview op 1 juli 2009.

Steenwelle, I. Heineken Brouwerijen. In persoonlijk interview op 15 juli 2009.

Vandermeulen, L. Prismant. In persoonlijk interview op 3 juni 2009.

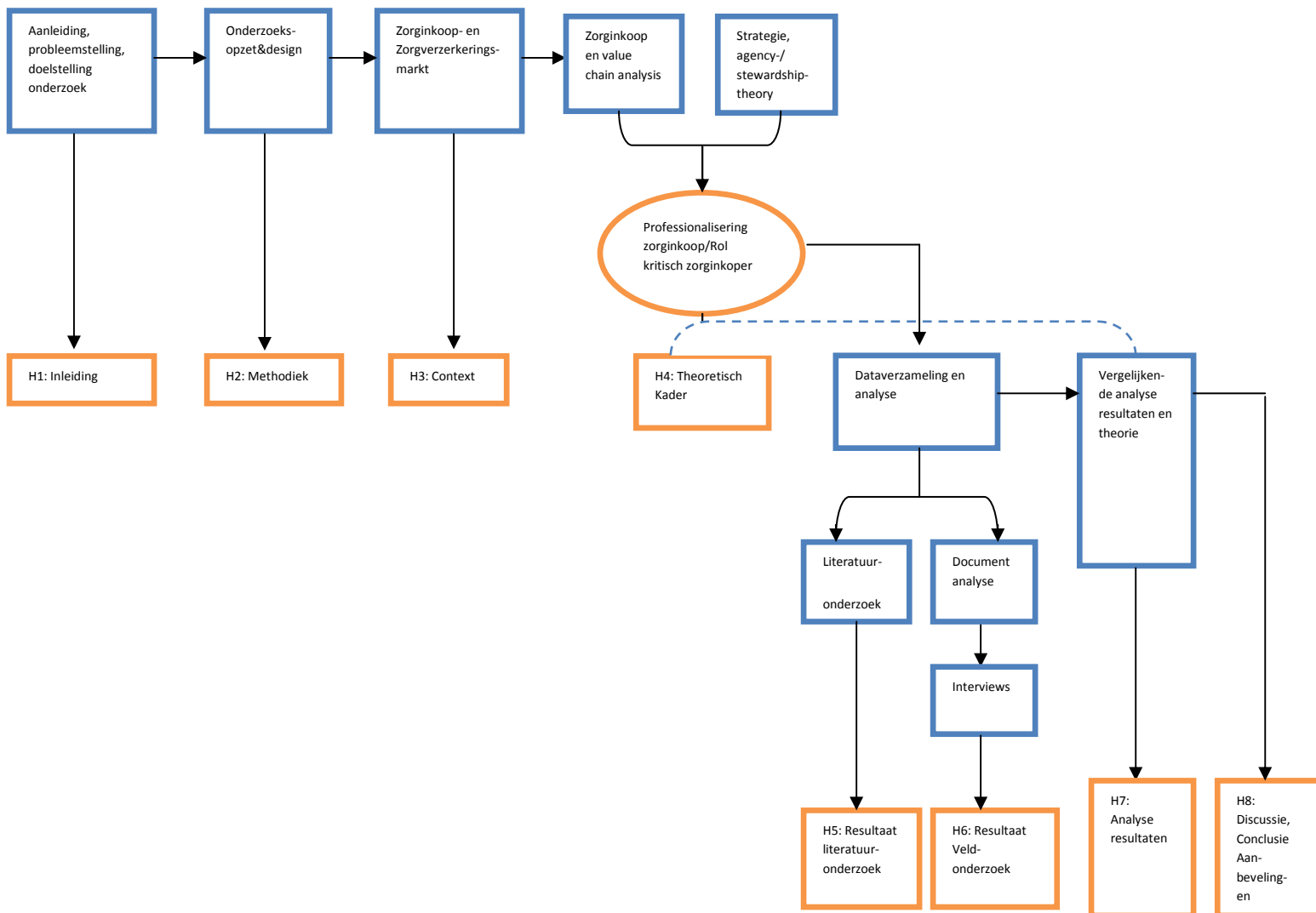
Visser, A. UVIT. In persoonlijk interview op 17 juli 2009.

Vos, P. RVZ. In persoonlijk interview op 27 juli 2009.

Wieren, van. J.W. Multizorg B.V. In persoonlijk interview op 17 juni 2009.



## Bijlage 1 Conceptueel model



## Bijlage 2 Begrippenlijst

In dit onderzoek worden een aantal begrippen regelmatig benoemd, waardoor een eenduidige definitie noodzakelijk is om verwarring te voorkomen.

Doelmatigheid. Een economisch perspectief waarbij bekeken wordt in welke mate de kosten van zorg in verhouding staan met de geleverde kwaliteit (Zorgbalans, 2008).

Keuzevrijheid. Keuzevrijheid hangt nauw samen met de toegankelijkheid van zorg. Burgers moeten zelf kunnen kiezen voor de wijze waarop zij tegen ziektekosten verzekerd willen zijn en door wie of hoe de zorg wordt verleend (Consumentenbond, 2008). Een voorwaarde is dat wettelijke en financiële regelingen het maken van keuzes niet in de wegstaat. Tevens moet er voldoende diversiteit in het zorgaanbod aanwezig zijn. De burger moet immers kwaliteit van zorg af kunnen wegen tegen de 'kosten' (Zorgbalans, 2008).

Klant. Waar in dit onderzoek gesproken wordt over een klant, dan betreft het de werkgever. Indirect wordt de werknemer bedoeld. Betreft het een werkgever of werknemer waarover gesproken wordt, dan wordt dit expliciet benoemd.

Kwaliteit van zorg. Er bestaat in Nederland geen eenduidige definitie over het begrip kwaliteit. Het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu (RIVM) vult het begrip in door middel van vier aspecten te onderscheiden: effectiviteit, veiligheid, tijdigheid en vraaggerichtheid (Zorgbalans, 2008). Deze aspecten zijn tevens voor een deel terug te vinden in de Kwaliteitswet uit 1996: "de zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt." (Kwaliteitswet, artikel 2).

Patiënt. Een werknemer kan eveneens een patiënt zijn. Met het begrip patiënt wordt bedoeld een persoon die ziekteverschijnselen vertoont (Sluijters et al.2008).

Toegankelijkheid van zorg. De definitie toegankelijke zorg formuleert Smits et al. (2002b) als "personen, die zorg nodig hebben, op tijd en zonder grote drempels toegang hebben tot zorgverlening". Volgens het RIVM (in Zorgbalans, 2008) wordt toegankelijkheid bepaald door een aantal factoren welke de zorg kunnen beperken, waaronder: kosten, reisafstand, wachttijden en de mate waarin het aanbod tegemoet komt aan de behoefte en vraag van burgers. Daarbij kan een tekort aan personeel problemen veroorzaken (zoals hogere kosten, langere wachttijden en minder diversiteit in aanbod). Voldoende personeel is dus een voorwaarde voor toegankelijkheid.

Zorgaanbieder. In dit onderzoek is de zorgaanbieder degene welke zorg aanbiedt in het B-segment. Dit kunnen zelfstandige behandelcentra zijn (ZBC's), ziekenhuizen, paramedici of een zelfstandig specialist (ZZP'er).

## **Bijlage 3 Topiclist interviews**

### **Interview Zorgverzekeraars**

#### **Referentiekader**

- Functie binnen de organisatie (afhankelijk van de functie worden vragen over inkoop/verkoop gesteld)
- Taken en verantwoordelijkheden
- Kenmerken zorgverzekeraar (groot/klein, regio)

#### **Marktwerking in de zorg**

- Onderscheid v.d. zorgverzekeraar op beide deelmarkten
- Veranderingen en focus in strategie zorgverzekeraar
- Invulling rol op de markt
- Invulling rol andere actoren
- Concurrentie

#### **Besturingsstructuur**

- Veranderingen in structuur
- Verankering strategie in organisatie
- Doelstellingen
- Beleidsvorming
- Onderlinge afspraken
- Primair proces

#### **Zorginkoopproces**

- Invulling proces
- Inzet mensen
- Toepassing inkoopinstrumenten
- Rol zorginkoop binnen zorgverzekeraar
- Onderscheid inkoop werkgeverscollectiviteiten en 'overige' zorg
- Borging kwaliteit en toegankelijkheid
- Invulling relatie met zorgaanbieder

*Verbinding van zorginkoop met werkgeverscollectiviteiten: strategisch middel of operationele hoofdpijn?*

- Onderhandelingen
- Afhankelijkheden
- Gebruik van informatie
- Invulling professionalisering zorginkoop
- Invloed strategische keuze

### **Werkgeverscollectiviteiten**

- Invulling verkoopproces
- Inzet mensen
- Invulling relatie met werkgever
- Toepassing verkoopinstrumenten
- Rol werkgeverscollectiviteiten (zorgverkoop)
- Inhoud werkgeverscollectiviteit
- Onderhandelingen
- Afhankelijkheden
- Gebruik informatie
- Invloed strategische keuze

### **Waardeketen**

- Uitwisseling onderlinge kennis en informatie
- Invulling relatie
- Besluitvorming
- Onderlinge afspraken
- Afhankelijkheden

### **Toekomst**

- Mogelijkheden, beperkingen en risico's integratie processen

## **Interview Experts**

### **Referentiekader**

- Functie binnen de organisatie
- Taken en verantwoordelijkheden

### **Marktwerking in de zorg**

- Onderscheid zorgverzekeraars op beide deelmarkten
- Invulling rol op de markt
- Invulling rol andere actoren
- Veranderingen en focus in strategie zorgverzekeraar
- Concurrentie

### **Besturingsstructuur**

- Veranderingen in structuur
- Beleidsvorming
- Onderlinge afspraken

### **Zorginkoopproces**

- Toepassing inkoopinstrumenten
- Prikkels zorgaanbieders
- Rol zorginkoop
- Onderscheid inkoop werkgeverscollectiviteiten en 'overige' zorg
- Borging kwaliteit en toegankelijkheid zorginkoop
- Invulling relatie met zorgaanbieder
- Afhankelijkheden
- Professionalisering zorginkoop

### **Werkgeverscollectiviteiten**

- Toepassing verkoopinstrumenten
- Invulling relatie werkgevers
- Rol werkgeverscollectiviteiten (zorgverkoop)

*Verbinding van zorginkoop met werkgeverscollectiviteiten: strategisch middel of operationele hoofdpijn?*

- Afhankelijkheden

### **Waardeketen**

- Uitwisseling onderlinge kennis en informatie
- Invulling onderlinge relatie
- Besluitvorming
- Afhankelijkheden

### **Toekomst**

- Mogelijkheden, beperkingen en risico's integratie processen
- Invloed zorginkoop/verkoop op marktwerking
- Bereiken doelstelling marktwerking

## **Interview Werkgevers**

### **Referentiekader**

- Functie binnen de organisatie
- Taken en verantwoordelijkheden
- Kenmerken werkgever (groot/klein, regio)

### **Marktwerking in de zorg**

- Onderscheid zorgverzekeraars met concurrentie
- Invloed veranderingen in de markt
- Invulling zorgverzekeraar rol op de markt
- Strategie en focus van zorgverzekeraars

### **Zorginkoopproces**

- Borging kwaliteit en toegankelijkheid zorginkoop
- Betrokkenheid werkgeverscollectiviteiten

### **Werkgeverscollectiviteiten**

- Inzet verkoopinstrumenten
- Afhankelijkheden
- Afspraken
- Invulling werkgevercollectiviteit
- Onderlinge relatie (veranderingen)
- Omgang wensen en behoeften van werkgever

### **Waardeketen**

- Onderlinge afspraken
- Invloed werkgever op zorginkoop

### **Toekomst**

- Invulling werkgeverscollectiviteiten
- Mogelijkheden, beperkingen en risico's integratie processen



## Bijlage 4 Inkoopfasen

Lennartz et al. (2000) beschrijft de inkoopfasen als volgt:

**Fase 1; Specificeren.** In deze fase moet helder worden waaraan een organisatie exact behoefte heeft en welke eisen daarvoor aan de in te kopen producten of diensten worden gesteld, zonder direct leveranciers daaraan te koppelen. Zonder specificatie kunnen inkoopbeslissingen niet onderbouwd worden. Specificaties beschrijven de functie, technische eisen, logistiek, het onderhoud en eventuele juridische verplichtingen. Dit alles wordt samengevoegd in een programma van eisen wat erop gericht moet zijn een zo groot mogelijke commerciële vrijheid voor de inkoop te realiseren. Naast inkoopspecificaties kan een organisatie ook leveranciersspecificaties opstellen.

**Fase 2; Selecteren.** In deze fase worden een aantal leveranciers gevraagd aan de hand van de beoordelingscriteria om een offerte uit te brengen. Dit hangt mede af van de complexiteit van het gevraagde product of de dienst, het aantal aanbieders alsmede het inkoopvolume.

**Fase 3; Contracteren.** Er zijn verschillende contractvormen mogelijk. Contracten zijn voornamelijk gebaseerd op inspanningsverplichting voor een vaste of variabele prijs. Bij een variabele prijs is het wenselijk een maximum, een resultaatverplichting of een combinatie van beiden op te nemen.

**Fase 4; Bestellen.** In deze fase start het operationele inkoopproces. Bij grote contracten wordt een aanbesteding gedaan, niet alleen vanwege de wet- en regelgeving, maar ook voor de realisatie van succesvolle concurrentiestelling (Bijvoorbeeld bij hulpmiddelen, vervoer, kraamzorg en farmacie).

**Fase 5; Bewaken.** Bestellingen moeten op zowel individueel als contractueel niveau bewaakt worden. Het leveranciersniveau wordt bewaakt: worden mijn contracten wel optimaal benut?

**Fase 6; Nazorg.** De nazorgfase is van groot belang voor de afhandeling van klachten en het verstrekken van managementinformatie.