

Zorginkoop heeft de toekomst

Maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische adviezen uit. Die schrijft hij vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling van de Raad

Voorzitter

Prof. drs. M.H. Meijerink

Leden

Mw. A. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat, vice-voorzitter

Prof. dr. W.N.J. Groot

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts (tot 31 december 2007)

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mr. A.A. Westerlaken (tot 31 december 2007)

Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos

Zorginkoop heeft de toekomst

Maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen

Drs. G.A. Bouman
Drs. B. Karssen
E.C. Wilkinson MSc



Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en
Zorg bij het advies Zorginkoop

Den Haag, 2008

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Tel 070 340 50 60

Fax 070 340 75 75

E-mail mail@rvz.net

URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag

Fotografie: Eric de Vries

Druk: WPT, Rijswijk (Binnenwerk)

Quantes, Rijswijk (omslag)

Uitgave: 2008

ISBN: 978-90-5732-188-7

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net)
of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van
publicatienummer 08/06.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

	Voorwoord	5
	Managementsamenvatting	7
1	Zorginkoop heeft een belangrijke rol in het stelsel	13
1.1	De zorginkoopmarkt is een van de drie markten in het nieuwe stelsel	13
1.2	Het gekozen sturingsconcept bepaalt de vereiste taak van de zorginkoop	15
1.3	Het waarborgen van de publieke doelstellingen van de zorg is een van de belangrijkste taken van de zorgverzekeraar	16
1.4	Het zorg dragen voor countervailing power en het vertegenwoordigen van de klant vormen samen de tweede hoofdtaak van de zorgverzekeraar	22
2	De zorginkoop kent een positieve ontwikkeling naar een breed gedefinieerde activiteit	25
2.1	Zorginkoop ontstaat in Nederland pas echt vanaf 2003, en wordt tot dan vooral in het begin operationeel ingevuld	25
2.2	Het vakgebied van de inkoop doet zijn intrede in de zorginkoop	26
2.3	De zorginkoop kent de afgelopen jaren een positieve ontwikkeling	28
2.4	Zorginkoop vraagt om een breder en specifiek inkoopmodel dan in de reguliere inkoop gebruikelijk	29
2.5	De reikwijdte en gehanteerde definitie van zorginkoop	30
3	Zorginkoop kent een aantal forse verbeterpunten en staat nog in de beginfase van ontwikkeling	32
3.1	Zorginkoop worstelt met een imagoprobleem	32
3.2	Strategische inkoop is onvoldoende belegd	33
3.3	Niet alle inkoopinstrumenten worden (zinvol) ingezet	35
3.4	Disease management en ketenzorg worden opgepakt, maar er zijn belemmeringen voor een optimale inkoop ervan	38
3.5	Preventie heeft niet of nauwelijks een plek in de zorginkoop	40
3.6	De positie van de zorginkoop binnen de organisatie is niet in balans met het belang	41
3.7	Personele capaciteit en kwaliteit staan in de zorginkoop onder druk	44
3.8	Procurement intelligence in de zorginkoop is onderontwikkeld	50
3.9	De zorginkoop bevindt zich in de eerste fasen van een algemeen ontwikkelmodel voor de inkoop	52

4	Het stelsel sluit nog te weinig aan op een inkoopmodel	56
4.1	Transparantie is te beperkt voor goede zorginkoop	56
4.2	De productdefinitie en prijsstelling zijn te beperkend en te regulerend	58
4.3	Systeem bevat beperkte prikkels tot kostenverlaging, maar vergroot de toegankelijkheid	58
4.4	Systeem bevat prikkels tot meer produceren	59
4.5	Systeem belemmert samenwerking en preventie	60
4.6	Systeem kent weinig prikkels tot innovatie	60
4.7	Spelregels in de verevening sluiten niet aan op doelstellingen van het inkoopmodel	61
4.8	Brede inspraak en invloed belemmeren de werking van het inkoopmodel	61
5	Aanbevelingen voor de zorgverzekeraar om de zorginkoop beter te laten werken	63
5.1	Profileren als belangenbehartiger van de klant	63
5.2	Verankeren van strategische afwegingen in de zorginkoop	64
5.3	Actief uitvoeren van klantsturing	65
5.4	Beheersen van volume en kosten kan ook zonder aanpassing van het huidige systeem	68
5.5	Toepassen van gedifferentieerd Supplier Relationship Management (SRM)	68
5.6	Vergroten van capaciteit en kwaliteit van de zorginkoop-organisatie	69
5.7	Vergroten van segmentkennis en het verbeteren van procurement intelligence	71
5.8	Andere sectoren zijn op het gebied van de inkoop (veel) verder ontwikkeld en laten interessante mogelijkheden zien	72
5.9	Succesvolle zorginkoop ondersteunt de zorgverzekeraar richting regisseur	75
6	Aanbevelingen voor de overheid en het systeem	77
6.1	Een regulerende rol van de overheid blijft noodzakelijk	77
6.2	De zorginkoop moet in een inkoopstelsel plaatsvinden	78
	Bijlagen	
1	Inkoopkenmerken van andere sectoren	99
2	Literatuur	103

Voorwoord

Dit rapport bevat de rapportage van de achtergrondstudie die Significant in augustus – oktober 2007 heeft uitgevoerd in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in het kader van het advies dat de RVZ opstelt inzake zorgcontractering.

Het voorliggende rapport beschrijft de status van de zorginkoop in Nederland en de ontwikkelingen die binnen de zorginkoop plaatsvinden. Bovenal geeft het antwoord op de vraag op welke manier de zorginkoop (met name vanuit vaktechnisch perspectief) succesvol kan zijn/worden. Het begrip ‘zorginkoop’ staat dus centraal.

Over zorginkoop bestaan echter verschillende beelden en meningen, die gevormd worden door de eigen context waarin over dit onderwerp wordt gesproken:

- De zorgaanbieder ziet de zorginkoop vooral vanuit het perspectief van het te sluiten contract met de zorginkopende organisatie. De nadruk ligt daarmee vooral op de contractering en (gelukkig in toenemende mate) op de naleving daarvan.
- De overheid beschouwt de zorginkoop als het instrument om de regie op de zorg uit te voeren en daarmee als een aanvulling op wet- en regelgeving (en de regulerende taak die de overheid heeft/had) voor borging van de publieke doelstellingen van de zorg.
- Voor de belangrijkste entiteit in de zorginkoop (de individuele cliënt) is de zorginkoop een proces dat buiten de directe eigen belevingswereld ligt. Nog recent geven cliënten aan dat de belangrijkste taak van de zorgverzekeraar is ‘het betalen van de declaraties’. Patiëntenvertegenwoordigende organisaties beschouwen de zorginkoop steeds meer als een cruciaal instrument om te sturen op de (kwaliteit van de) zorg. Ook hier lijkt de nadruk te liggen op de contractering én de naleving (prestatie meting).
- Voor de zorgverzekeraars is de zorginkoop een proces dat dient te worden uitgevoerd om de eigen doelstellingen te realiseren. Bij deze organisaties is de nadruk op contractering aan het veranderen naar een steeds bredere invulling van de zorginkoop.

In deze achtergrondstudie wordt de zorginkoop beschouwd vanuit de overtuiging dat zorginkoop uit meer bestaat (en moet bestaan) dan alleen contracteren. Die bredere blik op zorginkoop maakt de zorginkoop tot een interessant vakgebied. Bovendien is die brede blik op zorginkoop ook de noodzakelijke randvoorwaarde om de zorginkoop tot een succes te laten zijn.

Het rapport is totstandgekomen op basis van:

- Literatuurstudie en andere beschikbare openbare brongegevens.
- Ervaringen van de adviseurs van Significant in adviesopdrachten en onderzoeken binnen de zorginkoop.
- Expertise van Significant op het gebied van de inkoop en de zorginkoop.

Zoveel als mogelijk, is voor het formuleren van conclusies over de status van de zorginkoop gebruikgemaakt van onderbouwend cijfermateriaal. Verschillende conclusies zijn gebaseerd op onze ervaringen in de advisering over zorginkoop bij verschillende zorgverzekeraars. De daarbij door de zorgverzekeraars verstrekte informatie geeft een stuk van de onderbouwing aan de gepresenteerde conclusies, maar deze informatie zelf is vanzelfsprekend – vanuit het oogpunt van de vertrouwelijkheid van de gegevens – niet opgenomen in dit rapport. Dit betekent automatisch dat op een aantal onderwerpen de onderbouwing van conclusies niet direct uit het in dit rapport gepresenteerde ondersteunende materiaal volgt.

In dit rapport ligt de nadruk op de zorgverzekeraar als zorginkoper binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De andere inkopers (zorgverzekeraar, zorgkantoor, gemeente, ministerie van Justitie, individuele klanten) worden uitsluitend daar genoemd waar de specifieke situatie dat vraagt om onderscheid te maken, dan wel juist om overeenkomsten aan te geven.

In het rapport wordt ingegaan op de volgende hoofdonderwerpen:

- Wat is zorginkoop?
- Wat is de status van de zorginkoop in Nederland?
- Hoe moeten we deze status 'beoordelen'? Welke verklaringen zijn er voor de huidige status?
- Welke verbeterpunten zijn er in de zorginkoop en het daarmee samenhangende stelsel, om de zorginkoop goed te laten werken? En wat kunnen de verschillende partijen hieraan bijdragen?

Onze dank gaat uit naar de opdrachtgever voor de interessante discussies en de suggesties die zijn gedaan om tot dit rapport te kunnen komen.

Managementsamenvatting

In het nieuwe zorgstelsel heeft de zorginkoop – nog meer dan voorheen – een centrale rol in het sturen op het realiseren van de maatschappelijke doelstellingen van de zorg: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Dit betekent dan ook dat de zorgverzekeraar, als zorginkopende organisatie, een uiterst belangrijke taak heeft in het nieuwe stelsel in relatie tot het borgen van de publieke belangen.

De zorginkoop staat als gevolg hiervan onder hoge druk, mede omdat de maatschappelijke doelstellingen nog onvoldoende worden gerealiseerd. Dat laatste is op zich niet vreemd. De zorginkoop als professioneel uitgevoerde activiteit is nog maar recent van start gegaan en het vakgebied staat dus nog in de kinderschoenen. Als instrument voor sturing en beheersing van de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de zorg, kan het bovendien niet anders dan dat effecten van de zorginkoop pas op wat langere termijn in volle omvang zichtbaar worden. Dat heeft vooral te maken met de kenmerken van de zorg als ‘product’ (complex, gevoelig richting klanten), de zorgmarkt (vraag en aanbod) en de positie van de zorginkoop in een zeer complex systeem, dat snelle veranderingen uiterst moeilijk maakt.

Toch is er ook reden voor serieuze zorg. Er moet voortgang met de zorginkoop worden geboekt om de stelselwijziging te laten slagen. Ondanks dat er zeer vele goede initiatieven in de zorg(inkoop) worden ontplooid, zijn er verschillende knelpunten en ontwikkelingen te benoemen die de slaagkans van de zorginkoop in relatie tot de publieke belangen bedreigen.

Verschillende knelpunten en ontwikkelingen bedreigen de slaagkans van de zorginkoop

Imagoprobleem van de zorgverzekeraar

Het imagoprobleem van de zorgverzekeraar en de zorginkoop is een belangrijke belemmering voor een goede werking en ontwikkeling van de zorginkoop. Alle betrokken partijen zijn hier debet aan. Zorgverzekeraars focussen vooral op het verkrijgen van zoveel als mogelijk verzekerden, en daarbinnen op de premiestelling en de service (tijdigheid van betaling, wachttijden van callcenters, keuzevrijheid van zorgaanbieder, etc.). De vereenzelviging van de rol van de zorgverzekeraar met de financiële aspecten van de zorginkoop verklaart tevens voor een belangrijk deel het wantrouwen van de zorgaanbieder richting de zorgverzekeraar en daarmee de slechte naam van de zorginkoop. De klant ziet de zorgverzekeraar vooral als betaler en polisverkoper, en focust dan ook tot heden in de keuze tussen zorgverzekeraars op service en premiestelling.

De zorginkoop wordt nog onvoldoende professioneel uitgevoerd

Belangrijk knelpunt voor succesvolle zorginkoop is dat de zorginkoop nog onvoldoende professioneel wordt uitgevoerd.

De meest zorgelijke conclusie voor de toekomstige ontwikkeling van de zorginkoop is dat de formatieve omvang van de zorginkoopfunctie bij zorgverzekeraars (en zorgkantoren) niet aansluit bij het belang en de noodzaak van professioneel inkopen, en er weinig tekenen zijn dat hieraan actief iets wordt gedaan. Gegeven de omvang van de in te kopen zorg, zou – op basis van gangbare kengetallen in de inkoop – het aantal zorginkopers in Nederland tussen 2.500 en 6.250 moeten liggen, terwijl dit aantal eerder in de orde van 500 personen is. In de afgelopen jaren is deze formatieve omvang eerder afgenomen dan toegenomen onder de druk van kostenbeheersing.

Daarnaast kunnen kennis en expertise moeilijk worden vastgehouden door een relatief groot personeel verloop (veel switchen van ervaren inkopers tussen verzekeraars in combinatie met de uitstroom naar zorgaanbieders). Bovendien zijn de (zorg)inkoopcompetenties gemiddeld genomen nog niet voldoende ontwikkeld. Het brede scala aan beschikbare inkoopinstrumenten wordt nog beperkt toegepast. Trainingen worden niet voldoende opgevolgd door adequate toepassing en doorontwikkeling van het geleerde, terwijl ook basisvaardigheden deels ontbreken. In vergelijking met andere sectoren, bevindt de zorginkoop zich nog in de eerste fasen van ontwikkeling.

De sterke focus op marktaandeel bij zorgverzekeraars heeft gunstige en ongunstige effecten, die bedreigend zijn voor de zorginkoop. Een groot marktaandeel geeft een aantal belangrijke voordelen voor de bedrijfsvoering, zoals de mogelijkheid van cross selling (als de zorgverzekeraar onderdeel is van een brede verzekerings- en/of bankorganisatie) en natuurlijk een grotere inkoopmacht. Het risico is een te dominante rol van de commerciële afdelingen ('verkoop') in de besluitvorming bij zorgverzekeraars. De hefboom van reductie van schadelast (door zorginkoop) is in financiële zin veel groter dan de inkomsten van meer verzekerden. Bovendien houden actuariële berekeningen geen rekening met de lokale verschillen in inkoopresultaat, waardoor collectieve contracten achteraf minder interessant blijken te zijn, dan vooraf verondersteld. De conclusie is dan ook dat zorgverzekeraars veel meer dan nu gewoon integrale afwegingen moeten maken bij business cases, dat wil zeggen dat zowel verkoop- als inkoop-effecten moeten worden meegenomen in beslissingen.

Daarnaast is de strategische inkoop bij de zorgverzekeraar onderontwikkeld. Onder strategische inkoop verstaan wij in dit verband de activiteiten die betrekking hebben op het aanbrenge van een logisch verband tussen de strategie van de onderneming en de inkoopstrategieën

per zorgsegment. De ervaring leert dat het voor de zorginkoopteams uitermate lastig is om een brug te slaan tussen de (vaak in meer algemene termen geformuleerde) doelstellingen van de organisatie (missie, visie, strategie) die door de Raad van Bestuur (RvB) worden uitgedragen en de zorginkoop voor het eigen segment. Een van de redenen is dat de doelstellingen en het (inkoop)beleid erg veel ruimte bieden voor interpretaties, maar ook het ‘gat’ tussen de RvB en de zorginkoopteams draagt hieraan bij. Dit gat heeft niet zozeer te maken met hiërarchie (zorgverzekeraars zijn relatief platte organisaties met relatief laag-drempelig management), maar de zorginkoopteams missen veelal overzicht, competenties en beschikbare informatie om strategische afwegingen te kunnen maken en de RvB te ‘challengen’ op de gemaakte keuzes. Wat verder nog als een belemmering moet worden genoemd is het verschil tussen de perceptie bij de RvB over hoe de zorginkoop in de eigen organisatie plaatsvindt, en de werkelijkheid van de uitvoering. Planvorming is écht iets anders dan de werkelijkheid.

Met name ook het beschikbaar maken en bijeenbrengen van geaggregeerde informatie voor het nemen van strategische beslissingen is een knelpunt. Het in de zorginkoop goed gebruiken van de toch rijkelijk beschikbare informatie (uit eigen systemen en openbare bronnen) is in ieder geval een knelpunt. Besluiten vinden dan ook nog teveel plaats op basis van papegaaigedrag, onvolledige informatie en buikgevoel.

Het stelsel sluit nog te weinig aan op een inkoopmodel

Om kwalitatief hoogwaardige zorg te kunnen inkopen, moeten verzekeraars objectieve informatie hebben over de kwaliteit van het aanbod. Een effectieve sturing vereist dat ook verzekerden en huisartsen (de poortwachters) over die informatie beschikken. Op dit moment is er – ondanks alle hoopgevende initiatieven – nog te weinig informatie beschikbaar en is de transparantie te beperkt voor goede zorginkoop:

- Medisch-inhoudelijke kwaliteitsinformatie geven te beperkt inzicht;
- Patiëntervaringen komen steeds meer beschikbaar, maar nog voor een klein aantal aandoeningen en sectoren;
- Wachttijden zijn alleen nog beschikbaar binnen de medisch-specialistische zorg;
- Kostprijsinformatie is er niet en die zou er in een imperfecte markt meer moeten zijn.

Voor elke verstrekking heeft de overheid bepaald wat de definitie moet zijn van het product. Dat staat innovatie en afspraken over clusters van producten, preventie, ketenafspraken en outputgestuurde financiering (‘pay for performance’) veelal in de weg. Ook de vorm van financiering is door de overheid vastgelegd, veelal met vaste prijzen. Hoewel de financiering-systematiek per verstrekking verschilt, is er een algemene lijn in te herkennen. Het systeem bestaat altijd uit een vorm van productievergoeding, soms in combinatie met een vaste component voor

de vaste kosten. Hoe meer producten de aanbieder levert, hoe meer geld hij ontvangt. In combinatie met een systeem waarin er geen beperkingen zijn met betrekking tot het volume, is kostenbeheersing extreem moeilijk.

Zorgaanbieders kunnen hun productie vergroten door hun marktaandeel te vergroten ten koste van andere aanbieders van dezelfde verstrekking en/of door meer patiënten te behandelen, die ofwel op de wachtlijst staan (met als gevolg kortere wachtlijsten) ofwel worden geprikkeld om zorg af te nemen (zogenoemde 'supplier induced demand').

Ondanks positieve effecten in termen van toegankelijkheid van de zorg, heeft dit neveneffecten die maatschappelijk gezien minder gewenst zijn:

- Prikkels tot overbehandeling en te lang doorbehandelen;
 - Prikkel tot keuze van duurste behandeling of product, waar substitutie mogelijk is. Voorbeeld is het zogenoemde 'upcoding';
 - Belemmering voor substitutie tussen de eerste en tweede lijn.
- Maatregelen om substitutie te stimuleren kunnen als gevolg hebben dat de totale productie alleen maar toeneemt.

Bovenstaande prikkels moeten worden beschouwd als de belangrijkste belemmering voor kostenbeheersing en waarschijnlijk als belangrijkste redenen van de kostenstijgingen in de zorg. Vergrijzing blijkt in dat verband slechts een klein deel van de kostenontwikkelingen te kunnen verklaren.

Onderdeel van de Zorgverzekeringswet is het vereveningssysteem. De verevening compenseert de zorgverzekeraar voor een oververtegenwoordiging van slechte risico's en hoge kosten. Het systeem werkt echter belemmerend voor een goede werking van het inkoopmodel. Werkelijke schade van zorgverzekeraars wordt namelijk voor een deel onderling verevend tussen zorgverzekeraars. Dit betekent dat positieve resultaten van zorgverzekeraars voor een deel ten gunste komen van zorgverzekeraars die slechter presteren en andersom.

Ten slotte belemmeren brede inspraak en de invloed van koepels (in allerlei vormen) de werking van het inkoopmodel. Er is een veelheid aan belanghebbenden die in meer of mindere mate de randvoorwaarden van het inkoopmodel bepalen dan wel beïnvloeden, zoals de politiek, brancheorganisaties, patiëntenorganisaties en de overheid. Deze inspraak en invloed komen de werking van het inkoopmodel niet altijd ten goede. Het is bijvoorbeeld de vraag of en op welke wijze belangengroepen een partij moeten zijn in het tot stand komen van een werkbaar en uitvoerbaar bekostigingssystematiek voor de gezondheidszorg, waarbij moeizame compromissen en hybride modellen vaak de uitkomst zijn. Maar ook tussentijdse wijzigingen in het te verzekeren pakket of beleidswijzigingen die worden ingevoerd als zorgverzekeraars en zorgaanbieders al bezig zijn met het afsluiten van de contracten, maken een transitie naar een inkoopmodel complexer dan nodig, leiden

het af van de werkelijke doelstellingen en werken demotiverend voor alle betrokken partijen.

Aanbevelingen voor een zorginkoop met toekomstperspectief

Bovenstaande knelpunten en ontwikkelingen geven de noodzaak aan om actie te ondernemen. Daarop wordt hieronder ingegaan.

Alle betrokken partijen moeten hun verantwoordelijkheid nemen

Zorginkoop is een zaak voor alle betrokken partijen, in het besef dat zorginkoop hét instrument is tot het realiseren van de maatschappelijke doelstellingen. Belangrijkste randvoorwaarde is daarbij dat de zorgverzekeraar door alle partijen wordt beschouwd als logische vertegenwoordiger en belangenbehartiger van de klant in de zorginkoop. Begrip voor deze positie van alle partijen is noodzakelijk.

Zorgverzekeraars moeten zich daartoe dan (nog) meer profileren als vertegenwoordiger van de klant/patiënt en ook daarnaar handelen, bijvoorbeeld door actieve deelname aan de uitvoering van klantbehoefte-, -tevredenheids- en -ervaringsonderzoeken. Hierdoor kan de klant een plek krijgen in de zorginkoop. Zorgverzekeraars zullen moeten laten zien wat de zorgverzekeraar voor de klant betekent op het terrein van inkoop, kwaliteit, kosten en preventie. Meer dan nu het geval is moet worden opgetrokken met patiëntenorganisaties en de verzekeren, mede om de oprechte bedoelingen ten aanzien van de vertegenwoordiging te laten zien. De 'zuivere' schadeverzekeraar zal in dat geval geen of een beperkte plek krijgen in de markt.

De overheid en de politiek moeten ondersteunend werken om mythes over zorginkoop de wereld uit te helpen door helder te communiceren (ook politiek). Zorginkoop moet worden uitgedragen als hét instrument voor de toekomst; concurrentiestelling, inkoop en aanbesteden staan niet haaks op het realiseren van maatschappelijke doelstellingen, maar zijn veeleer instrumenten om deze doelstellingen te realiseren, mits deze instrumenten goed en verantwoord worden ingezet. Ook moet de overheid zich meer verdiepen in de kenmerken van de zorginkoop en daarop het eigen handelen afstemmen.

Een voorbeeld is het waarborgen dat beleidsmaatregelen worden genomen en gecommuniceerd op een moment dat de zorgverzekeraar de effecten nog tijdig kan meenemen in de te hanteren inkoopstrategie en polisvoorwaarden, dat wil zeggen in de eerste maanden van een kalenderjaar (voor het jaar erna).

Ook de klant moet goed nadenken over wat de rol van de verzekeraar zou kunnen zijn om de eigen doelstellingen te realiseren. Belangrijk is dat de klant niet kiest voor een pad van marginalisatie van de zorgverzekeraar, maar in plaats daarvan de zorgverzekeraar beschouwt als een

zeer belangrijk en nuttig verlengstuk en vertegenwoordiger van de klant richting de zorgaanbieder.

Zorgverzekeraars wordt aanbevolen om meer te investeren in de zorginkoopfunctie

Zorginkoop kan uitsluitend succesvol zijn als er voor de (zorg)inkoper te kiezen valt. Dat wil zeggen dat er keuze is uit meerdere aanbieders en dat er verschillen zijn tussen aanbieders in productaanbod, prijs, kwaliteit, enzovoort. Een andere randvoorwaarde is dat de (zorg)inkoper aantrekkelijk moet zijn voor de aanbieders. Op vrijwel al deze dimensies moet worden geconstateerd dat er tekortkomingen zijn. De zorgverzekeraar kan een cruciale rol spelen in het mitigeren van deze tekortkomingen, door het inzetten van inkoopinstrumenten als:

- Selectief of gedifferentieerd contracteren;
- Het toepassen van enkele basisstrategieën uit de inkoop, zoals alternatieven creëren, standaardiseren;
- Het nadenken over slimme definities van het in te kopen 'product'. Wat wordt er ingekocht? Bij wie wordt er ingekocht? Voorbeelden zijn een nauwere samenwerking van de zorgverzekeraar met de eerstelijnszorg (verwijsfunctie) om interessant te worden voor de tweedelijnszorg, maar ook het gescheiden inkopen van facilititeit en behandeling ('van warenhuis naar winkelcentrum');
- Demand management, waaronder preventie, harde en zachte klantsturing ('guiding', navigatie), voorkomen van 'rework';
- Actief leveranciersmanagement en 'afrekenen' (prestatiemeting).

Hoewel dit eenvoudig lijkt, vraagt dit een forse investering in de capaciteit en kwaliteit van de zorginkooporganisatie. Zorgverzekeraars moeten hun formatie uitbreiden met hooggekwalificeerde zorginkopers. De omvang van het aantal zorginkopers dient meer aan te sluiten bij het belang en de omvang van het in te kopen segment. In de komende jaren mag bovendien een verdere professionalisering en ontwikkeling van de zorginkoop worden verwacht, waarbij bijvoorbeeld bovenstaande inkoopinstrumenten maximaal moeten worden ingevuld. Het aantal medewerkers moet dan navenant nog extra meegroeien. Het precieze aantal medewerkers vraagt een gedetailleerde analyse, maar zeker moet gedacht worden aan een verdubbeling van het aantal medewerkers in zorginkoop.

De precieze status ten aanzien van de professionaliteit van de zorginkooporganisatie (kwalitatief, kwantitatief, personeel) is zeer bepalend voor de kansen van de zorgverzekeraar om in de toekomst een serieuze speler te worden op de zorginkoopmarkt. Op dit moment is deze status bij het management van zorgverzekeraars hooguit bekend als een kwalitatief beeld op basis van eigen ervaringen en buikgevoel. Binnen het inkoopvakgebied zijn er professional assessments ontwikkeld die de kwaliteit van de zorginkooporganisatie inzichtelijk kunnen maken en verbeterpunten definiëren. Ook kunnen de zorginkopers een specifiek

assessment ondergaan om vast te stellen of zij beschikken over de juiste vaardigheden en competenties.

De competenties van de zorginkopers kunnen en moeten verder ontwikkeld en verbeterd worden. Vooral op het terrein van de inkoopvaktechniek is er bij zorginkopers nog veel winst te behalen. Alleen een training/opleiding is niet voldoende. Ervaring leert dat opleiding het beste gecombineerd kan worden met veel praktijkoefening en toepassing (action learning). Ten slotte is het van belang om zorginkopers vaardigheden bij te brengen of verder te ontwikkelen die van belang zijn voor zorginkoop. Hierbij kan in ieder geval gedacht worden aan proactief en commercieel denken en handelen, strategisch denken, prioriteitstelling van de eigen werkzaamheden en onderhandelingstechnieken.

Komend vanuit een situatie waarbij de afwijkende kenmerken van de zorg(inkoop) ten opzichte van andere sectoren mythische proporties hebben gekregen, moet er in toenemende mate worden gekeken naar de ontwikkelingen op inkoopgebied binnen die andere sectoren. Zeker is dat deze ten aanzien van de professionaliteit van de inkoop ver vooruit lopen op de zorginkoop. Potentieel interessante onderwerpen zijn daarbij het inkopen door te sturen op maximale bezettingsgraad (asset utilisation), investeren op het uitbreiden van de kennis van de vraag/behoefte, standaardisatie, sourcen van capabilities (het selecteren van leveranciers, niet om de producten die ze verkopen, maar om de know-how (vaak technologie) die ze in huis hebben) en het uitbesteden van de inkoop.

De zorgverzekeraars wordt aanbevolen om veel meer dan nu het geval is gebruik te maken van de beschikbare informatie ten behoeve van de zorginkoop ('procurement intelligence'). Deze informatie heeft betrekking op:

- De zorgsegmenten in termen van marktstructuur, financiën, etc. Zorginkopers moeten deze verzamelen, ordenen, structureren en vastleggen in 'factbooks';
- De klant, wat betreft demografische kenmerken, ontwikkelingen en klantbehoeften;
- De schadelast. Schadelastprognoses en -beheersing kunnen veel beter door gebruik te maken van alle beschikbare informatie en door het uitvoeren van betere analyses. De praktijk leert dat op dit punt, tegen de verwachtingen van de zorgverzekeraars zelf in (als gevolg van de toch al behoorlijke focus op kostenbeheersing), veel winst is te behalen.

In het huidige veld van de gezondheidszorg wordt al zichtbaar dat er meer differentiatie zal ontstaan tussen zorgaanbieders. Zorgaanbieders zullen zich verder gaan specialiseren en zullen zich sterker gaan profileren. Door de toenemende transparantie worden kwaliteitsverschillen zichtbaar. Ook komen er verschillen naar voren in de mate waarin de

dienstverlening van de zorgaanbieders aansluiten bij de doelstellingen van de verzekeraar of de strategische richtingen helpen ondersteunen. Deze differentiatie moet zich bij de zorgverzekeraar vertalen in gedifferentieerd leveranciersmanagement (SRM). Wij bevelen zorgverzekeraars aan om relatiebeheer uit te werken dat recht doet aan de verschillen tussen zorgaanbieders in de mate waarin zij van belang zijn voor de zorginkoop, de geleverde kwaliteit en de kosten.

Zorgverzekeraars kunnen in overweging nemen om een Corporate Procurement Office (CPO) in te richten om de vertaling van de strategische doelen van de zorgverzekeraar naar de zorg-inkoop vorm te geven. Deze CPO wordt opgehangen tussen Raad van Bestuur en de inkoopsegmenten en vervult de functie van de strategische denktank voor zorginkoop, waarbij creativiteit en innovatie volop ruimte moeten krijgen. Niet alleen wordt hier input gegeven voor de inkoopstrategie en doelstellingen per segment, maar ook worden daar de afwegingen over de segmenten heen gemaakt, zoals hoe om te gaan met ketenzorg, disease management en health management.

De overheid moet zich meer verdiepen in de zorginkoop om het stelsel beter te laten aansluiten op een inkoopmodel

De overheid legt in haar huidige beleid een grote focus op de positie van de klant en transparantie voor de klant. Op zichzelf is dat een goede ontwikkeling, maar opgepast moet worden dat het invullen van de randvoorwaarden voor de zorgverzekeraar te weinig aandacht krijgt. De werkelijke inkoopmacht in het huidige systeem komt immers van de zorgverzekeraar. Om het inkoopmodel (sneller) succesvol te laten zijn, dient de overheid transparantie van kwaliteit van de zorg af te dwingen bij zorgaanbieders.

Wij bevelen de overheid verder aan het huidige financieringssysteem kritisch tegen het licht te houden op de volgende punten:

- vergroten van financiële risico's bij de zorgverzekeraar;
- tegengaan van prikkels tot productie door zorgaanbieders;
- vereenvoudigen van het DBC-systeem: 30.000 producten in een catalogus zijn niet serieus in te kopen.

Een kritische blik, maar met begrip voor de betrokken partijen

De conclusie is dat een kritische blik op de huidige situatie rond de zorginkoop op zijn plaats is. Er zijn verbeterpunten voor alle betrokken partijen: zorginkoop is niet alleen een zaak voor de zorgverzekeraars. Alle partijen zijn onderdeel van dit uitermate complexe systeem, waarin nog geen sprake is van een 'echte' markt.

Vooral de zorgverzekeraar heeft het veelal zwaar te verduren in de beeldvorming en ook deze achtergrondstudie identificeert een groot

aantal verbeterpunten voor de zorgverzekeraar. Deze kan de zorginkoop inderdaad beter uitvoeren dan nu het geval is, mits het besef komt bij het management dat professionele zorginkoop vraagt om investeringen in (de organisatie van) de zorginkoop in plaats van (verdere) reductie van de beheerskosten.

De overheid kan in het stellen van de noodzakelijke randvoorwaarden voor de zorginkoop een actieve, stimulerende rol spelen door zich meer bewust te zijn van het belang van de zorginkoop, de rol van de zorgverzekeraar daarin en het uitdragen daarvan, zowel richting burgers (klanten) als zorgaanbieders.

Ten slotte, mede in relatie tot dit laatste punt, zorgverzekeraars en zorginkopers verdienen meer respect voor hun belangrijke rol, initiatieven en inzet. Zorgverzekeraars werken al jarenlang zeer actief en serieus aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg in Nederland voor al die mensen die deze zorg zo hard nodig hebben. Dat zien wij dagelijks van dichtbij; het wordt tijd dat dit beeld – meer dan nu het geval is – door alle partijen onder ogen wordt gezien.

1 Zorginkoop heeft een belangrijke rol in het stelsel

Voordat we kunnen ingaan op hoe wij tegen de zorginkoop in Nederland aankijken, is het van belang om te definiëren en af te bakenen wat wij verstaan onder zorginkoop. In dit hoofdstuk gaan wij in op de rol van de zorginkoop in het stelsel en de noodzaak van zorginkoop als regulerende activiteit.

1.1 De zorginkoopmarkt is een van de drie markten in het nieuwe stelsel

Deze paragraaf gaat in op de positie van de zorginkoop en op de rollen die door de zorginkoop (en de zorginkoper) moeten worden ingevuld om het nieuwe stelsel te laten werken. Hiertoe wordt allereerst een korte schets gegeven van de ontwikkelingen richting het nieuwe stelsel, niet bedoeld als een volledig beeld, maar veeleer om de rol van de zorginkoop te kunnen plaatsen. Wij merken hierbij op dat de schrijvers geen stelling nemen voor of tegen het nieuwe stelsel; het nieuwe stelsel wordt als een gegeven beschouwd.

Van een sterk regulerende overheid in een planmodel....

De resultaten van de gezondheidszorg worden in hoge mate bepaald door de kenmerken van het zorgaanbod, dat bestaat uit private organisaties. Het realiseren van de publieke doelstellingen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg door middel van (het sturen op) private organisaties is een majeure opgave. Hoe als overheid zorg te dragen voor sturing, zonder daarbij bepaalde zorgaanbieders (al dan niet schijnbaar) te bevoordelen, zeker te stellen dat de toegankelijkheid van de zorg in voldoende mate intact blijft en vooral het beheersen van de kosten, zijn voorbeelden van de complexe taak waarvoor de overheid gesteld stond én staat.

Het meest krachtige (en ook meest voor de hand liggende) instrument voor de overheid om te kunnen sturen is wet- en regelgeving. De sturing op de gezondheidszorg in de 20e eeuw bestaat dan ook vooral uit een breed scala aan beleidsnota's, beleidsregels, wetten en regelgeving. Het gevolg hiervan is dat vele (semi)overheidsorganisaties (moeten) toezien op, adviseren over en uitvoering geven aan (onderdelen van) de zorg. De besturing van het stelsel is daarmee zeer complex geworden. Naast de normering van de kwaliteit van de zorg (IGZ) is de bekostigingsmethodiek (en alle regelgeving daaromheen) het belangrijkste sturingsinstrument. De bekostiging kenmerkt(e) zich dan ook door conditionele budgetafspraken. Budgetten waren bepalend voor het te leveren volume.

Ondanks dat dit wellicht niet zo werd ervaren, is tot voor kort dus sprake geweest van een planeconomie in de zorg.

... naar een terugtrekkende overheid in een inkoopmodel

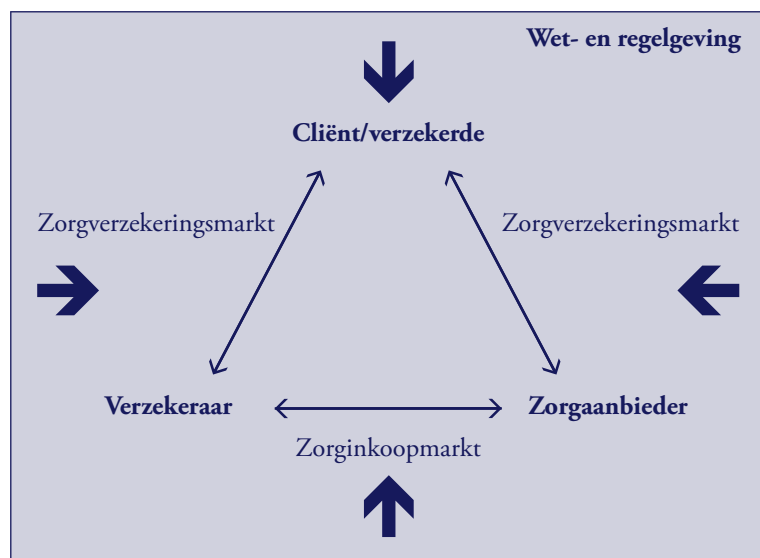
Na verschillende (gestrande) initiatieven in het recente verleden, is met de introductie van de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) op 1 januari 2006 een nieuw stelsel van start gegaan dat kan worden beschouwd als een trendbreuk met het verleden.

Dit nieuwe stelsel moet ertoe leiden dat de publieke doelstellingen worden gerealiseerd en bestaande knelpunten in relatie tot deze publieke belangen worden opgelost, bijvoorbeeld door het tegengaan van de sterke kostenstijging en (al dan niet vermeende) inefficiënties in de zorg, het stimuleren van innovatie en het tegengaan van wachtlijsten. De Zvw sluit tevens aan op maatschappelijke ontwikkelingen naar meer individuele verantwoordelijkheid bij de burger.

Kern van de Zvw is de introductie van marktwerking in de zorg op een drietal markten:

- De zorgverleningmarkt, waarbij zorgaanbieders dingen om de gunsten van de cliënten;
- De zorgverzekeringsmarkt, waarbij zorgverzekeraars dingen om de gunsten van de cliënten;
- De zorginkoopmarkt, waarbij zorgaanbieders dingen om de gunsten van de verzekeraars.

Deze markten en bijbehorende actoren dienen zich te houden aan de vigerende wet- en regelgeving, waarin toezicht, kwaliteitseisen en (in enkele gevallen) randvoorwaarden voor prijsstelling zijn vastgelegd. In onderstaande, bekende, driehoek is het stelsel schematisch weergegeven.



Met het nieuwe zorgstelsel is een aantal taken door de overheid neergelegd bij het veld en moet marktwerking ervoor zorg dragen dat het 'planmodel' overgaat in een 'inkoopmodel'. In dit inkoopmodel zijn er drie lagen van concurrentie te onderscheiden:

- Ten eerste concurreren zorgverzekeraars (op de zorgverzekeringsmarkt) onderling om de gunsten van de klant, met als doel een zo groot mogelijk volume te vertegenwoordigen. Hiermee wordt inkoopmacht vergaard en een sterke positie verkregen om voor de klant goede contracten te sluiten met zorgaanbieders op de zorginkoopmarkt.
- In de tweede plaats concurreren de zorgaanbieders (op de zorginkoopmarkt) onderling om contracten te verkrijgen of om de meest gunstige voorwaarden te bedingen. Hoe machtiger de zorgaanbieder (bijvoorbeeld in termen van de mate van aanwezigheid van concurrenten), hoe beter zijn/haar positie, omdat de inkoopende organisatie moeilijk om de zorgaanbieder heen kan (er is geen alternatief).
- In de derde plaats concurreren de zorgaanbieders onderling (op de zorgverleningmarkt) om de gunsten van de klant. Op basis van een grote klantenbasis ontstaat er vervolgens macht op de zorginkoopmarkt; de inkoper kan moeilijk om de zorgaanbieder heen, omdat dit effect kan hebben op de mening van de klant over de verzekeraar en dus op het aantal (potentiële) verzekerden.

De onderscheiden markten zijn geen perfecte markten. Hierop wordt in dit rapport in een later stadium ingegaan. Dit betekent dan ook dat er speciale eisen moeten worden gesteld aan de zorginkoop, wat deze inkoop afwijkend maakt van de inkoop in 'gewone' markten. Standaardmethoden en -technieken uit de inkoop vragen dan om aanpassing en maatwerk. De kunst voor de zorginkoper is om met deze bijzondere omstandigheden om te gaan, met als doel om de klant te vertegenwoordigen en de maatschappelijke doelstellingen te realiseren.

1.2 Het gekozen sturingsconcept bepaalt de vereiste taak van de zorginkoop

Binnen het door de overheid gekozen model van marktwerking in de zorg (zie bovenstaande schets van de driehoek) is een tweetal sturingsconcepten denkbaar, waarbij de klant centraal staat wat betreft het maken van keuzen.

Deze sturingsconcepten zijn te karakteriseren als:

- De klant heeft maximale keuzevrijheid tussen zorgaanbieders en de verzekeraar betaalt;
- De klant kiest een zorgverzekeraar die de klant actief vertegenwoordigt om goede afspraken te maken met zorgaanbieders.

Beide modellen zijn op dit moment mogelijk. Het eerste model gaat uit van de verzekeraar als schadeverzekeraar; het tweede model gaat uit van de verzekeraar als zorgverzekeraar, met een belangrijke taak voor de zorginkoopfunctie bij de zorgverzekeraar.

Omdat de klant geen (of vrijwel geen) notie heeft van de prijsstelling van zorgaanbieders en in ieder geval – als dat al wel zo is – de effecten van de prijsstelling op de premiestelling met een forse vertraging tot stand komt, is de verwachting gerechtvaardigd dat de klanten tussen zorgaanbieders kiezen op basis van andere criteria, zoals zorgkwaliteit (voor zover te bepalen door de klant), service en imago. Vanuit een consumentenperspectief is dat ook logisch en gewenst. Zorgaanbieders zullen zich daarom focussen op deze onderwerpen om de ‘slag’ op de zorgverleningsmarkt te winnen. Vanuit het eerste sturingsconcept is de prikkel tot kostenefficiëntie bij de zorgaanbieder dus minimaal. Immers, de verzekeraar betaalt, de macht van keuze ligt bij de klant, dus waarom doelmatig en goedkoop? Eerder zal de neiging bestaan om de eigen inkomsten te maximaliseren; niets menselijks is ook de zorgaanbieder vreemd. De kosten van zorg zullen nog sterker stijgen; positief is dat service en kwaliteit mogelijk ook stijgen.

Bovenstaande lijkt (en is) wellicht een vereenvoudigde voorstelling van zaken, maar de conclusie over dit sturingsconcept is evident en logisch: maximale keuzevrijheid en kostenbeheersing gaan niet samen, althans niet zonder regulering.

De klant als voldoende en enige countervailing power van de zorgaanbieder om kostenbeheersing te realiseren is dan ook een fictie. In de geschetste driehoek zijn er dan twee mogelijke regulerende partijen over: de overheid en de zorgverzekeraar. In een situatie van een terugtrekkende overheid en marktwerking betekent dit direct dat een actieve (inkoop) rol van de zorgverzekeraar vereist is. We komen daarmee automatisch op het tweede concept: de zorgverzekeraar koopt actief zorg in, en is de countervailing power van de zorgaanbieder.

Maximale keuzevrijheid van klanten wordt dan ofwel kiezen binnen een voldoende groot aanbod of meer betalen voor keuze uit alle zorgaanbieders. Zorgaanbieders concurreren dan om contracten of om de beste voorwaarden. Pas dan is sprake van een werkende marktwerking en vindt sturing plaats gericht op de maatschappelijke doelstellingen.

Kortom, wij gaan uit van een regulerende rol van de verzekeraar, vanuit de belangrijke rol als zorginkoper. De zorgverzekeraar (of: de zorginkoop) moet in die rol een cruciale bijdrage leveren aan een systeem van marktwerking in de zorg dat gaat werken naar tevredenheid van alle betrokken partijen en invulling geeft aan het bereiken van de maat-

schappelijke doelen.

In de volgende twee paragrafen worden de verschillende rollen beschreven vanuit een tweetal invalshoeken:

- Het waarborgen van de publieke doelstellingen van de zorg;
- Het zorg dragen voor countervailing power en het vertegenwoordigen van de klant.

1.3 Het waarborgen van de publieke doelstellingen van de zorg is een van de belangrijkste taken van de zorgverzekeraar

Een belangrijke taak van de zorgverzekeraar in het inkoopmodel is het waarborgen van de publieke doelstellingen van de zorg (toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit). Hieronder wordt op hoofdlijnen een beschouwing gegeven van de status op de publieke doelstellingen (voor zover mogelijk), waarbij tevens is aangegeven welke rol de zorgverzekeraar heeft in het waarborgen van deze publieke doelstellingen.

Het stimuleren van de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorg

Als we proberen een beeld te vormen van de resultaten van de zorgverzekeraars op de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg, ontstaat een genuanceerd beeld. Er bestaan voor een aantal specialismen nog steeds wachttijden voor de zorg, maar de wachttijden zijn de afgelopen jaren wel degelijk afgenomen. Het waarborgen van lange(re)termijn-toegankelijkheid door (op basis van goede vraagprognoses) voldoende zorgaanbod te contracteren en te helpen ontwikkelen, is een van de taken die door de zorgverzekeraar van de overheid moet worden overgenomen.

Wachttijsten ziekenhuiszorg zijn afgenomen

Volgens rapportages van Nyenrode University zijn, vanaf het moment dat in 2000 het budgetplafond is weggehaald, de kosten sterk toegenomen en de wachttijsten afgenomen.

Onafhankelijke cijfers bevestigen dit:

- In 2004 lagen de uitgaven voor ziekenhuiszorg 11% hoger dan in 2002;
- Het aantal wachtenden op ziekenhuiszorg nam tussen Q4 2002 en Q4 2004 af met 10%.

Treeknorm ziekenhuiszorg wordt niet altijd gehaald voor electieve zorg

Veel electieve zorg in het B-segment heeft langere wachttijden dan volgens de Treeknorm toegestaan. Bijvoorbeeld tussen de 70% en 90% van de ziekenhuizen had wachttijden boven de Treeknorm voor knieoperaties in de periode 2005-2006. (Zie hiervoor de monitor B-segment 2007, NZa, figuren 1.1 en 1.2.)

De vraag is overigens in hoeverre dit een problematische wachttijd is. De NZa stelt dat er namelijk altijd ziekenhuizen zijn met zeer korte wachttijsten, zodat de toegankelijkheid is gewaarborgd. In hoeverre de afstanden en reistijden dan voor de betreffende klanten een probleem dreigt te worden, is niet bekend.

Zorg in het A-segment heeft over het algemeen wel kortere wachttijden, die bijna altijd binnen de norm vallen. Er zijn slechts enkele, meestal regionale knelpunten.

Tabel 1.1 Wachttijden in weken voor meerdaagse opname (Treenorm hiervoor is 7 weken)

Behandeling	Aantal ziekenhuizen	% ziekenhuizen met wachttijd boven Treenorm	Maximum wachttijd
Cardiologie	67	0%	5
Chirurgie	77	8%	10
Interne geneeskunde	70	0%	5
Dermatologie	32	0%	2
Plastische chirurgie	54	43%	73

Bron: Kiesbeter.nl

Het waarborgen van lange(re)termijntoegankelijkheid

Een belangrijke rol van de zorgverzekeraar is het waarborgen van lange(re)termijnbeschikbaarheid van zorgaanbod ten behoeve van de toegankelijkheid van de zorg. Demografische ontwikkelingen vragen bijvoorbeeld mogelijk flinke investeringen in nieuw of veranderend zorgaanbod. Er moet dan een goede afweging worden gemaakt en er moeten prioriteiten gesteld worden over waar schaarse middelen moeten worden ingezet.

De zorgaanbieder heeft logischerwijs niet de beschikking over de informatie om op (meer) macroniveau planningstaken uit te voeren. Zorgaanbieders richten zich primair op de individuele gevallen, dan wel op relatief kleine groepen verzekerden. Dat is ook niet vreemd, wetende dat die groepen en individuen overeenkomen met de eigen klanten op de zorgverleningsmarkt en de casusgerichte dienstverlening. Daarnaast heeft de zorgaanbieder uitsluitend zicht op de zorg in de eigen sector. Vraag is ook wat het belang van de individuele zorgaanbieder (behalve het eigen belang) zou zijn voor het breed uitvoeren van zorgplanning.

De zorgverzekeraar beschikt over de benodigde informatie en heeft – door middel van de zorginkoop – ook de instrumenten om niet alleen de informatie te verzamelen en te analyseren, maar ook om concrete taken uit te voeren die betrekking hebben op het garanderen van de

lange(re)termijnbeschikbaarheid van voldoende zorgaanbod. Te denken valt aan het stimuleren van toetreding door nieuwe zorgaanbieders, het stimuleren van opleidingen (voorbeelden hiervan zijn er op dit vlak in de tandheelkundige zorg te vinden, evenals bij huisartsenzorg) en het maken van afspraken over het creëren van additionele intramurale capaciteit, bijvoorbeeld in de verpleging en verzorging.

Een andere hieraan gerelateerde taak heeft te maken met het vaststellen van de toekomstige zorgbehoeften. Veel zorgaanbieders beweren dat – als gevolg van het feit dat ze de klant vaker spreken – zij ook beter weten wat er in de toekomst aan zorgvraag en zorgbehoefte zal zijn. In zekere zin hebben de zorgaanbieders daarin natuurlijk gelijk. Vanuit de combinatie van zorginhoudelijke expertise en het dagelijkse contact met de klanten hebben zij zicht op enkele belangrijke componenten van de toekomstige zorgbehoeften. Toch ontbreekt de systematische input van grote(re) aantallen uitgesproken klantbehoeften, het zicht op alternatieve zorgdiensten en de prioriteitstelling. Nog los van de dreigende eenzijdigheid op het gebied van de professionele vakinhoud die er in de geïnventariseerde behoeften optreedt via het filter van de zorgaanbieder. Op deze punten heeft de zorgverzekeraar de taak om het beeld volledig en afgewogen te maken.

Kostenbeheersing op macroniveau en betaalbaarheid van de zorg

Er berust nog een tweede reguleringstaak bij de zorgverzekeraar: het waarborgen dat de kosten worden beheerst, vanuit een publiek belang. Zoals we al eerder hebben aangegeven, kan het zorgstelsel niet zonder een regulerend mechanisme op de prijs.

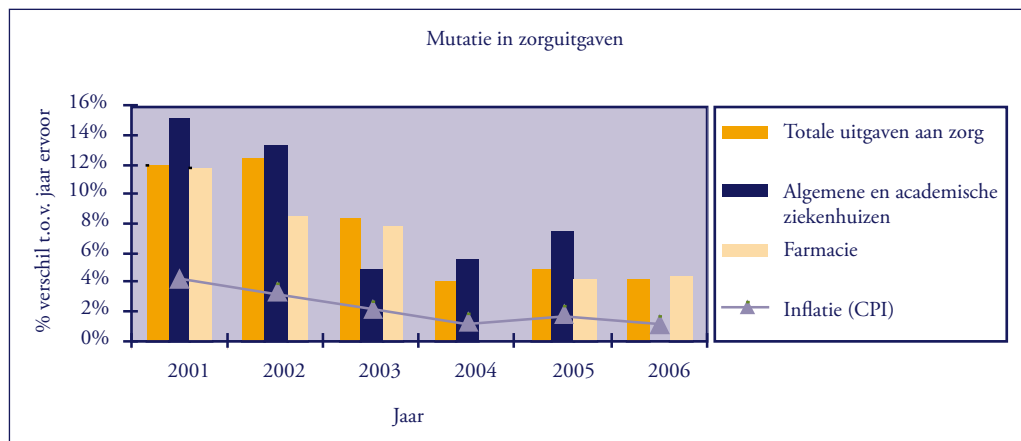
In een ‘normale’ marktsituatie wordt deze countervailing power gevormd door de prijsconcurrentie. Als een bepaald product of een bepaalde dienst ergens duurder wordt aangeboden dan elders, dan zal – uitgaande van uniformiteit van de kwaliteit van het product – de klant gaan naar de goedkoopste dienstverlener. We hebben al aangegeven dat dit mechanisme in de zorg niet werkt.

De reële zorgkosten stijgen sterk, meer dan alleen op basis van autonome factoren

Ook hier is de vraag in hoeverre zorgverzekeraars er nu al in slagen om de zorg betaalbaar te houden en de kostenstijgingen te beheersen. Op basis van een voorzichtige eerste indruk lijkt dit nu niet het geval. De zorgkosten stijgen sterk, meer dan alleen op basis van autonome factoren verwacht mag worden.

Onderstaande tabel laat zien dat de zorgkosten meer en sterker stijgen dan de inflatie en ook meer dan het effect van de vergrijzing.

Figuur 1.1 Stijging in totale zorguitgaven (incl. AWBZ) en uitgaven voor de twee grootste verstrekkingen in de cure



Bron: CBS Statline. Geen cijfers voor ziekenhuizen voor 2006

De stijging in de zorgkosten is niet te verklaren door de vergrijzing. De zorgkosten van ouderen zijn weliswaar aanzienlijk hoger dan de zorgkosten van jongeren: de kosten van ziekenhuiszorg (exclusief polikliniek) van personen van 65 jaar en ouder liggen gemiddeld een factor 5 hoger dan de kosten van de ziekenhuiszorg van personen tot 65 jaar. Maar zelfs als je daar rekening mee houdt, dan zou de stijging in de reële ziekenhuiskosten circa 0,8% per jaar zijn. De feitelijke stijging is dus veel groter. (Bron: CBS Statline en Gezondheid en zorg in cijfers, 2006, plus eigen berekeningen)

Onderzoek van SFK laat zien dat vergrijzing tot een jaarlijkse stijging van 0,6% in de kosten van geneesmiddelen leidt (bron SFK data en feiten 2006). Met andere woorden, de zorgkosten stijgen veel sneller dan door enkele veelgenoemde autonome factoren zijn te verklaren.

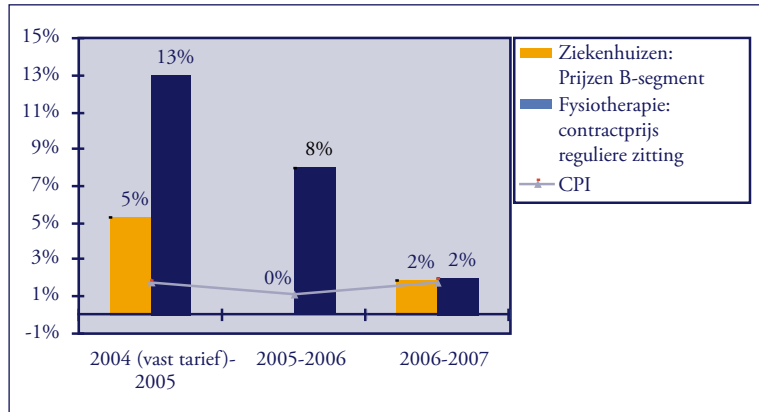
Andere veelgenoemde oorzaken die in de stijgende kosten een rol kunnen spelen zijn de toename van het aantal chronische zieken en technologische ontwikkelingen, zoals duurdere geneesmiddelen en behandelingen.

Echter, goede gegevens over ontwikkelingen in het volume en de prijs zijn in de zorg schaars. Voor zover er gegevens zijn, lijkt de kostenstijging een combinatie te zijn van een stijging van de prijs én een stijging van het volume.

De conclusie is dat de kostenbeheersing op dit moment nog onvoldoende succesvol is.

Vrije prijzen betekenen niet per se lagere prijzen

Vanaf 2005 gelden vrije prijzen voor zowel het B-segment van de ziekenhuizen als voor fysiotherapie. Dat leidde in beide gevallen tot een initiële stijging van de prijzen ten opzichte van de schoningsprijzen respectievelijk het maximumtarief. De cijfers laten echter ook zien dat deze reële prijsstijgingen stabiliseren.



Figuur 1.2 Prijsontwikkeling in het B-segment en voor fysiotherapie

Bron: monitoren NZa

Op basis van dit voorbeeld kan een voorzichtige conclusie worden getrokken dat zorginkoop op basis van vrije prijzen kan helpen om (uiteindelijk) kostenbeheersing te realiseren, maar dat zorginkoop niet direct tot een kostendaling hoeft te leiden. Nader onderzoek en meer praktijkvoorbeelden zijn nodig om hierover daadwerkelijk harde conclusies te trekken.

Bewaken en bevorderen van kwaliteit van zorg

Naast de kostenbeheersing en het waarborgen van de toegankelijkheid van de zorg, is een belangrijke (publieke) doelstelling van de zorginkoop het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van zorg. De zorgverzekeraar heeft dan een belangrijke rol te spelen als counter-vailing power voor de zorgaanbieder door het afwegen van prijs en kwaliteit in de zorginkoop; dus niet alleen marktwerking door prijsconcurrentie. Goede kwaliteit kan worden beloofd tegen marktconforme tarieven en klanten zullen kiezen voor een verzekeraar die goede kwaliteit waarborgt tegen een goede premie. Ten slotte zal goede kwaliteit van zorg eveneens leiden tot kostenbeheersing.

Het is binnen de kaders van dit onderzoek niet mogelijk om een beschouwing te geven van de kwaliteit van de zorg. Daarvoor is het onderwerp kwaliteit te breed, terwijl bovendien breed geaccepteerde, objectieve maatstaven voor de kwaliteit van zorg nog in ontwikkeling zijn.

Tot voor kort beperkte de managementinformatie over de kwaliteit van zorg tot de zogenoemde 'systeemkwaliteit', veelal belichaamd in het kwaliteitscertificaat. Alle partijen zijn het erover eens dat dat een te beperkte invulling is van de kwaliteit van zorg. Groot probleem daarbij is dat de definitie van de kwaliteit van zorg uiterst moeilijk is en er geen overeenstemming mogelijk was over hoe de kwaliteit van de zorg vast te stellen. Mede ingegeven door het feit dat zorgverzekeraars kwaliteit steeds meer tot onderwerp van gesprek maken en hierover concrete afspraken willen maken in de contracten met de zorgaanbieders, komt er steeds meer informatie beschikbaar over kwaliteit van zorg. In vrijwel alle zorgsegmenten is men op dit moment bezig met het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren, klantervaringsmetingen of tevredenheidsmetingen en zelfevaluaties.

Enkele belangrijke door verzekeraars geïnitieerde ontwikkelingen die het in de toekomst beter mogelijk gaan maken om de kwaliteit van zorg te meten en te gebruiken als actief stuurmiddel in de zorginkoop, zijn:

- Het kenniscentrum DBC van Zorgverzekeraars Nederland heeft in 2005 bij de invoering van het B-segment de inkoopgids DBC uitgebracht. In deze inkoopgids werden per DBC kwaliteitsindicatoren beschreven waaraan de DBC moet voldoen. De inkoopgids was ontwikkeld voor inkopers bij zorgverzekeraars. Inmiddels is er ook voor 2008 een nieuwe inkoopgids uitgebracht.
- Het kenniscentrum DBC van Zorgverzekeraars Nederland heeft het boekje 'Kwaliteitsindicatoren ten behoeve van de zorginkoop 2007' gepubliceerd met kwaliteitsindicatoren voor 12 DBC's.
- Via de Stichting Miletus, die voor zorgverzekeraars metingen uitvoert op het gebied van klantervaringen op basis van de CQ-index, worden steeds meer gegevens over patiëntervaringen in de zorg verzameld. Dit geeft zowel informatie over de zorg in de sector als geheel, als informatie over specifieke aanbieders. De verzekeraars konden deze informatie voor het eerst gebruiken in de onderhandelingen voor 2007 voor de ziekenhuiszorg en fysiotherapie.

Deze initiatieven van zorgverzekeraars hebben als doel het faciliteren van partijen om te komen tot afspraken over kwaliteit. Zorginkopers ziekenhuiszorg nemen deze indicatoren mee in de contracten en verwachten dat de ziekenhuizen daarover gegevens leveren.

Hierbij dient te worden opgemerkt dat de eerste resultaten van metingen op basis van de CQ-index nog niet laten zien dat de zorginkoop effect heeft op de patiëntervaringen. In de CQ-index verzekeraars (met 32 verzekeraars/merknamen) zijn vragen opgenomen over de zorg, naast

de vragen over de dienstverlening door de verzekeraar. Uit dit onderzoek blijkt dat:

- Er significante verschillen zijn tussen de zorgverzekeraars wat betreft de dienstverlening. Bijvoorbeeld voor de telefonische bereikbaarheid geldt dat 11 verzekeraars boven de gemiddelde score liggen, en 10 zorgverzekeraars eronder. Met andere woorden: 'slechts' 34% van de zorgverzekeraars ligt in de range van het gemiddelde.
- Er weinig significante verschillen zijn waar te nemen tussen de zorgverzekeraars waar het gaat om de zorg. Vrijwel alle scores liggen rond het gemiddelde. Bijvoorbeeld de vraag over het oordeel over de huisarts (1 ligt boven gemiddelde, 1 ligt onder gemiddelde, ofwel 94% ligt in de range rond het gemiddelde), maar ook de vraag "krijgt u de benodigde hulp van artsen en andere specialisten" (1 ligt boven gemiddelde, 1 ligt onder gemiddelde, ofwel 94% ligt in de range rond het gemiddelde). (bron: NIVEL 2006)

De conclusie is dat er een sterke behoefte is aan goede indicatoren ten aanzien van de zorgkwaliteit, onder meer ten behoeve van de zorginkoop.

1.4 Het zorg dragen voor countervailing power en het vertegenwoordigen van de klant vormen samen de tweede hoofdtak van de zorgverzekeraar

De andere hoofdtak van de zorgverzekeraar in het inkoopmodel is op te splitsen in taken die betrekking hebben op:

- het zorg dragen voor countervailing power in het inkoopmodel, zodat de marktwerking kan 'werken':
 - bundelen van inkoopvolume;
 - verkleinen van de informatiesymmetrie;
- het 'vertegenwoordigen' van de klant door:
 - te verzekeren;
 - de klant een plek te geven in het inkoopproces, bijvoorbeeld door middel van het actief meenemen van de klantbehoeften, -tevredenheid en -ervaringen.

Het uitbesteden van de zorginkoopfunctie door de klant en het bundelen van volume

De theorie van de inkoop laat zien dat een inkoper zijn doelstellingen beter kan realiseren als de macht van de inkoper ten opzichte van de leverancier groot is, dan in een situatie waarbij de inkoper 'een van vele' is. Met dit gegeven is de positie van een individuele klant op de inkoopmarkt zeer zwak.

Er zijn dan twee mogelijkheden van bundeling van volume:

- aansluiten bij een collectief dat inkoop via de verzekeraar;
- aansluiten bij een collectief dat direct inkoop.

De eerste variant is op dit moment zeer populair, omdat er aan collectiviteiten (vooral financiële) voordelen worden aangeboden door verzekeraars. Vanuit het oogpunt van het verkrijgen van een groot verzekerdenbestand is het logisch dat collectieven worden aangetrokken, maar over de langetermijnhoudbaarheid van deze situatie is een hoop te zeggen. Dat lichten we toe aan de hand van de andere variant.

De tweede variant is dat de klant zich aansluit bij een collectief dat direct inkoop. Een interessant voorbeeld is te vinden in de care. Daar bestaat de mogelijkheid van het persoonsgebonden budget (PGB) en er zijn nu initiatieven waarbij ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen met behulp van het PGB gezamenlijk zorg inkopen voor hun kinderen. De specifieke kenmerken van de betreffende zorg maken dat dit model mogelijk is en werkt: het gaat om langetermijnzorg (goed gedefinieerd), er is een zekerheid van afname (het gaat dus niet om de 'kans' dat wordt gebruikgemaakt van de zorg) en de relevante groep zorgaanbieders is goed te overzien in termen van aantal en definitie.

Dit verklaart waarom er tot heden in de cure nog geen vergelijkbare initiatieven zijn: de overheadkosten van de inkoop (kosten voor het uitvoeren van de inkoop) zijn groot, omdat het aantal partijen waarbij moet worden ingekocht groot en divers is.

... of moeten we constateren dat deze initiatieven er wel zijn? Praten we dan feitelijk niet over de zorgverzekeraars? De zorgverzekeraar voert de zorginkoopfunctie uit voor de klant; de polis of het collectiviteitscontract is dan een soort uitbestedingscontract tussen klant en verzekeraar. De klant is opdrachtgever in een uitbestedingsrelatie en de rol van die klant moet dan ook aansluiten bij deze relatie.

We komen dan op de houdbaarheid van de collectieve contracten. Nu de marktwerking net is gestart en verzekeraars moeten vechten om klanten, zijn collectiviteiten natuurlijk zeer interessant; deze kunnen nog anders worden behandeld dan individuele klanten. Maar wat is nu het wezenlijke verschil tussen de klant die zich via een collectief aansluit bij een collectief (de verzekeraar) en degene die zich rechtstreeks aansluit bij een collectief?

Ongeacht de variant die wordt beschouwd, is de conclusie: de zorgverzekeraar moet zorg dragen voor bundeling van het inkoopvolume.

Verkleinen van de informatieasymmetrie

De veronderstelling dat verzekerden voldoende geëquipeerd zijn om te kunnen kiezen, is op zijn minst discutabel. Dit wordt hieronder nader uitgewerkt (gebaseerd op Lupton, Peckham, Taylor; 1998).

De behoefte aan zorg is in het overgrote deel van de gevallen gekoppeld aan een specifiek moment en veelal onverwachts. Voor acute zorg is het tijdsaspect evident, maar ook voor planbare zorg kan worden verondersteld dat de patiënt (bijvoorbeeld door de specifieke geestesgesteldheid van het moment) onvoldoende in staat is om vooraf goede, rationele keuzes te maken.

Maar ook achteraf, dus na het leveren van de zorg, is de klant niet in staat te bepalen of de zorg (voldoende) goed is geweest. Kon het beter? Was het ook met 8 in plaats van 12 behandelingen te doen geweest? Was die nabloeding, hoewel niet heel pijnlijk, normaal? Hoe gewoon is het dat de chirurg eigenlijk geen tijd heeft gehad om even voor en na te praten? Het referentiekader ontbreekt voor een afgewogen oordeel over de dienstverlening.

Ten slotte, en waarschijnlijk het meest belangrijk, is het een feit dat de leverancier (de zorgaanbieder) de keuzen maakt voor de klant wat betreft de dienstverlening. De zorgaanbieder heeft simpelweg veel meer informatie dan de klant over de dienstverlening om een onderbouwde keuze te maken. De professionele autonomie van de zorgaanbieder is in dat opzicht niet alleen van toepassing op de relatie met de verzekeraar, maar minstens geldt dat voor de relatie met de klant.

Vanuit het oogpunt van patient empowerment en het breed gedragen gevoel dat de klant zelf keuzen moet maken, is het verkleinen van de informatieasymmetrie een noodzakelijkheid om de marktwerking tot een succes te maken (het komen tot een benadering van een perfecte markt). De overheid doet daar een hoop aan (en moet dat ook doen), maar juist vanuit de rol die de verzekeraar per definitie speelt als vertegenwoordiger van de klant (de agent) is het logisch dat ook de verzekeraar eveneens een deel van de informatieasymmetrie opheft en deze informatie ook op maat aan de klant levert. Daarnaast moet worden bedacht dat de verzekeraar ook als onderdeel van de inkooprol vergelijkingen moet maken tussen zorg-aanbieders en om die reden dus in ieder geval al vergelijkingsmateriaal verzamelt over zorg-aanbieders.

Verzekeren

In alle commotie rond marktwerking in de zorg zouden we bijna vergeten dat een zorgverzekeraar ook moet verzekeren. Het basale uitgangspunt van verzekeren is dat een (voldoende) groot aantal personen geld in een pot doet en daarvoor gezamenlijk betaalt voor kosten die een gering aantal personen maakt, omdat de kans dat kosten worden gemaakt gering is, maar de kosten zelf groot zijn (te groot om zelf te dragen). Hierop gaan we verder niet in, omdat deze rol in zekere zin minder relevant is voor de inkoop.

De klant een rol geven in de zorginkoop

Uitgaande van de gedachte dat de verzekeraar inkoop namens de klant (en dus de opdrachtgever is in een uitbestedingsrelatie), moet de klant een rol spelen als opdrachtgever in deze relatie.

Dat die rol nog niet voor alle partijen duidelijk is, bewijst onderstaande tekst uit een interview met Iris van Bennekom, directeur NPCF ('In beweging', maart 2006):

“Als er één partij is met te veel macht, dan zijn het wel de zorgaanbieders. Ons zorgsysteem is volledig aanbodgestuurd. Een paar voorbeelden? Het is nog altijd mogelijk dat ziekenhuizen zich niet laten toetsen door hun cliënten, dat een specialist een operatie uitvoert zonder daar ervaring in te hebben, of dat een arts geen collega raadpleegt waardoor een diagnose jaren op zich laat wachten. Al die zaken zijn alleen maar mogelijk doordat artsen en ziekenhuizen over een enorm machtsmonopolie beschikken. Zo erg vinden wij het dus niet, als zorgverzekeraars wat van die macht afsnoepen.”

“Maar liever nog hadden we gezien dat de patiënten meer invloed hadden gekregen. Wij zien het als een taak van patiëntenorganisaties - en niet van verzekeraars - om zorg in te kopen. Patiënten zouden criteria moeten opstellen voor goede zorg en deze afdwingen bij de aanbieders. Patiënten bepalen dan welke zorg verleend wordt. Uiteraard blijft het verzekeren zelf een taak van de verzekeraars, dat is nu eenmaal hun deskundigheid.”

“De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat patiëntenorganisaties nog niet zover zijn dat ze de inkoop kunnen regelen. Daarvoor hebben ze momenteel niet de kennis en vaardigheden in huis. Maar die kant willen wij wel op en de stelselherziening is een stap in die richting.”

“Patiëntenorganisaties hebben de mogelijkheid gekregen met zorgverzekeraars te onderhandelen over collectieve polissen. De gesprekken gaan nu nog vooral over de aanvullende polissen, maar straks komen zeker ook andere zaken aan de orde. Op deze manier kunnen patiënten en verzekeraars samen het machtsmonopolie van de aanbieders doorbreken.”

Interessant is dat de klant (uit monde van de NPCF) zelf wil inkopen en het verzekeren aan de verzekeraar wil overlaten. Met andere woorden: de klant bepaalt en de verzekeraar betaalt. Dat deze scheiding tot een onwerkbaar situatie zal leiden, is evident (zie eerder dit hoofdstuk). De afweging van prijs en kwaliteit moet in één hand liggen.

Patiënten of andere stakeholders worden overigens nog te weinig betrokken bij zorginkoop. Er zijn echter wel hoopgevende initiatieven op dit gebied genomen.

2 De zorginkoop kent een positieve ontwikkeling naar een breed gedefinieerde activiteit

2.1 Zorginkoop ontstaat in Nederland pas echt vanaf 2003, en wordt tot dan vooral in het begin operationeel ingevuld

Het vakgebied van de zorginkoop is nieuw in Nederland. Pas vanaf 2003 wint het begrip zorginkoop aan populariteit en wordt het contracteren van de zorg actief gekoppeld aan het al veel langer bestaande vakgebied van de ‘reguliere inkoop’. Ook vinden vanaf dat moment geregeld en bij verschillende zorgverzekeraars (zorg)inkooptrainingen plaats door de Nederlandse Vereniging van Inkopers (NEVI) en door (zorg)inkoopadviesbureaus (waaronder Significant).

De koppeling tussen zorg en het reguliere vak van de inkoop lijkt voor de hand liggend, maar was het niet, als gevolg van de grote weerstand in het zorgveld om over inkoop te spreken (met de daarbijbehorende negatieve associatie met de facilitaire inkoop) in relatie tot het professionele vakgebied van de zorg (als een mystiek en welhaast verheven vakgebied). De situatie in de zorginkoop van rond 2003 is te kenschetsen als een nadruk op het regelen en organiseren van de zorg (en dus geen inkopen).

Illustratief in dat verband is dat in 2003 bij een presentatie over zorginkoop bij een zorgverzekeraar na enkele sheets over het vakgebied van de inkoop een van de zorginkopers (accountmanagers) opstond en riep: “Maar dit gaat helemaal niet over de zorg!”

Voorbeelden hiervan zijn:

- Het maken van budgetafspraken in combinatie met volumeafspraken (hetgeen in de ziekenhuiszorg en de caresector in grote mate nog steeds gebruikelijk is), in plaats van prijsafspraken;
- Machtigingen als belangrijk instrument;
- De contracteerplicht: opsturen van standaardcontracten.

Het systeem kende ook geen of onvoldoende prikkels voor de zorgverzekeraar (of zorgkantoor) om zich te verdiepen in de zorginkoop als vakgebied. De wet- en regelgeving definieerden volledig te leveren zorg en het speelveld waarop dat diende plaats te vinden. De vrijheidsgraden waren zodanig klein, dat het inzetten van instrumenten als concurrentiestelling, selectieve of gedifferentieerde contractering, prestatiemeting en aanbesteden, ofwel niet mogelijk was (contracteerplicht) of niet zou werken als gevolg van een onvolmaakte markt.

Zorginkoop was vooral het contracteren van zorg (vaak via standaardcontracten en UVO's). Een van de belangrijkste indicatoren voor succesvolle zorginkoop was het percentage afgesloten contracten en niet

zoeder de inhoud ervan. Dit alles passend bij de noodzaak van rechtmatigheid van de uitgaven en de geringe focus op de noodzaak tot sturing op de kwaliteit en de prijs van de zorg. Zorginkopers noem(d)en zich bij voorkeur ook niet inkoper, maar 'segmentmanager', accountmanager of manager Zorg.

Het afstemmen van de inkoopactiviteiten op de doelstellingen van de organisatie was niet nodig (veelal was er weinig tot geen verschil tussen de organisatiedoelstellingen) en zonder bewegingsruimte van handelen is het nadenken over de te volgen inkoopstrategie en de in te zetten inkoopinstrumenten weinig zinvol. Tactische inkoopactiviteiten (de contractecycleus) bestonden uit het opsturen van standaardcontracten; de zorgbehoefte werd niet of nauwelijks gespecificeerd.

De operationele inkoop was beter ontwikkeld. Het monitoren van de prestaties van de zorgaanbieder stond op een laag pitje, omdat in de contracten vrijwel geen afspraken werden gemaakt over te leveren prestaties. De enige vorm van monitoren was in de praktijk de materiële controle, waarbij steekproefsgewijs wordt nagegaan of er tegenover een nota ook werkelijk geleverde zorg staat.

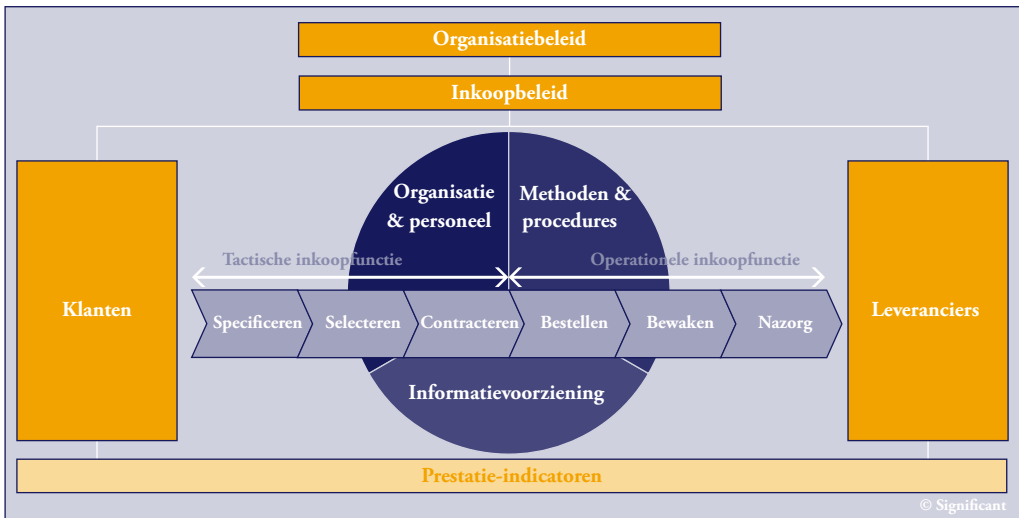
Wel hebben periodiek gesprekken plaatsgevonden tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, waarbij vooral operationele problemen werden besproken, knelpunten in de productie en budgetten voor volgend en dit jaar aan de orde waren. Het 'leveranciersmanagement' (hierop wordt later meer in detail ingegaan) werd op die manier ingevuld.

Samengevat was de zorginkoop een operationeel gebeuren en mocht wat betreft de activiteiten de naam inkoop feitelijk niet dragen. De zorgverzekeraar betaalde, en daar stond/staat deze dan ook om bekend.

2.2 Het vakgebied van de inkoop doet zijn intrede in de zorginkoop

Op het moment dat het vakgebied van de inkoop zijn intrede doet in de zorginkoop, ontstaat er een eerste fase van vakontwikkeling waarin feitelijk de bestaande theorie uit de inkoop wordt geïntroduceerd binnen de zorginkoop. Bestaande methoden en technieken worden uitgelegd met een zorgsausje, maar theoretische doorontwikkeling vindt nog beperkt plaats. Een voorbeeld van modellen die hun intrede doen is het genoemde racewagenmodel, zie onderstaande figuur.

Figuur 2.1 Het racewagenmodel van de inkoop



Bron: Significant

In het racewagenmodel wordt de samenhang weergegeven tussen verschillende onderdelen van de inkoopfunctie. Vanwege de relatieve eenvoud van het model en de bekendheid van de zorginkopers met de betreffende stappen (zeker waar het contracteren en bewaken betrof) heeft dit model ontegenzeggelijk een bijdrage geleverd aan het introduceren van instrumenten en processen in de zorginkoop die tot dat moment niet of nauwelijks bekend waren bij de zorginkopers van zorgverzekeraars.

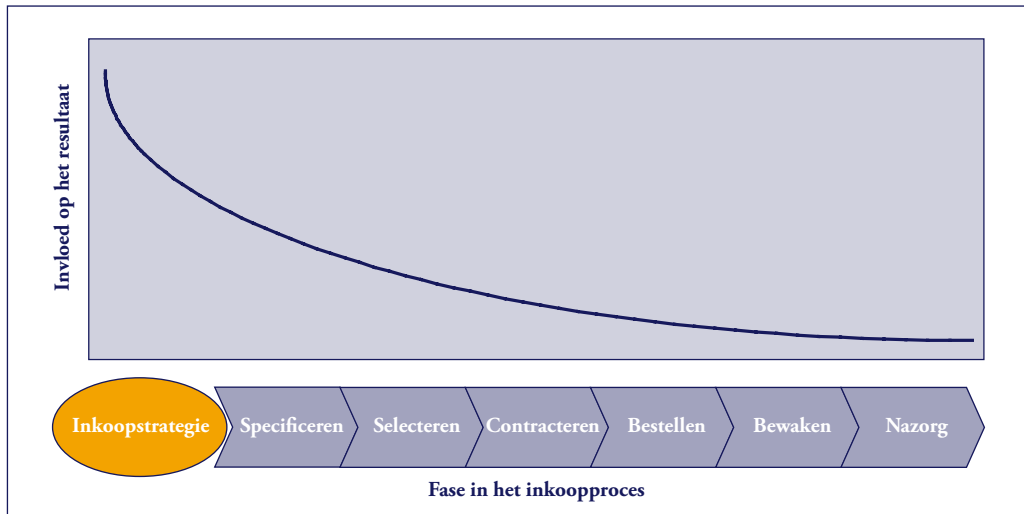
Echter, het model biedt – met uitzondering van het tactische inkoopproces (specificeren, selecteren, contracteren) en operationele inkoopproces (bestellen, bewaken, nazorg) – weinig inzicht in de processen die binnen de zorginkoopfunctie een rol spelen. Bovendien is, door de visuele focus in het model op de tactische en operationele inkoop, het risico van een te grote nadruk op inkoopinstrumenten die betrekking hebben op de contracteercyclus (tactische inkoop) en het bewaken van de prestaties, terwijl de meest effectieve aangrijpingspunten voor sturing in de zorg niet noodzakelijkerwijs tot deze groep inkoopinstrumenten behoren.

Deze focus heeft, vreemd genoeg, in de afgelopen periode niet geleid tot een prangende behoefte bij de zorginkopers naar een breder instrumentarium of inkoopmodel. De belangrijkste reden is dat de zorginkoop hier nog niet aan toe was.

Binnen het algemene vakgebied van de inkoop is de bewustwording dat inkoop meer is dan contracten sluiten al veel eerder begonnen. Onderzoek (Telgen, 1994) wijst ook uit dat een verschuiving van de aandacht

van operationele inkoop naar de meer strategische processen binnen de inkoop een belangrijke verbetering oplevert in termen van toegevoegde waarde aan het resultaat en de doelstellingen, zie onderstaande figuur.

Figuur 2.2 Relatie tussen fasen in de inkoop en de invloed van de activiteiten op het uiteindelijke resultaat



Bron: Telgen, 1994

2.3 De zorginkoop kent de afgelopen jaren een positieve ontwikkeling

Mede naar aanleiding van de introductie van het nieuwe stelsel in 2006, maar feitelijk ook al eerder, zien zorgverzekeraars de laatste jaren veel meer dat de zorginkoop de sleutel is tot succes in de zorg. Zorgverzekeraars gaan onderling concurreren en willen zich onderscheiden. Dat kan – naast service, polisinhoud (aanvullende verzekering) en premiestelling – onder meer door de zorginkoop worden vormgegeven.

Door deze ontwikkeling, waarbij het overgrote deel van de zorgverzekeraars verandert van een ziekenfonds naar een actieve zorgverzekeraar, zijn de eisen die de Raden van Bestuur stellen aan de zorginkoop sterk toegenomen. Zorgverzekeraars kunnen het zich niet meer permitteren om in hun inkoopplannen de samenhang met de organisatiedoelstellingen en -strategie te negeren. Ook dwingen de (toen nog aanstaande) marktwerking en de aanbestedingsrichtlijnen om op transparante, objectieve en non-discriminatoire werkwijzen tot een contract te komen. Met andere woorden, de zorginkoop als vakgebied begint zich met vallen en opstaan te ontwikkelen.

Deze toenemende aandacht voor de zorginkoop heeft ertoe geleid dat de afgelopen jaren bij de meeste zorgverzekeraars opleidings- en/of ontwikkeltrajecten op het gebied van zorg-inkoop zijn uitgevoerd. In deze trajecten zijn de zorginkopers geïntroduceerd in het vakgebied van de inkoop, inclusief de verschillende in te zetten instrumenten.

Aanbestedingen doen dan hun intrede, mede omdat de wet- en regelgeving dit vereist(e), maar ook omdat dit instrument in enkele specifieke deelmarkten succesvol kan worden ingezet om concurrentiestelling te realiseren (hulpmiddelen, vervoer, kraamzorg, farmacie). Deze wettelijke verplichting verandert overigens voor zorgverzekeraars als gevolg van de veranderde financiering in de zorg. Hierop wordt in dit kader niet verder ingegaan.

Binnen Wmo, AWBZ en forensische zorg blijven de Europese aanbestedingsrichtlijnen in ieder geval (nog) van toepassing, zij het in de categorie 2B-diensten. Dit laatste betekent dat er geen ‘zware’ aanbestedingsprocedure behoeft te worden doorlopen, maar dat er uitsluitend eisen aan het offertetraject worden gesteld wat betreft transparantie, objectiviteit en non-discriminatie, alsmede dat er enkele publicatie-eisen van toepassing zijn om aan een passende mate van openbaarheid te kunnen voldoen.

De positieve effecten van deze ontwikkelingen zijn merkbaar in de dagelijkse praktijk van de zorginkoper:

- De inkoopstrategie per segment (segmentplannen) wordt gemeengoed;
- Prestatiemeting en ‘pay for performance’ krijgen volop aandacht, waarbij ook de kwaliteit van zorg een plek begint te krijgen;
- Selectieve of gedifferentieerde contractering wordt steeds meer overwogen;
- Leveranciersmanagement en ‘preferred providers’ zijn onderwerpen van serieuze aandacht.

Deze ontwikkeling geeft – mits doorgezet – vertrouwen dat er een voedingsbodem moet zijn voor de noodzakelijke verbetering van de resultaten in de zorg.

Toch zijn er ook vele aandachtspunten in de zorginkoop die maken dat volop aandacht is geboden. De marktsituatie is zodanig dat zorgverzekeraars de focus op de zorginkoop niet kunnen waarmaken als gevolg van een (te) sterke focus op marktaandeel en verdere reductie van beheerskosten. Ook lijkt de structuur van de zorginkooporganisatie onvoldoende aan te sluiten bij de problemen van de toekomst en de noodzaak van een verdere verschuiving van de aandacht naar de strategische inkoop. Voordeel is wel dat er – mede als gevolg van het grote aantal fusies – op dit moment volop aandacht is voor de organisatie; zaak is om deze noties van structuur in deze veranderingen mee te nemen.

2.4 Zorginkoop vraagt om een breder en specifiek inkoopmodel dan in de reguliere inkoop gebruikelijk

Nu er in de zorginkoop meer wordt gebruikgemaakt van de bestaande methoden en technieken in de inkoop, wordt ook steeds meer duidelijk dat de zorginkoop om (soms wezenlijk) andere of aanvullende methoden en technieken vraagt, dan binnen de inkoop gebruikelijk. Hiervoor zijn verschillende redenen aan te wijzen, zoals:

- De 'besteller' (de klant) is vrij om de zorgaanbieder te kiezen, terwijl in het algemeen in de inkoop de besteller gedwongen is/wordt om gebruik te maken van gecontracteerde leveranciers ('compliance');
- Zorginkopers hebben ook te maken met een maatschappelijk belang dat dient te worden behartigd;
- Een belangrijke rol van de wetgever en toezichthouders (vanwege het publieke belang), en een – daarmee samenhangende – nog steeds gereguleerde situatie, waarin prijsplafonds, budgetafspraken én vrije tarieven door elkaar heen lopen;
- Marktwerking langs drie assen (zorgverzekeringsmarkt, zorginkoopmarkt en zorgverlenersmarkt), die elkaar beïnvloeden;
- Veel zorgaanbieders met wie zaken moeten worden gedaan, vanwege de spreiding van de verzekerden;
- Invloed van koepels en belangenverenigingen.

Effectieve zorginkoop kan zich – mede om bovenstaande redenen – niet beperken tot 'traditionele' inkoopinstrumenten. De contractering dient een zeker doel, moet wellicht vanuit juridisch perspectief (of om verbeteringen af te dwingen), maar de doelen kunnen wellicht ook zonder een contract worden gerealiseerd, bijvoorbeeld door de klanten te informeren over de kwaliteit van de zorgaanbieder en daarmee druk uit te oefenen.

Zorginkopers moeten weloverwogen keuzen maken, bijvoorbeeld ten aanzien van selectie en gedifferentieerd contracteren. Zorginkopers moeten aantrekkelijk worden voor de zorgaanbieders, zodat selectie en/of gedifferentieerd contracteren een reële optie wordt. Maar niet voor alle segmenten of regio's hoeft selectie het meest effectieve instrument te zijn, gegeven de specifieke marktsituatie.

Demand management (een inkoopbegrip dat pas recent opgang doet), waarbij sturing van de klant en de zorgvraag plaatsvindt, is in de zorginkoop wellicht het belangrijkste instrument. Dit gegeven de bijzondere positie van de klant in de al veelvuldig genoemde driehoek van de marktwerking in de zorg. Het gaat dan om het voorkomen van zorgvraag, het sturen van de klant naar de juiste aanbieder en het sturen op het verkrijgen van de juiste zorg (voorschrijfbeleid, voorkomen van 'rework'). Demand management is derhalve iets anders dan het 'systeemconcept' vraagsturing, als tegenhanger van aanbodsturing.

Projecten met zorgaanbieders kunnen helpen de kwaliteit van zorg te vergroten, dienen daarmee mogelijk de bedrijfsdoelstellingen, maar behoren zeker niet tot de standaard inkoopinstrumenten. Ook het ondersteunen van de klant bij het vinden van de juiste zorgaanbieder, het sturen van klanten, etc., is zeker niet in alle inkoopmarkten gewoon.

Kortom, zorginkoop vraagt om een waaier van interventies, om de zorgmarkt te prikkelen tot het leveren van prestaties om de doelstellingen van de inkopende organisatie te dienen (waaronder vanzelfsprekend het perspectief van de klant), ofwel bij zorginkoop is eerder sprake van ‘marktwerking’, zonder dat de activiteiten per definitie aansluiten bij een contracteercyclus en bij traditionele inkoopinstrumenten.

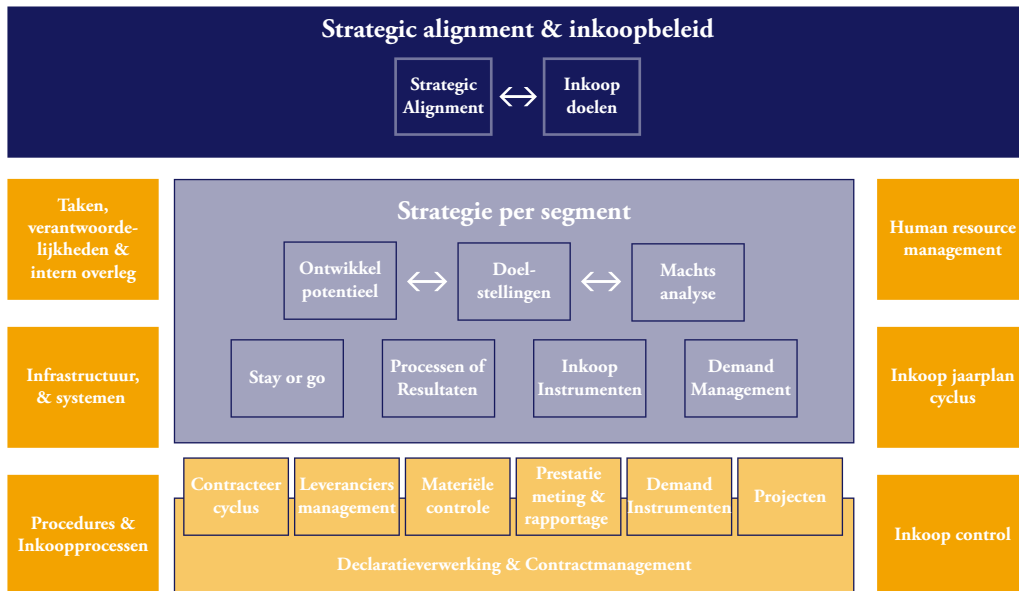
2.5 De reikwijdte en gehanteerde definitie van zorginkoop

Wanneer we in dit rapport spreken over zorginkoop, dan bedoelen we:

Het geheel van activiteiten (proces), bijbehorende onderwerpen (inhoud) en het invullen van randvoorwaarden (organisatie) die betrekking hebben op het bijeenbrengen van de zorgvraag en het zorgaanbod (dus alle activiteiten op de zorginkoopmarkt).

In onderstaande figuur staan deze ‘bouwstenen’ systematisch weergegeven in een zorginkoopmodel (Karssen en Esselaar, 2007), dat voor zorginkopers een helder referentiekader moet bieden voor de eigen activiteiten en – net zoals het racewagenmodel – visueel een duidelijke en herkenbare samenhang aangeeft tussen de relevante bouwstenen van de zorg-inkoop.

Figuur 2.3 Inkoopmodel voor de zorginkoop. Een deel van de in dit rapport gepresenteerde concepten in relatie tot dit model is ontwikkeld in nauwe samenwerking met Brian Esselaar van Boer & Croon, in het kader van het gezamenlijke schrijven van een boek over zorginkoop



Bron: Karssen & Esselaar, 2007

- Het model onderscheidt een aantal blokken, met daarbinnen de verschillende – voor de zorginkoop relevante – onderdelen of activiteiten:
- Kaderstelling voor de gehele zorginkoopfunctie, waarin de aansluiting tussen de organisatiedoelstellingen en de zorginkoop wordt uitgewerkt;
 - Strategie per segment, waarin de analyse van de specifieke situatie in een segment plaatsvindt, keuzes worden gemaakt wat betreft de uit te voeren zorginkoopactiviteiten en een uitvoeringsplan wordt opgesteld;
 - In te zetten zorginkoopinstrumenten, waarin de uitvoering (activiteiten) worden beschreven;
 - De organisatorische randvoorwaarden en sturingsinstrumenten, waarmee de zorginkoopfunctie wordt uitgevoerd en bestuurd.

3 Zorginkoop kent een aantal forse verbeterpunten en staat nog in de beginfase van ontwikkeling

Dit hoofdstuk geeft een beschouwing (en beoordeling) van de zorginkoop vanuit een aantal perspectieven:

- Het imago van de zorginkoop;
- Vaktechnisch perspectief: hoe is de 'kwaliteit' van de zorginkoop-functie te beoordelen:
 - Strategische zorginkoop: strategisch alignment en strategie per segment;
 - Gehanteerde zorginkoopinstrumenten;
 - Organisatie en randvoorwaarden:
 - o Positie van de inkoop binnen de gehele organisatie;
 - o Personele capaciteit en kwaliteit;
 - o Managementinformatie (inkoopcontrol, procurement intelligence);
- De plek van de zorginkoop in een algemeen ontwikkelmodel van de inkoop.

3.1 Zorginkoop worstelt met een imagoprobleem

Het imagoprobleem van de zorgverzekeraar en de zorginkoop is een belangrijke belemmering voor een goede werking en ontwikkeling van de zorginkoop. Alle betrokken partijen zijn hier debet aan.

De concurrentie tussen de zorgverzekeraars focust op dit moment vooral op het verkrijgen van zoveel als mogelijk verzekerden, en daarbinnen op de premiestelling en de service (tijdigheid van betaling, wachttijden van call centres, keuzevrijheid van zorgaanbieder, etc.). Met een dergelijke insteek moeten zorgverzekeraars ook niet gek opkijken dat een bredere rol niet of nauwelijks wordt geaccepteerd door de zorgaanbieders en de klanten. Dat dit effect optreedt, ligt dus in grote mate aan de verzekeraars zelf. Zij zullen veel meer de nadruk moeten leggen op de bredere verantwoordelijkheden van de zorginkoop (zie hoofdstuk 2) en vooral ook op de rol in het bewaken van en vergroten van de kwaliteit van de zorg.

De vereenzelviging van de rol van de zorgverzekeraar met de financiële aspecten van de zorginkoop verklaart voor een belangrijk deel het wantrouwen van de zorgaanbieder richting de zorgverzekeraar en daarmee de slechte naam van de zorginkoop. In de ogen van de zorgaanbieder zou de zorgverzekeraar zich niet moeten bemoeien met de inhoud van de zorg en dus betekent dit dat als het over zorginkoop gaat, het uitsluitend over de kosten zal (moeten) gaan. Er doet zich dan een paradox voor:

de zorgverzekeraar zou zich niet met de kwaliteit en inhoud van de zorg moeten bemoeien, maar als ze zich uitsluitend met de kosten zouden bezighouden, dan is dit een bewijs van het feit dat inkoop uitsluitend over geld gaat. Dit is een vicieuze cirkel die moet worden doorbroken. Voor zorgaanbieders moet helder zijn dat de zorgverzekeraar meer is dan een betalingsmachine, dat (door middel van de zorginkoop) de zorgverzekeraar belangrijke regulerende taken heeft en een bijdrage moet leveren aan het realiseren van cruciale maatschappelijke doelstellingen.

En ten slotte de klant. Uitgangspunt van het stelsel is dat de patiënt klant wordt, met een centrale rol van die klant in het inkoopmodel. Deze klant moet een grotere macht krijgen, kunnen kiezen (tussen verzekeraars én tussen zorgaanbieders) en vooral als klant worden beschouwd (patient empowerment). Ook deze klant moet goed nadenken over wat de rol van de verzekeraar zou kunnen zijn om de eigen doelstellingen te realiseren. Het is natuurlijk prachtig om als NPCF macht te claimen in de zorginkoop ('aan tafel zitten met de zorgverzekeraar bij de zorgaanbieder'), maar de vraag is of de klant daarmee wordt gediend. Belangrijk is dat de klant niet kiest voor een pad van marginalisatie van de zorgverzekeraar, maar in plaats daarvan de zorgverzekeraar beschouwt als een zeer belangrijk en nuttig verlengstuk en vertegenwoordiger van de klant.

3.2 Strategische inkoop is onvoldoende belegd

De dynamiek in de markt en de diversiteit aan mogelijke interventies maakt het cruciaal dat relatief frequent doordachte plannen worden gemaakt over de wijze waarop voor de verschillende zorgsegmenten zal worden 'ingekocht'. Een dergelijk plan noemen we een segmentplan of inkoopstrategie per zorgpakket/-sector.

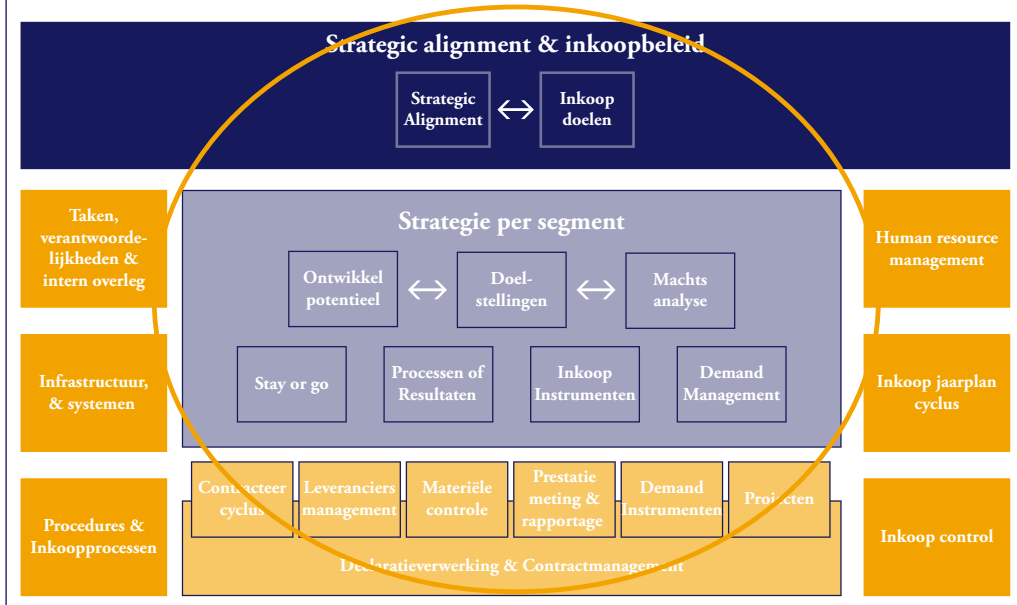
Deze hoogfrequente planvorming is wellicht niet uniek voor de zorg, maar wel essentieel voor de zorginkoop. De segmentplannen moeten de brug slaan tussen de ondernemingsstrategie van de zorgverzekeraar en de uit te voeren zorginkoopactiviteiten (interventies) en waarborgen dat de doelstellingen per segment aansluiten bij de organisatiedoelstellingen. Het aanbrengen van een logisch verband tussen de strategie van de onderneming en de inkoopstrategieën per segment (segmentplannen) is een wezenlijke activiteit in een volwassen zorginkoopfunctie. We spreken dan van strategic alignment.

Strategische inkoop en strategic alignment

Wanneer we spreken over een groter belang van de zorginkoop, dan bedoelen we dat door middel van de zorginkoop een actieve bijdrage wordt geleverd aan de doelstellingen van de betreffende organisatie. De activiteiten van de zorginkoop verschuiven dan van contracten sluiten en het bewaken van de prestaties naar het nadenken over de inkoopstrategie op verstrekkingsniveau, het definiëren van prestatie-indicatoren die aansluiten bij de key performance indicators van de organisatie, het bepalen van een manier van omgaan met leveranciers die aansluit bij de organisatiestrategie, het sturen van de vraag (demand management), et cetera.

Vanuit de terminologie van de tactische en operationele inkoop gezien, is het logisch om de activiteiten die op deze laatste aspecten betrekking hebben als 'strategische inkoop' te definiëren. Strikt genomen kan echter worden gesteld dat strategische inkoop uitsluitend die inkoopactiviteiten betreffen die betrekking hebben op het inkopen van diensten die daadwerkelijk duurzaam concurrentieel voordeel opleveren en die exclusief door de betreffende leverancier aan de inkoopende organisatie worden geleverd (Harink, 2006).

Omdat het vakgebied van strategische inkoop nog volop in ontwikkeling is en met het oog op de benodigde verhoging van de status van de zorginkoop, verstaan we onder strategische inkoop zowel de activiteiten in het kader van strategic alignment als het opstellen van de inkoopstrategie per segment:



Ondanks de positieve ontwikkelingen die zich voordoen (er worden steeds meer en betere segmentplannen opgesteld), is de strategische inkoop nog in grote mate onderontwikkeld. De ervaring leert dat het voor de zorginkoopteams uitermate lastig is om een brug te slaan tussen de (vaak in meer algemene termen geformuleerde) doelstellingen van de organisatie (missie, visie, strategie) die door de Raad van Bestuur (RvB) worden uitgedragen en de zorginkoop voor het eigen segment. Een van de redenen is dat de doelstellingen en het (inkoop) beleid erg veel ruimte bieden voor interpretaties. Ten aanzien van het inkoopbeleid zijn er overigens inmiddels – zonder een uitspraak te

doen over de kwaliteit van de gemaakte keuzes – goede voorbeelden bij zorgverzekeraars.

Het gevolg is dat de aansluiting tussen de segmentplannen (en vooral activiteiten) en de doelstellingen van de organisatie veelal ontbreken.

Een belangrijke verklaring hiervoor is het gat tussen de RvB en de zorginkoopteams. Dat heeft niet zozeer te maken met hiërarchie (zorgverzekeraars zijn relatief platte organisaties met relatief laagdrempelig management), maar de zorginkoopteams missen veelal overzicht, competenties en beschikbare informatie om strategische afwegingen te kunnen maken en de RvB te ‘challengen’ op de gemaakte keuzes. Met name ook het beschikbaar maken en bijeenbrengen van geaggregeerde informatie voor het nemen van strategische beslissingen is een knelpunt. Besluiten vinden dan ook nog teveel plaats op basis van papegaai gedrag, on-volledige informatie en buikgevoel. Creativiteit en innovatie komen hierdoor onder druk te staan.

In dit verband is het interessant om te zien dat er in de zorg nog geen gebruik wordt gemaakt van ketenmodellen, die de effecten van maatregelen op een gehele keten kwantitatief kunnen simuleren (systeemdynamica). Dit soort modellen doen in de justitiële keten opgang, zijn bij uitstek ook toepasbaar in de zorg, maar lijken nog geen voedingsbodem te kennen.

Wat verder nog als een belemmering moet worden genoemd is het verschil tussen de perceptie bij de RvB over hoe de zorginkoop plaatsvindt, en de werkelijkheid van de uitvoering. Planvorming is écht iets anders dan de werkelijkheid. Hogere orde intenties tot samenwerking over de segmenten heen (ten behoeve van bijvoorbeeld ketenzorg of substitutie van tweede lijn naar eerste lijn) komen bijvoorbeeld nog steeds moeizaam tot stand als gevolg van de structuur in separate inkoopteams per segment. Matrixachtige oplossingen in de organisatiestructuur moeten dan soelaas bieden en zijn een mogelijke eerste stap, maar op dit vlak is nog een weg te gaan. In hoofdstuk 5 wordt verder ingegaan op aanbevelingen voor dit probleem.

Ten slotte zijn de zorginkoopteams nog onvoldoende bekend met inkooptechnische methoden om inkoopstrategieën (onderbouwd) op te stellen, waardoor de focus nog steeds ligt op de contracteercyclus, het verdelen van budgetten en relatiebeheer (ofwel de tactische en operationele inkoop).

3.3 Niet alle inkoopinstrumenten worden (zinvol) ingezet

Zorginkoop wordt pas echt effectief als de zorginkoper voldoende interessant is voor de zorgaanbieder. De verschillende inkoopinstrumenten kunnen daartoe een belangrijke bijdrage leveren.

Selectie en preferred providers worden nog beperkt toegepast

Ten aanzien van de contracteercyclus, is het van eminent belang dat – daar waar voldoende keuzemogelijkheid voor de klant is of waar het kwaliteitsniveau van de aanbieder cruciaal is – de zorgaanbieders concurreren om een contract. Dat kan door selectief contracteren (een partij krijgt wel of geen contract) of door gedifferentieerd contracteren (partijen krijgen verschillende contracten, die wat betreft aantrekkelijkheid verschillen).

Op dit moment wordt nauwelijks gebruikgemaakt van selectief contracteren, hetgeen in een situatie van schaarste op zichzelf niet vreemd is. Wel zijn er voorbeelden van preferred providers in de combinatie met keuzeondersteuning van verzekerden en zachte sturing. Met preferred providers onder ziekenhuizen worden hogere volumeafspraken gemaakt. De vraag is of de zachte sturing erg effectief is.

Tabel 3.1 Voorkomen van selectief contracteren en preferred providers

Sector	Selectief contracteren?	Preferred providers?
Ziekenhuizen (1, 2)	Nog nauwelijks, maar in opkomst	Ja
Fysiotherapie	Nauwelijks (90% aanbod geselecteerd)	Ja
Huisartsen	Nee	Ja
Apotheken	Nauwelijks	Nauwelijks
Tandartsen	Nee	Nee
Hulpmiddelen	Ja	Nee

Bronnen: 1: Monitor ziekenhuiscare, 2006 NZa,

2: Visiedocument Richting geven aan keuzes, 2007

Aanbesteden heeft een te negatief imago en kan meer in de zorginkoop worden toegepast

Aanbesteden is een van de instrumenten die een inkopende organisatie tot zijn beschikking heeft om in te kopen, waarbij een of meer contracten in de markt worden gezet en inschrijvers kunnen meedingen om een contract te winnen. Het verschil met een ‘gewone’ offerteprocedure is dat in principe alle gegadigden kunnen inschrijven. Aanbesteden is in de inkoop een zeer geaccepteerde methode voor het selecteren van leveranciers in een markt met voldoende concurrentie, en wordt zowel bij opdrachtgevers als leveranciers gezien als een effectief instrument om objectief, transparant en non-discriminatoire te contracteren.

Aanbesteden staat binnen de zorg (maar ook in enkele andere sectoren) bekend als een instrument dat leidt tot veel commotie in de markt, tot rechtszaken, en dat wordt gezien als zeer arbeidsintensief. Feitelijk klopt dit beeld, maar de belangrijke vraag is wat daarvan de oorzaak is. Aanbesteden dwingt de opdrachtgever tot het zeer goed nadenken over de eigen wensen en behoeften, de te volgen strategie en het proces. Immers, als eenmaal de wensen en eisen, alsmede de beoordelingsmethode zijn vastgelegd in een bestek en Programma van Eisen, dan volgt het gunningsresultaat min of meer automatisch uit de ingediende offertes. Dit sluit aan bij de vereiste transparantie en objectiviteit. Of populair gezegd: als eenmaal de aanbestedingsstukken zijn opgevraagd door gegadigden, dan is er (vrijwel) geen weg terug. In de praktijk zit daar het grote knelpunt: er wordt onvoldoende van tevoren nagedacht, met alle gevolgen van dien. De vraag is dan gerechtvaardigd of er in die gevallen – ook zonder aanbesteden – een zinvol inkooptraject zou zijn doorlopen. Immers, goed nadenken (zie hiervoor bij de strategische inkoop) is in alle gevallen noodzakelijk.

Ten slotte moet worden opgemerkt dat het negatieve beeld vooral wordt gehoord vanuit de organisaties die geen contract gegund krijgen en/of die zich onvoldoende hebben voorbereid op een situatie van selectief contracteren, bijvoorbeeld door een (te) grote afhankelijkheid van één opdrachtgever, waardoor het verliezen van een contract leidt tot een zeer grote omzetsdaling.

De commotie in de Wmo illustreert bovenstaande. Veelal is er nog onvoldoende beleid bij gemeenten om goed te kunnen aanbesteden, en zijn de gevolgen van de gekozen methode van aanbesteden vooraf niet goed verkend. De uitkomsten verrassen dan vaak de opdrachtgever, en meestal negatief. Dat aanbesteden ook anders en beter kan, is beschreven in het boekje ‘Sociaal overwogen aanbesteden’, dat door Significant in opdracht van VWS is opgesteld. Hierin is aangegeven op welke wijze een groot deel van de problemen had kunnen worden voorkomen. Ook blijkt hieruit dat er bij aanbesteden binnen de geldende wet- en regelgeving veel meer kan en mag dan dikwijls wordt verondersteld.

Klantsturing kent vrijwel geen actieve toepassing

Het meest effectieve instrument om als zorgverzekeraar interessant te zijn voor de aanbieder, en ook om kosten te beheersen is het actief toepassen van klantsturing. Klantsturing als instrument richting zorgaanbieders bestaat uit het sturen van de vraag naar de juiste zorgaanbieder.

Zeker is dat de zorgverzekeraar op deze punten nog nauwelijks instrumenten inzet, met uitzondering van zeer zachte sturing (of 'guiding'). Dit terwijl actieve klantsturing (als onderdeel van het bredere demand management) moet worden gezien als de belangrijkste hefboom naar kostenbeheersing en het verkrijgen van sturing op het zorgaanbod. In hoofdstuk 5 wordt hierop nader ingegaan.

Prestatiemeting staat nog aan het begin

Het initieel meten van de prestaties van de zorgaanbieders, het vervolgens structureel monitoren van deze prestaties aan de hand van het afgesloten contract en vervolgens 'afrekenen', gebeurt nog zeer sporadisch en slechts in een enkel zorgsegment.

De nog geringe toepassing van prestatiemeting heeft verschillende redenen:

- afwezigheid van adequate, geaccepteerde meetinstrumenten voor de kwaliteit van de zorg (de opkomst van de CQ-index kan hierin verandering bieden);
- geen 'afrekencultuur';
- afwezigheid van de infrastructuur om prestatiegegevens op te slaan én te leggen naast de contractafspraken (contractmanagement);
- complexiteit van het ingekochte product (omvang, aantallen).

Leveranciersmanagement kent nog onvoldoende professionele onderbouwing en uitwerking

Zorgverzekeraars hebben contracten met zeer grote aantallen zorgaanbieders. In totaal is sprake van enkele tienduizenden contracten, zie onderstaande tabel. In deze tabel is indicatief aangegeven om hoeveel beroepsbeoefenaren het gaat in Nederland (verschillende bronnen).

Opgemerkt moet worden dat niet met alle beroepsbeoefenaren een afzonderlijk contract wordt gesloten. Voor huisartsen is dat (nog wel) zo, maar voor fysiotherapeuten vindt veelal contractering op praktijkniveau plaats (4.500 praktijken fysiotherapie). Ook de overige paramedici zijn veelal in praktijkverband georganiseerd. In het overzicht zijn de leveranciers van hulpmiddelen en van (zittend) vervoer niet opgenomen, evenals de zorgaanbieders in de care-sector (V&V, GGZ, GZ en thuiszorginstellingen). Gegeven dat er nog niet of nauwelijks selectie plaatsvindt, is de conclusie dat op dit moment sprake is van tienduizenden zorgaanbieders en contracten per zorgverzekeraar.

Tabel 3.2 Indicatie van aantal zorgaanbieders in Nederland ten behoeve van de contractering

Zorgaanbieder	Aantal (indicatief, afgerond op honderdtallen)
ziekenhuizen	100
huisartsen	8.500
fysiotherapeuten	13.000
oefentherapeuten	900
ergotherapeuten	2.800
logopedisten	4.000
diëtisten	2.400
mondhygiënisten	2.300
apothekers	1.800
orthopedisten	300
podotherapeuten	400
huidtherapeuten	400
tandartsen	9.000
verloskundigen	2.200
totaal	48.100

Het kan dan niet anders dan dat er verschillen (moeten) zitten in de wijze waarop met deze aanbieders wordt omgegaan. In de praktijk zijn er ook verschillen, maar zeker is ook dat er aan die verschillen veelal geen goede onderbouwing ten grondslag ligt. Op zijn best worden Kraljic-achtige analyses gebruikt, maar die zijn niet voldoende voor professioneel leveranciersmanagement of Supplier Relationship Management (SRM). Professionele modellen en concepten voor SRM worden – voor zover bekend – nog niet of nauwelijks toegepast.

3.4 Disease management en ketenzorg worden opgepakt, maar er zijn belemmeringen voor een optimale inkoop ervan

Zorgverzekeraars zijn actief bezig met het onderwerp ketenzorg en willen samenwerking tussen zorgverleners verbeteren

Zorgverzekeraars zijn vooral vanuit de eerste lijn actief bezig met het onderwerp ketenzorg. Daarbij richten zorgverzekeraars zich in eerste instantie vooral op het stroomlijnen van processen, maar bij steeds meer initiatieven wordt ook gekeken hoe de financiering stimulerend kan werken voor de ketenzorg.

De meeste initiatieven van ketenzorg spelen zich af binnen de eerste lijn en hebben betrekking op chronische ziektebeelden, zoals diabetes, hartfalen, CVA, COPD en multiple problematiek bij ouderen. De initiatieven richten zich op de versterking van de eerste lijn door de verbetering van de samenwerking, vroege diagnostiek en invoeren van geprotocolleerde behandelwijzen en hebben betrekking op samenwerking, informatievoorziening, taakverdeling met als doel de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg bij een specifiek ziektebeeld te verhogen.

Voorbeeld is een diabeteszorggroep waar huisarts en praktijkondersteuner nauw samenwerken met een diëtist, diabetesverpleegkundige, oogarts en internist. Onder regie van de huisarts worden voor elke diabetespatiënt samenwerkingsafspraken gemaakt over de behandeling, zodat de zorg goed op elkaar is afgestemd. Onderdeel daarbij is het gebruik van een gezamenlijk elektronisch patiëntendossier.

Zorgverzekeraars contracteren een zorgketen voor een vaste prijs

Hoewel er op dit moment nog geen helder toepasbare financieringsgrondslag bestaat voor de ketenzorg (bijvoorbeeld in de vorm van een transmurale DBC), is een aantal zorgverzekeraars al actief in het maken van afspraken over het feitelijk contracteren van een zorgketen rondom een ziektebeeld (tegen een vaste prijs). Het gaat vooral om zorg voor chronisch zieken die zich volgens zorgverzekeraars voor een groot deel in de eerste lijn moet afspelen en voor een kleiner deel in de tweede lijn. Hierbij is er sprake van één gecontracteerde partij en wordt er één prijs aan alle ketenactiviteiten gehangen worden. De contractant is meestal de huisarts of een eerstelijnszorggroep.

In een dergelijk concept wordt er bijvoorbeeld een prijsafpraak gemaakt met een zorggroep of huisarts die verantwoordelijk wordt om voor een x aantal patiënten de zorg te verlenen conform de landelijke standaard en richtlijn. Deze contractant is daarmee tevens verantwoordelijk voor het (op basis van de richtlijn en standaard) afspraken maken met andere betrokken hulpverleners en de medisch specialistische zorg uit de tweede lijn.

Belemmeringen en stimulans voor ketenzorg

In de praktijk bestaan er nog steeds belemmeringen om ketenzorg op grote schaal vorm te geven, bijvoorbeeld door discussies over adherentie en zorgdomeinen, het ontbreken van adequate financiering en het ontbreken van een werkbaar elektronisch patiëntendossier. Ook voor de contractant en de zorgverzekeraar betekent het veel geregeld, bijvoorbeeld omdat voorkomen moet worden dat er door de specialist uit het ziekenhuis of ZBC voor die specifieke groep patiënten een DBC gedeclareerd wordt.

Hier liggen risico's van het contracteren van ketenzorg, die ook gelden voor initiatieven van substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn, te weten de potentiële dubbel financiering en de grote moeilijkheid om kosten weg te halen uit de tweede lijn. Dit als gevolg van de complexe financieringsmethodiek, deels nog op basis van budgetten.

De uitwerking van collectieve contracten door patiëntenverenigingen kan een verdere stimulans bieden aan zorgverzekeraars om actief werk te maken van ketenzorg. Daarnaast zijn de Regionale Ondersteuningsstructuren in de eerste lijn een betrekkelijk nieuwe organisatievorm in de zorg van waaruit zorgverzekeraars meer sturing kunnen geven aan de zorg.

Een andere stimulans in het ontwikkelen van ketenzorg wordt gevormd door het experiment Diabetes ketenzorg. In dit experiment zijn tien zorggroepen op 1 januari 2007 gestart met zorgverlening volgens een concept keten-DBC Diabetes. De keten-DBC is een nieuwe financieringsvorm voor de multidisciplinaire aanpak van de ziekte diabetes mellitus. Deze financieringsvorm is een van de middelen om aan de zorgvraag van het sterk stijgende aantal diabetespatiënten te kunnen voldoen. Het RIVM doet onderzoek naar de resultaten van keten-DBC Diabetes. Op basis van deze resultaten besluit het kabinet in 2009 over uitbreiding van keten-DBC's naar andere chronische ziekten zoals COPD en hart en vaatziekten. (bron website ZonMW)

3.5 Preventie heeft niet of nauwelijks een plek in de zorginkoop

Hieronder zijn enkele ontwikkelingen opgenomen ten aanzien van het uitvoeren van preventieve activiteiten. In dit kader wordt onder preventie verstaan het voorkomen van ziekten (niet het voorkomen van verergering van ziekten).

Zorgverzekeraars doen weinig op het terrein van preventie

Zorgverzekeraars houden zich vooral bezig met het verzekeren van medische ingrepen en behandelingen, en niet zozeer met het voorkomen daarvan.

Voor zover zorgverzekeraars zich bezig houden met preventie, richten deze initiatieven zich vooral op lifestyle (gezonde voeding, lichaamsbeweging) en het aanbieden van gezondheidstesten. Bij de gezondheidstesten wordt onderzoek aangeboden naar veel voorkomende medische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten en diabetes.

Preventie door zorgverzekeraars richt zich vooral op individuen

Hoewel er maatschappelijk draagvlak is voor een sterkere rol van zorgverzekeraars bij preventie, lijkt het voor zorgverzekeraars niet duidelijk waarmee zij zich dan bezig moeten houden. Preventieve activiteiten zijn divers, maar richten zich met name op individueel niveau. Collectieve preventie of programmatische preventie komt veel minder voor.

Het huidige zorgstelsel biedt weinig financiële prikkels voor zorgverzekeraars om iets aan preventie te doen

Er is weinig bekend over de kosteneffectiviteit van preventie. De meerwaarde voor zorgverzekeraars om zich actief met preventie bezig te houden, is daardoor in financieel opzicht erg onduidelijk. Dit wordt nog versterkt door het feit dat verzekerden vrij zijn om jaarlijks van zorgverzekeraar te wisselen. In de veronderstelling dat preventie pas op de langere termijn rendeert, is het voor zorgverzekeraars geen motiverende prikkel dat verzekerden waarin men investeringen doet volgend jaar klant kunnen worden bij een concurrent-zorgverzekeraar. Ook in de vereveningssysteem zitten geen prikkels die preventie stimuleren of aantrekkelijk maken.

Preventie past wel in het nieuwe zorgstelsel bij de nieuwe bij professionele zorginkoop/ zorgverzekeraar

Keuzevrijheid van verzekerden en patiënten heeft een leidende rol in het nieuwe zorgstelsel. Een belangrijke rol is in het stelsel weggelegd voor de zorgverzekeraars om de klant te laten zien hoe de zorgverzekeraar zich profileert als belangenbehartiger van zijn klanten, door zichtbaar te maken wat de zorgverzekeraar voor de klant betekent op het terrein van inkoop, kwaliteit, kosten en preventie (zie hoofdstuk 1). En het is de verantwoordelijkheid van de klant om te kiezen voor een verzekeraar die zich actief bezig houdt met gezondheid of een zorgverzekeraar die alleen kosten van een medische ingreep betaald.

Duidelijk is wel dat in het huidige debat over de gezondheidszorg veel wordt gesproken over eigen verantwoordelijkheid van verzekerden, keuzevrijheid, preventie en leefstijl. Daarin bevindt zich ruimte voor zorgverzekeraars die hieraan actief invulling willen geven. Naast het bevorderen van gezondheid van verzekerden kan ook klantenbinding een belangrijk argument kan zijn om preventieve activiteiten in de markt te zetten.

3.6 De positie van de zorginkoop binnen de organisatie is niet in balans met het belang

De zorginkoop maakt de zorgverzekeraars tot een zeer uitzonderlijke bedrijfstak. Er zijn vrijwel geen organisaties die een even groot aandeel van de inkoop in de omzet hebben als zorgverzekeraars. Een voorbeeld van een bedrijfstak waarin vergelijkbare aandelen van inkoop zijn, betreft de handelsorganisaties. In onderstaande tabel zijn wat voorbeelden opgenomen van het aandeel van inkoop in de omzet in enkele typen organisaties.

Tabel 3.3 Inkoopvolumes als aandeel van de omzet

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%

Bij een dergelijk groot aandeel van de inkoop geldt het volgende:

- De (financiële) toegevoegde waarde op het product is zeer gering;
- Besparingen op de inkoop hebben een enorm hefboomeffect op het resultaat.

Voor een organisatie met een zo groot aandeel is de inkoop meer dan een ondersteunend proces, maar een primair proces voor de organisatie.

Bij de meeste zorgverzekeraars ziet men dit terug in de organisatiestructuur. Er is vaak sprake van een drietal 'divisies' die als kolommen naast elkaar bestaan:

- Divisie commercie - marketing en verkoop van polissen;
- Divisie zorg - zorginkoop;
- Divisie betalingsverwerking of klantenservice (soms gesplitst in declaratiebewerking en polisbewerking).

De zorginkoop heeft in die structuur een positie die gelijkwaardig is aan die van bijvoorbeeld de verkoop. Daar waar zorgverzekeraars ook concessiehouder zijn voor de uitvoering van de AWBZ (zorgkantoor zijn), is binnen de organisatie reeds zichtbaar dat cure en care dichter naar elkaar toe worden georganiseerd. Dat is ook niet vreemd: ontwikkelingen als ketenzorg, de overheveling van de kortdurende GGz-zorg naar de Zvw, zorgaanbieders die op beide 'markten' zorg aanbieden, het aanstaande (verwachte) uitkleden van de AWBZ naar een romp-AWBZ en de vergelijkbare vakinhoudelijke (zorginkoop)expertise, maken een nauwere samenwerking en samenhang zeer logisch.

Zorginkoop (en accountmanagement) vindt overwegend plaats op segmentniveau, zoals huisartsen, paramedici, medisch specialistische zorg. Ter coördinatie is er dan vaak een manager Eerstelijnszorg, Tweedelijnszorg en manager Zorgkantoor. Bij grote verzekeraars zijn de segmenten dan nog regelmatig opgedeeld naar regioteams met soms een regiomanager. Dit laatste kan voor het inkopen van ketenzorg (over de segmenten heen) een organisatiestructuur bieden (soort matrixorganisatie). Zeker is echter dat het inkopen van ketenzorg lastiger wordt gemaakt door de segmentgedreven inkoopteams.

Ook zullen meer en meer zorgverzekeraars een 'kanteling' gaan doormaken naar een (meer) doelgroepgerichte organisatie, waarbij er verantwoordelijken komen voor de producten richting deze doelgroepen. In een dergelijke kanteling wordt de zorginkoop al vaak gezien als een ondersteunend proces, maar de vraag is gerechtvaardigd of dat een logische conclusie is. Wat is nu feitelijk het product: de polis of de zorg? Een genuanceerd antwoord is dan op zijn plaats. Voor de gezonde verzekerde is het product vooral de polis; voor de zorgconsumerende klant is het product de zorg (die toevallig vooral wordt uitbesteed aan de zorgaanbieders).

Los van de precieze ophanging moet de voornaamste conclusie zijn dat de zorginkoop een van de belangrijkste processen is binnen een zorgverzekeraar. Het grote (financiële) belang kan eenvoudig worden gezien aan de hand van het volgende rekenvoorbeeld.

Voorbeeld van financiële hefboom van de zorginkoop

1. Veronderstel dat het financieel resultaat van een zorgverzekeraar 3% bedraagt, en dat iedere extra verzekerde tot 3% resultaat leidt ten opzichte van de premie:

- Dit is een positieve veronderstelling, want zorgverzekeraars boeken op dit moment geen positief resultaat
- Het resultaat blijft dan bij iedere extra verzekerde 3% van de omzet of wordt iets hoger, omdat de overheadkosten relatief kleiner worden

2. Veronderstel dat de schadelast (= totale inkoopvolume) 95% van de omzet van 3 miljard euro bedraagt (= 2,85 miljard euro) en dat slechts 10% van het totale inkoopvolume beïnvloedbaar is, en dat daarmee 5% kostenreductie kan worden gerealiseerd:

- Dit is een negatieve veronderstelling, want het beïnvloedbare inkoopvolume is zeker groter
- Professionalisering van de inkoop heeft veelal positieve effecten op de inkoopkosten. Gerealiseerde kostenreducties van 5% op het beïnvloedbare inkoopvolume moeten als zeer klein worden beschouwd

3. Een groei van 10% van het aantal verzekerden betekent 300 miljoen euro extra omzet en daarmee 9 miljoen euro extra resultaat

4. Besparingen op de zorginkoop bedragen in dit voorbeeld $10\% * 5\% * 2,85$ miljard euro = 14,25 miljoen euro

Ondanks deze evidente financiële drijfveren om de zorginkoop zeer serieus te nemen, is onze ervaring dat in de besluitvorming de commerciële afdelingen vaak de doorslag geven. Dat is ook niet vreemd. Marktaandeel (of aantal verzekerden) geeft een aantal belangrijke voordelen voor de bedrijfsvoering:

- Cross selling (als de zorgverzekeraar onderdeel is van een brede verzekerings- en/of bankorganisatie);
- Inkoopmacht.

De recente fusies geven invulling aan beide voordelen; initiatieven van inkoop samenwerking (Vereniging van Regionale Zorgverzekeraars (VRZ), Multizorg) sluiten uitsluitend aan bij het verkrijgen van inkoopmacht. Deze inkoopmacht is zeer sterk regionaal bepaald. Dit geldt overigens ook voor landelijk werkende zorgverzekeraars, zie onderstaande figuur, waarin de globale verdeling van de regionale marktleiders zijn aangegeven.

De opbouw van de figuur is gebaseerd op algemene gegevens (marktaandelen zijn niet openbaar bekend).

Figuur 3.1 Marktleiders per regio



Er zijn enkele gebieden waarin twee (in marktaandeel vergelijkbare) zorgverzekeraars opereren, maar in het algemeen in sprake van één dominante verzekeraar per regio. Dit is ook niet vreemd; deze regionale dominantie vloeit voort uit de oude ziekenfondsen, en wordt nog gehanteerd om te bepalen welke verzekeraar concessiehouder is van het zorgkantoor. Tot voor kort werd deze systematiek ook gebruikt voor het inkopen van ziekenhuizen door middel van zogenoemde regiovertegenwoordiging.

Marktaandeel is dus zeker van groot bedrijfsmatig belang. Toch moet worden opgepast dat de commerciële afdelingen ('verkoop') een te dominante rol spelen in de besluitvorming. Een voorbeeld van de onderschatting van het effect van de zorginkoop is te vinden in de afweging van het aannemen van een collectief contract. De financiële afwegingen vinden bij de zorgverzekeraar met name plaats door het uitvoeren van actuariële analyses van het verzekerdenbestand binnen het collectief. De parameters die daarbij traditioneel worden gebruikt zijn leeftijd en geslacht. Uit dergelijke analyses volgt dan de verwachte schadelast van het collectief; vervolgens wordt de premiestelling daaruit afgeleid om te komen tot een (minimaal) kostendekkend collectief. In deze afwegingen (feitelijk een business case) wordt volledig voorbijgegaan aan het feit dat de werkelijke schadelast niet alleen afhangt van leeftijd en geslacht, maar ook van de inkoopcondities die zijn afgesproken met de zorgaanbieders in de regio waarin het collectief voornamelijk zijn verzekerden heeft.

Ter illustratie: de schadelast van een collectief in Zeeuws-Vlaanderen is voor De Friesland Zorgverzekeraar hoger dan voor CZ/OZ. Het omgekeerde geldt vanzelfsprekend voor een collectief in Tytsjerksteradiel. Gebruik van alleen actuariële kengetallen leidt ertoe dat beide zorgverzekeraars tot dezelfde benodigde premiestelling komen.

Ook vanuit solvabiliteitsoogpunt vraagt een te grote focus op marktaandelen aandacht. De solvabiliteitseisen voor zorgverzekeraars worden makkelijker gehaald met minder (maar wel rendabele) verzekerden, dan met veel verzekerden. Een interessant voorbeeld hiervan is Agis, dat voor de invoering van de Zvw financieel in zwaar weer verkeerde in termen van solvabiliteit, maar na dramatische verliezen van verzekerden in 2006, financieel sterker is geworden dan daarvoor.

De conclusie is dan ook dat zorgverzekeraars veel meer dan nu gewoon integrale afwegingen moeten maken bij business cases, dat wil zeggen dat zowel verkoop- als inkoop-effecten moeten worden meegenomen in beslissingen.

3.7 Personele capaciteit en kwaliteit staan in de zorginkoop onder druk

Zorginkoop is in grote mate mensenwerk, ondanks dat steeds grotere delen van het inkoopproces door geautomatiseerde systemen (kunnen) worden ondersteund (e-procurement). Deze systemen zijn vooral nuttig voor het tactische en operationele inkoopproces, maar voor de strategische inkoop zijn deze systemen minder relevant.

De toegevoegde waarde van de inkoop op de bedrijfsvoering wordt in toenemende mate gezien. Professionele inkopers in het bedrijfsleven en de overheid nemen een steeds belangrijker positie in in de organisatie. Ondanks deze algemeen waarneembare trend, staat de personele capaciteit en kwaliteit van de zorginkoop onder grote druk. Hiervoor zijn verschillende oorzaken, maar de belangrijkste zijn de fusiegolf en de continu merkbare druk op het beheersen van de premiehoogte (en daarmee de druk bij de zorgverzekeraars om de beheerskosten te reduceren).

Deze druk op personele capaciteit én kwaliteit in de zorginkoop is des te opmerkelijker, als wordt gekeken naar het grote belang van de zorginkoop vanuit bedrijfsmatig én maatschappelijk oogpunt, het relatief geringe aandeel van de beheerskosten in de totale omzet, het verschuivende karakter van de zorginkoop van een operationeel gericht proces naar (ook) strategische inkoop en de toenemende dynamiek en professionalisering van het zorgaanbod.

De huidige status en ontwikkelingen binnen de zorginkooporganisaties zijn aanleiding voor het vaststellen van een aantal serieuze gevaren voor de noodzakelijke ontwikkeling van de zorginkoop:

- De juiste motivatie bij de medewerkers is een belangrijke basis voor succesvolle zorginkoop, maar de competenties moeten verder worden ontwikkeld;
- Personele omvang van de zorginkoop past niet bij het belang, de benodigde professionele uitvoering en de daarvoor vereiste inspanning;
- Bestaande kennis en expertise kunnen moeilijk worden vastgehouden.

De juiste motivatie bij de medewerkers is een belangrijke basis voor succesvolle zorginkoop, maar de competenties moeten verder worden ontwikkeld

Over zorginkopers is een hoop te zeggen (zie ook hieronder), maar zeker is dat er bij zorgaanbieders (en wellicht zelfs breder) een verkeerd beeld is van zorgverzekeraars en hun zorginkopers. Waarschijnlijk vanuit het eigen wensbeeld dat zorgverzekeraars zich moeten bezighouden met betalen, hebben deze ook het imago van uitsluitend of vooral gericht te zijn op de financiële kant van de zorg. Over de zorginkopers wordt – in

lijn hiermee – aangegeven dat zij te weinig weten van de inhoudelijke kant van de zorg.

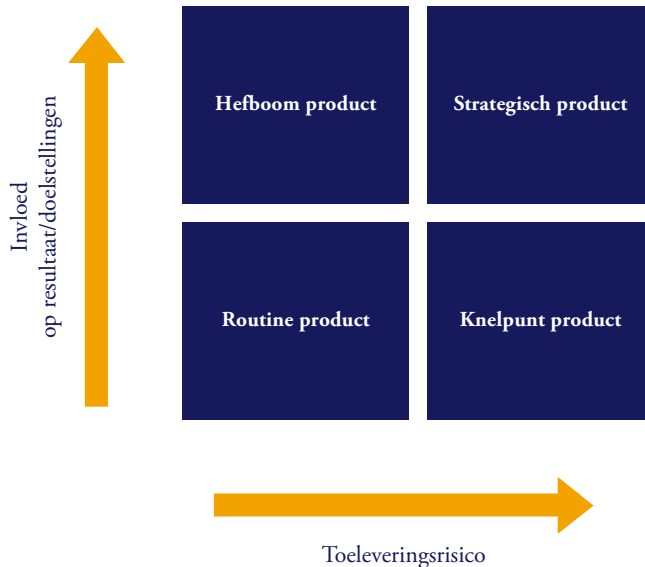
Hier valt een hoop recht te zetten. Van dichtbij ervaren wij al jaren dat bij de zorgverzekeraars zeer gemotiveerde mensen werken, die erop gericht zijn om zo goed mogelijke zorg in te kopen voor hun verzekerden. De kennis van de zorg is ook aanwezig, vanuit de eigen achtergrond en ervaring (verleden bij zorgaanbieders, opleidingen gezondheidsmanagement e.d.). Ook wordt er hard gewerkt, passend bij deze intrinsieke motivatie en bij de toenemende druk op personele capaciteit (zie hieronder). Andere spelers in het veld zou het sieren als hiervoor meer oog zou zijn. Met die gezamenlijke motivatie van zorginkopers en zorgaanbieders om de zorg in Nederland te verbeteren, moet meer mogelijk zijn dan nu wordt gerealiseerd.

De juiste voedingsbodem is dus aanwezig voor een enthousiaste en professionele zorginkoopfunctie bij de zorgverzekeraars. Toch moet de conclusie ook zijn dat niet alle vereiste competenties aanwezig zijn om zorginkoop voldoende professioneel uit te voeren.

De echte inkoopexpertise is (in theoretisch opzicht) in de afgelopen jaren wel verbeterd, maar de toepassing van de theorie blijft toch vaak nog hangen in het ‘verplicht’ toepassen van de Kraljic-matrix e.d., zonder dat goed wordt doorgrond wat daar nu allemaal mee kan worden gedaan. De afstand tussen enerzijds theorie en opleiding en anderzijds de praktijk is te groot. Welke prikkels worden er door het management concreet aangebracht om opleidingsresultaten creatief te gebruiken in het dagelijkse werk?

De Kraljic-matrix biedt een eenvoudige methode om de ‘macht’ van de inkoop (in dit geval de zorgverzekeraar) ten opzichte van de leveranciers (in dit geval de zorgaanbieders) te bepalen en in te delen in typen (zie onderstaande figuur), met als doel de meest geëigende strategie te bepalen voor de wijze waarop met deze leverancier(s) moet worden omgegaan. De Kraljic-matrix kent als tegenhanger het accountportfolio, dat vanuit het perspectief van de leverancier wordt opgesteld.

In de matrix kan per zorgsegment de machtspositie worden vastgesteld, echter het is ook mogelijk om per individuele leverancier of per groep leveranciers de inplotting te doen.



Het oorspronkelijke artikel van Kraljic is gepubliceerd in 1983 in de Harvard Business Review. De Kraljic-matrix is op dit moment nog steeds een van de meest gehanteerde methoden om het inkoopportfolio te analyseren vanwege de eenvoud. Echter, duidelijk is ook dat de methode beperkingen kent, zeker voor de zorginkoop. Dit heeft vooral te maken met de bijzondere positie van de klant als 'machtsfactor', die geen plek heeft in de Kraljic-matrix.

Daarnaast is het eerder uitzondering dan regel dat wordt gekeken naar ontwikkelingen in de inkoop binnen bijvoorbeeld andere sectoren. Juist dat zou ertoe kunnen leiden dat innovatie een plek krijgt. Wanneer we kijken naar de persoonlijke kennis en vaardigheden, dan vallen – op basis van de ervaringen van zowel de NEVI als van Significant bij het begeleiden van zorginkooporganisaties – de volgende verbeterpunten op:

- Proactief en commercieel denken en handelen;
- Strategisch denken;
- Prioriteitstelling eigen werkzaamheden;
- Feitenkennis van de zorgmarkt (eigen segment is vaak onvoldoende bekend).

De laatste punten vragen enige toelichting.

Zoals eerder gesteld, zijn de zorginkoopteams oprecht zeer druk. Veel aandacht wordt besteed aan het bezoeken van zorgaanbieders, overleg, ad hoc-vragen van management of buitenwereld, etc. Belangrijke vraag is of de juiste dingen worden gedaan. De indruk bestaat dat op dit punt

nog een flinke winst is te behalen. Waarom moeten (alle) zorgaanbieders met een hoge frequentie worden bezocht (zeker binnen de care-sector zeer gewoon)? Dragen de eigen werkzaamheden echt bij aan de gestelde doelstellingen? Worden de meest effectieve inkoopinstrumenten ingezet? De aantrekkelijkheid van een instrument of maatregel wordt bepaald door de vraag wat het effect per zorgaanbieder is en het aantal zorgaanbieders dat wordt bereikt met de maatregel, afgezet tegen de te plegen inspanning en de 'time to market'. Deze afwegingen worden te weinig bewust gemaakt.

De feitenkennis van het eigen zorgsegment is het meest pregnante verbeterpunt. De zorginkopers kennen de markt vaak wel in kwalitatieve zin, maar echte feitenkennis is zeer verspreid of niet aanwezig binnen de organisatie. En dit terwijl de systemen van de zorgverzekeraar een bron van informatie zijn die ongekende mogelijkheden bieden voor analyse.

Ten slotte nog het volgende. Bovenstaande betreft het algemene beeld, gebaseerd op ervaringen van enkele jaren bij de begeleiding van zorginkoopteams bij verschillende zorgverzekeraars. Het is daarmee dus een 'gemiddeld' beeld: hierop zijn vanzelfsprekend positieve en negatieve uitzonderingen!

Personele omvang lijkt niet aan te sluiten bij de complexiteit van de in te kopen zorg

Met de introductie van de zorgverzekeringswet wordt de regierol van de verzekeraar belangrijker, onder andere in de zorginkoop. Zoals al eerder aangegeven, lijkt het daarmee logisch dat de omvang van de zorginkooporganisatie eerder groter wordt dan kleiner. Met andere woorden, investering in het aantal medewerkers en het niveau van de medewerkers in de zorginkoop is meer voor de hand liggend dan een desinvestering.

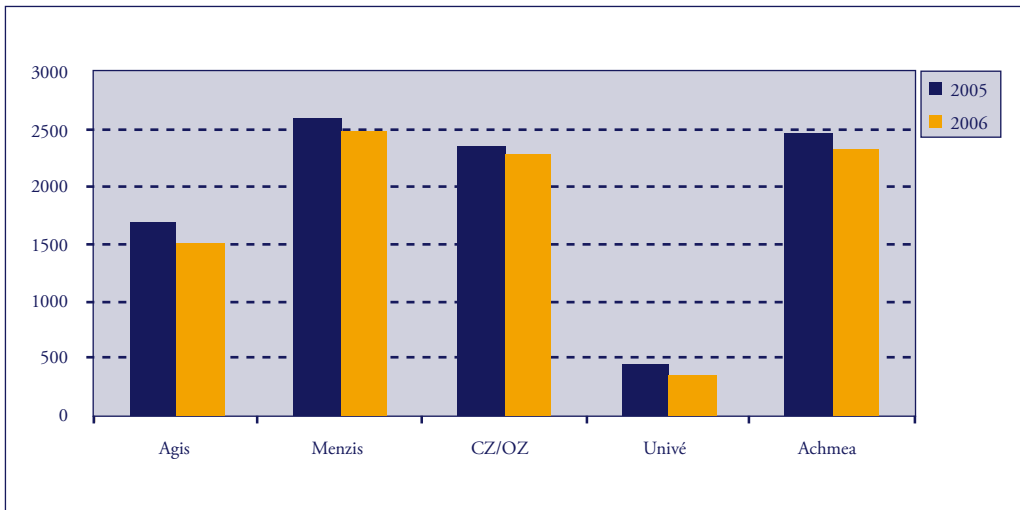
Openbare cijfers over de omvang van zorginkoopafdelingen zijn er niet. Vanuit de ondersteuning van verschillende zorgverzekeraars in de afgelopen jaren, zijn er bij de onderzoekers wel cijfers over deze omvang bekend, maar die kunnen – vanuit de vertrouwelijkheid van de gegevens – niet in dit rapport worden vermeld. Het precieze aantal zorginkopers is dan ook niet bekend, maar ook bij de grote zorgverzekeraars komt het aantal medewerkers op de zorginkoop niet boven de 100 personen uit. Het is dan ook zeker dat het aantal zorginkopers in Nederland niet boven de 800 personen uitkomt (en waarschijnlijk eerder rond de 500 personen ligt).

Een andere conclusie die uit die vertrouwelijke cijfers kan worden getrokken is echter zeer duidelijk: zorginkoopafdelingen groeien niet, en nemen nu door de fusies en druk op de beheerskosten eerder af.

Enige onderbouwing op basis van openbare cijfers is te vinden in jaarverslagen, op websites, e.d. ten aanzien van het totaal aantal fte's werkzaam bij zorgverzekeraars. Er zijn echter weinig gegevens van de ontwikkeling in het aantal fte's over meerdere jaren, onder andere als gevolg van de fusies en het feit dat schadeverzekeraars de bedrijfsgegevens niet altijd uitsplitsen naar zorg en overige producten.

In onderstaande figuur is een overzicht gegeven van het aantal fte's voor enkele grote verzekeraars waarvoor gegevens over 2005 én 2006 beschikbaar waren. Opvallend is dat alle verzekeraars een daling vertonen in het aantal fte's. De primaire reactie van de verzekeraars op de introductie van de Zvw lijkt dus te zijn een bezuiniging op de beheerskosten door personele reductie. Deze personele reductie is niet te verklaren vanuit het aantal verzekerden. Bij de aangegeven verzekeraars zijn zowel 'winnaars' als 'verliezers' na introductie van de zorgverzekeringswet op 1 januari 2006.

Figuur 3.2 Aantal fte's in 2005 en 2006 voor enkele grote zorgverzekeraars



Een vergelijking met andere sectoren laat een zorgwekkend beeld zien. De omvang van inkoopafdelingen is in sterke mate afhankelijk van factoren als:

- Het aantal leveranciers (aanbieders);
- De complexiteit van het in te kopen product;
- De dynamiek in de markt;
- Belang van de inkoop voor de organisatie;
- De mate van professionaliteit en diepgang van de inkooporganisatie.

Met deze kanttekeningen, die een flinke spreiding in de omvang van inkoopafdelingen verklaren, worden kengetallen gehanteerd van een inkoopvolume van tussen € 8 miljoen en € 20 miljoen per in koper.

Vanzelfsprekend geldt dat als de complexiteit groot is op grond van de aangegeven factoren, het volume per inkoper eerder in de buurt van de ondergrens ligt van het volume per inkoper.

Het totale inkoopvolume in de zorg in Nederland bedraagt circa € 50 miljard (Zvw + AWBZ). Met dit volume, zou het aantal zorginkopers in Nederland ergens tussen de 2.500 en 6.250 fte 'moeten' liggen. De conclusie is dan ook dat het aantal medewerkers op de zorginkoopafdelingen zeer laag is in verhouding tot wat in de reguliere inkoop gebruikelijk is. Hierbij moeten de volgende nuanceringen worden aangebracht. In de huidige marktsituatie is het totale volume zeker nog niet volledig beïnvloedbaar door de zorginkoper, omdat volume en prijs in veel segmenten nog nauwelijks beïnvloedbaar zijn. Anderzijds scoort de zorg op alle aangegeven factoren die de complexiteit van de inkoop bepalen, hoog.

Echter wetende dat de beïnvloedbaarheid van de zorg door de inkoop in de komende jaren zal toenemen, de professionaliteit van de zorginkoopafdelingen moet toenemen en de complexiteit van de zorg en de markt ook zal toenemen, is het aantal medewerkers op de zorginkoopafdeling uiterst zorgwekkend voor de ontwikkeling van de zorginkoop in Nederland in de komende jaren.

Een ander aandachtspunt betreft de schijnbare disbalans in de samenstelling van de zorginkoopteams (segmentteams). Een zekere kritische massa per segment is logisch, zodat iets grotere inkoopteams voor 'kleine' segmenten te verklaren zijn. Echter, de omvang van de inkoopteams is schever dan zou mogen worden verwacht. Met name de omvang van de teams die zich met de inkoop van ziekenhuiszorg bezighouden, is relatief gezien klein ten opzichte van bijvoorbeeld paramedische zorg (met wel veel aanbieders, maar veel standaardisatie).

Ter indicatie: de omvang van de inkoopteams ziekenhuiszorg zijn circa 4 x zo groot als die van paramedische zorg, terwijl de financiële omvang van ziekenhuiszorg (circa 18 miljard euro) circa 15 - 20 maal zo groot is als die van paramedische zorg (circa 1 miljard euro) en de inhoudelijke complexiteit van het in te kopen product daarnaast ook nog veel groter is. Wel moet worden opgemerkt dat in het algemeen het ervaringsniveau van de inkopers van tweedelijnszorg hoger is dan van de andere zorgsegmenten.

Bestaande kennis en expertise kunnen moeilijk worden vastgehouden

Vanaf circa 2003 is er door de zorgverzekeraars flinke aandacht besteed aan het opleiden van zorginkopers; vrijwel alle zorgverzekeraars hebben in de afgelopen jaren een of meer opleidings- of ontwikkelprogramma's in de zorginkoop gevolgd. Dit heeft ontegenzeggelijk tot een bewustwording en kennisontwikkeling gezorgd bij de zorgverzekeraars ten aanzien van de (zorg)inkoop als vakgebied.

Deze forse investering dreigt echter ten dele teniet te worden gedaan door een relatief hoog verloop onder zorginkopers. Hierover zijn geen openbare cijfers beschikbaar, maar onze ervaring bij verschillende zorgverzekeraars in de begeleiding van hun inkoopteams laat zien dat van de groep inkopers die in de jaren 2003-2004 hebben deelgenomen aan opleidings- en ontwikkelprogramma's er relatief grote groepen niet meer werkzaam zijn bij de betreffende zorgverzekeraar.

Onduidelijk is wat de precieze achtergronden zijn van dit verloop. Mogelijke oorzaken zijn

- Vertrek van zorginkopers die – wat betreft interesse en vaardigheden – zich onvoldoende thuis voelden in de ‘moderne zorginkoop’, zeker na invoering van de Zorgverzekeringswet;
- Fusies, die leiden tot de conclusie dat er ‘overlap’ ontstaat in functies en dus personele reductie, alsmede tot vrijwillig vertrek als gevolg van ontstane onrust of onvrede over de situatie;
- De aantrekkende economie maakt vertrek van personeel makkelijker;
- Groeiend ondernemerschap bij zorgaanbieders en de dynamiek in de zorgmarkt maken zorgaanbieders aantrekkelijker als werkgever dan voorheen.

De opgedane kennis en expertise worden hierdoor niet maximaal vastgehouden: de ingezette competentieontwikkeling wordt hiermee teruggeworpen.

3.8 Procurement intelligence in de zorginkoop is onderontwikkeld

Onder ‘procurement intelligence’ verstaan we in dit verband het gebruik van data en informatie ter ondersteuning van de uitvoering van de zorginkoop. Er zijn verschillende processen binnen de zorginkoop waarvoor procurement intelligence van groot belang is:

- Strategische inkoop, zoals marktinformatie, schadelastinformatie, prestatiegegevens op geaggregeerd niveau;
- Inkoopcontrol/schadelastbeheersing: kwantitatieve en kwalitatieve gegevens van de realisatie ten behoeve van bijsturing op aanbiedersniveau (leveranciersmanagement) of overall of segmentniveau.

Onderscheid is te maken in schadelastinformatie (kosten), informatie over de marktsituatie en informatie over de kwaliteit van de zorg.

Ondanks de grote hoeveelheid informatie is het gebruik van kosteninformatie nog (te) beperkt

Met de verzekerdendbestanden en declaratiebestanden hebben zorgverzekeraars een schat van gegevens. De focus is in de inkoopcontrol op financiële parameters (totale kosten, ontwikkelingen daarin) ten behoeve van verantwoording, bijsturing en schadelastbeheersing.

De meeste verzekeraars hebben hooguit een of twee medewerkers (statistici, data-analisten, R&D-medewerkers) die dergelijke analyses voor de zorginkopers kunnen maken. Veel hangt ook af van de mate waarin deze medewerkers geïntegreerd zijn in het zorginkoopteam.

De meeste zorginkopers worden bijgestaan door financieel-economische medewerkers. Zij maken overzichten van de feitelijke kosten van de verstrekking. De kostenoverzichten worden als volgt gebruikt voor de premiestelling, de begroting en de jaarrekening. Voor de premiestelling en begroting wordt een raming gemaakt van de kosten voor het komende jaar op basis van de tot dan toe gedeclareerde kosten. Het betreft hier managementinformatie ten behoeve van het concern (afdeling Finance). Daarnaast worden de kostenoverzichten gebruikt voor de kostenbeheersing gedurende het jaar (op segmentniveau en aanbiedersniveau).

De schadelastbeheersing en -prognoses zijn om verschillende redenen voor verbetering vatbaar:

- (Midden)langetermijnzorgprognoses, analyses van zorggebruik over verstrekkingen heen en analyses van zorggebruik van specifieke doelgroepen vinden niet of nauwelijks plaats;
- De kosten worden niet voldoende gedetailleerd geanalyseerd. Het is dan zeer lastig om de oorzaak van kostenafwijkingen te onderscheiden:
 - Er wordt niet voor alle segmenten een opsplitsing gemaakt in ontwikkelingen in het volume en ontwikkelingen in de prijs;
 - Niet voor alle segmenten vindt opsplitsing plaats naar aanbieder;
- Onvoldoende bekendheid met en gebruik van methoden om prognoses te maken die rekening houden met seizoensfluctuaties;
- De doorlooptijd tussen levering van de zorg en declaraties betekent dat men onvolledige informatie heeft over de feitelijke kosten en “achter de feiten aan loopt”;
- De vele veranderingen in financiering en bekostiging maakt het moeilijk om ontwikkelingen over meerdere jaren te volgen;
- Door de fusies en inkoop samenwerkingen wordt al wel gezamenlijk ingekocht, terwijl de kostengegevens (nog) in aparte declaratiebestanden staan.

Het gebruik van dit soort cijfers voor de strategische inkoop is nog zeer beperkt.

Marktinformatie is niet gestructureerd beschikbaar

Ten behoeve van het bepalen van de strategie per segment, is het van cruciaal belang dat informatie beschikbaar is over het zorgaanbod en de zorgvraag, zowel op korte als op de lange(re) termijn.

Voor het zorgaanbod gaat het dan om aantallen aanbieders, organisatievormen, marktaandeel, producten- en dienstenfocus, kostenopbouw, e.d. Dit type informatie is in de praktijk maar zeer beperkt beschikbaar en waar het beschikbaar is, is dit niet volledig en weinig gestructureerd.

De mogelijkheden van de zorginkoop nemen toe als de inkoper zicht heeft op de knelpunten, mogelijkheden en speerpunten van de bedrijfsvoering van de zorgaanbieders. Enerzijds levert dit begrip op over de (vaak complexe) positie van de zorgaanbieder, maar ook geeft het aanknopingspunten voor de contractafspraken (en onderhandeling) over de prijzen en budgetten. De zorginkoper zou derhalve zicht moeten hebben of ontwikkelen ten aanzien van de kostenopbouw van de zorgaanbieder en de financiële stromen binnen een zorgaanbieder. Vooral bij de inkoop van ziekenhuiszorg kan dergelijke kennis leiden tot een betere machtspositie richting de aanbieders.

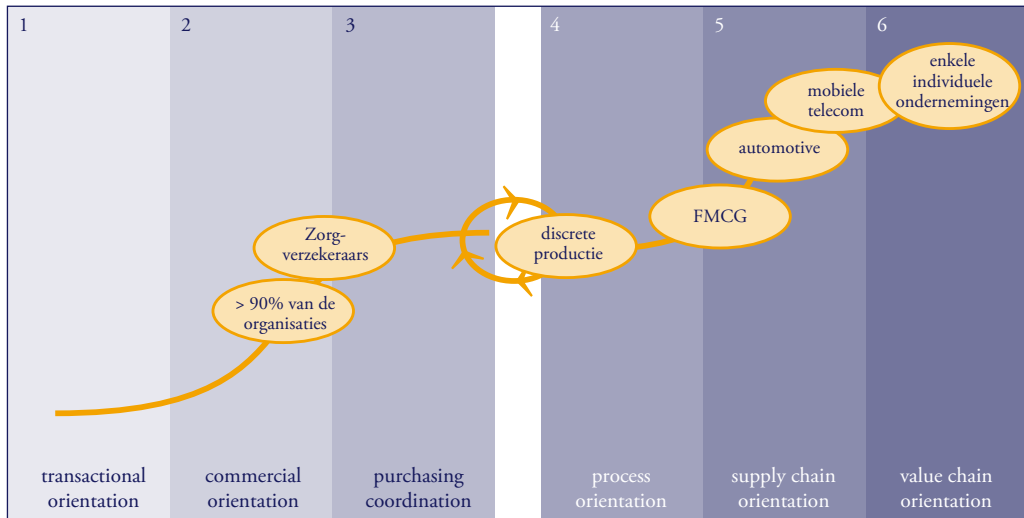
De zorgvraag wordt bepaald door de (actuele) zorgconsumptie en zorgbehoeften, alsmede door lange(re)termijnontwikkelingen, zoals de demografie en (technologische) innovatie. Ook op dit vlak is er binnen de organisatie vaak wel enige informatie beschikbaar, maar de beschikbaarheid binnen de zorginkoopteams die voor een bepaald segment de zorg moeten inkopen, is veelal onvoldoende.

3.9 De zorginkoop bevindt zich in de eerste fasen van een algemeen ontwikkelmodel voor de inkoop

Binnen het vakgebied van de inkoop zijn er verschillende ontwikkelmodellen voor de inkoopfunctie, die – ondanks dat ze op punten verschillen – ook onderlinge overeenkomsten vertonen. Een model dat kan worden beschouwd als een goede synergie van de andere modellen, is het model dat door de TU Eindhoven is ontwikkeld. Aan de hand van dat model wordt de ontwikkeling van de zorginkoop hieronder beschreven.

Het ontwikkelmodel van de TU Eindhoven kent een zestal fasen, met verschillende oriëntatie, zie onderstaande figuur.

Figuur 3.3 Ontwikkelmodel voor de inkoop



Bron: TU Eindhoven

De ontwikkeling van een inkoopfunctie verloopt ‘van links naar rechts’.

Voor ieder van deze fasen zijn er dimensies waarop een organisatie kan worden geplot. Deze dimensies hebben betrekking op de strategische inkoop, de nadruk in de werkzaamheden, procedures en proces, leveranciersmanagement en prestatie meting, de cultuur, de structuur en personele aspecten.

In onderstaande tabellen is de fase-indeling beschreven. Als een vak in de tabel leeg is, dan is de beschrijving in de voorafgaande fase van toepassing (aangegeven met een pijl).

In de tabel is met grijze blokken aangegeven waar naar onze inschatting de zorgverzekeraars zich ‘gemiddeld’ bevinden, mede gebaseerd op de bevindingen eerder in dit hoofdstuk. De conclusie is dat de ontwikkeling van de zorginkoop bij zorgverzekeraars zich gemiddeld tussen fase 2 en 3 bevindt.


Opgemerkt moet worden dat er verschillen zijn in de fase van ontwikkeling tussen de zorgverzekeraars onderling. Ondanks die verschillen kan deze inplotting worden beschouwd als indicatief voor alle zorgverzekeraars.

Kijkend naar het ontwikkelpad naar de fasen 4 en verder, dan kan het volgende worden opgemerkt:

- Tussen fase 3 en fase 4 is er een grote omslag noodzakelijk: vanaf fase 4 wordt er structureel anders gewerkt;
- De doelstelling van de zorginkoop is steeds meer gericht op toegevoegde waarde voor de klant, wat aansluit bij een groep van daadwerkelijk vraaggestuurde zorginkoop;
- Deze verandering heeft betrekking op een verdere integratie van de zorginkoop in het primaire proces en samenwerking met de verkoop;
- In de eerste drie fasen is sprake van 'tegen de stroom in werken'. Anders gezegd: de organisatie is niet echt overtuigd van de toegevoegde waarde van zorginkoop. Ten aanzien van de achtergronden hiervan wordt verwezen naar de voorgaande hoofdstukken. In de laatste drie fasen heeft de zorginkoop deze drempel overwonnen en heeft men de stroom mee;
- In de fasen 5 en 6 heeft de zorginkoop een echt strategisch karakter; in de fasen 3 en 4 is de zorginkoop meer tactisch van aard;
- In het ontwikkelmodel wordt de samenwerking met leveranciers (ontwikkelpartners) van groot belang;
- In de laatste fasen is de inkoop gericht op het leveren van toegevoegde waarde in de gehele keten ('ketenmanagement'). We praten dan over ketenregie. Om ketenzorg goed te kunnen inkopen, moet de organisatie dan ook deze ontwikkeling gaan doormaken. Het maken van Total Cost of Ownership berekeningen wordt toegedicht aan deze fasen.

De ontwikkeling van sectoren door deze fasen is een proces van vele jaren. Dit betekent dat verwacht mag worden dat ook de zorginkoop nog een ontwikkelpad van vele jaren te gaan heeft.


Tabel 3.4 De ontwikkelfasen van de inkoop (deel 1)

Aspect	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5	Fase 6
Toegevoegde waarde of doelstelling van inkoop	Het realiseren van de beschikbaarheid van goederen ten behoeve van het proces	Het realiseren van de laagste prijs en/of de hoogste kortingen	Naast prijs en kosten wordt de inkoopfunctie gezien als een belangrijke beïnvloeder van het kwaliteitsniveau	Inkoop wordt gezien als een te definiëren proces dat dwars door de gehele onderneming heen loopt	De inkoopfunctie focust zich extern op de effecten van de toeleveringsketen op alle resources van de organisatie	<p>Hiervoor worden oplossingen gezocht in de afstemming tussen mogelijkheden op toeleveringsmarkten en afzetmarkten</p> <p>De toegevoegde waarde voor de uiteindelijke klant wordt geïnterpreteerd vanuit een totale waarde keten visie en op basis van daarvan worden behoeften en mogelijkheden van de verschillende organisaties gedetecteerd en op elkaar afgestemd in een zogenaamde 'virtual enterprice'</p> <p>Daar het zowel een voorwaartse als achterwaartse keten benadering betreft wordt er gesproken over beheersing van de totale waarde keten</p>
Strategische inkoop	Intuïtief	Extra focus op prijs	Rudimentaire strategische beleidsvorming, gericht op interne coördinatie van de ingekochte goederen en diensten	Naast prijs, kosten en kwaliteit staat flexibiliteit centraal in de inkoopstrategie	Deze fase kenmerkt zich door een uitgesproken uitbestedingsstrategie met daarin extra aandacht voor innovativiteit, naast kosten, kwaliteit en flexibiliteit	<p>De 'inkoop' strategie in deze fase is gebaseerd op het realiseren van toegevoegde waarde voor de uiteindelijke klant</p> <p>De 'inkoop' strategie maakt deel uit van (of nog sterker is) de business strategie</p>
Nadruk van de werkzaamheden	<p>Sterk gericht op uitvoerend administratief werk</p> <p>Inkopen staat gelijk aan bestellen</p>	Contracteren wordt één van de hoofdtaken	Er is veel discussie over de rol en positie van de inkoopfunctie	In deze fase wordt het functionele denken binnen de inkoopfunctie vervangen door een procesoriëntatie	Kenmerkend voor de structuur van de inkoopfunctie is dat de verantwoordelijkheid voor de initiële inkoop wordt gelegd bij multifunctionele teams die over de verschillende divisies en organisaties heen gaan en die functioneel worden aangestuurd	

Aspect	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5	Fase 6
Inkoop-proces en procedures	worden aangestuurd inkoop-procedures en er is geen overzicht in wat er wordt ingekocht in de gehele onderneming	Enkele inkoop'tools' zoals voorkeur-leveranciers-lijsten, worden gehanteerd	Het formaliseren van het inkoopproces in procedures en richtlijnen is in volle gang. Het pakket aan tools wordt steeds breder waarbij de nadruk ligt op het gebruik van de inkoop-portfolio bij het managen van de leveranciers	De gehele onderneming wordt zoveel als mogelijk betrokken in het inkoop-proces Verbeteracties richten zich op de integratie van het inkoopproces in de overige divisies, nogal sterk intern en proces gericht	De coördinatie is in deze fase, in tegenstelling tot de vorige fase, juist sterk extern gericht De coördinatie is in deze fase, in tegenstelling tot de vorige fase, juist sterk extern gericht	→

Tabel 3.5: De ontwikkelingsfasen van de inkoop (deel 2)

Aspect	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5	Fase 6
Leveranciers-management	Intuïtief	Extra focus op prijs	Leveranciersmanagement staat centraal en wordt gekenmerkt door het zoeken van synergievoordelen middels het bundelen van inkoopkracht	Bij het leveranciersmanagement gaat er extra aandacht uit naar enkele toeleverende partner leveranciers	Het leveranciersmanagement is ketenmanagement geworden Veel aandacht wordt besteed aan het daadwerkelijk betrekken van ontwikkelpartners in plaats van het betrekken van toeleveringspartners zoals in de vorige fase	→
Prestatiemeting	niet	Eenvoudige prestatiemetingen betreffen prijs en leverprestatie en de meting van de gerealiseerde besparingen	→	Er vinden metingen van de inkoopprestatie plaats in de vorm van interne klanttevredenheid en benchmarks	→	→

Aspect	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5	Fase 6
Structuur van de inkoopfunctie	Subafdeling onder facilitair beheer of financiën	Functionele specialisatie	Gecentraliseerde inkoopafdeling	De structuur van de inkoopfunctie is 'center led'; de operationele inkoop verdwijnt in de lijn en wordt daar ook aangestuurd	De integratie met andere disciplines, divisies en vooral leveranciers is in volle gang om het ketenmanagement integraal aan te kunnen pakken	Geïntegreerd in de hele onderneming worden verkoop- en inkoopfunctie gebundeld tot een virtuele afdeling, waarvan het functioneren is gebaseerd op een gezamenlijke en gedeelde visie die gedragen wordt door alle organisatieleden
		Vormen van een eigen afdeling		De initiële inkoopactiviteiten vinden centraal plaats, in de meeste gevallen in crossfunctionele teams	'Het initiële inkopen' gebeurt niet meer op een aparte afdeling, maar is verspreid in de gehele organisatie	
Personeel	De inkoopstaf bestaat uit operationele, administratieve inkopers (bestellers) met weinig tot geen specifieke scholing, die sterk taakgeoriënteerd zijn	De inkoopstaf bestaat uit operationele en initiële inkopers met relevante ervaring	De inkoopstaf wordt/is vakspecifiek opgeleid	De inkoopstaf bestaat uit inkopers met een 'brede' oriëntatie en een algemene opleiding op hbo-niveau. Het gevolg hiervan is dat de diversiteit in inkoopfuncties sterk gereduceerd wordt	De managementstijl van de inkoopfunctie is adviserend en toezichhoudend van aard	Extra vaardigheden betreffen het maken van waardeanalyses voor een hele keten
		De vereiste vaardigheden betreffen voornamelijk zaken als onderhandelen en prijsanalyses	Trainingen richten zich op analytische vaardigheden, kwaliteitsdenken en communicatie	Vaardigheden betreffen teambuilding, conflictantering, vergroting van het inzicht in het specificatietraject en de visie op het ondernemingsbelang op langere termijn	Belangrijke vaardigheden betreffen inzicht en hanteren van Total Cost of Ownership-principes, daarnaast is het strategische ketendenken en leiderschap van belang	Daarnaast moet men kennis hebben van verkoopmarkten en in staat zijn de problemen die zich op die markt voordoen op een slimme manier op te lossen
Cultuur	Typerend voor de cultuur van de inkoopfunctie is de reactieve managementstijl; er wordt gestuurd op basis van klachten	De cultuur van de inkoopfunctie wordt getypeerd door een management dat zich bezighoudt met het maken van jaarplannen die gefocust zijn op besparingen	De cultuur van de inkoopfunctie wordt gekenmerkt door een grote aandacht voor communicatie en de intentie tot (interne) samenwerking	De cultuur wordt gekarakteriseerd door het teammanagement	De cultuur van de inkoopfunctie wordt bepaald door de aandacht voor participatie en democratisering	De cultuur wordt gekenmerkt door intern ondernemerschap
Systemen en infrastructuur	De systemen waarvan gebruik wordt gemaakt zijn veelal zelf ontwikkeld en logistiek gericht	Er wordt gebruikgemaakt van gescheiden systemen die zijn uitgebreid met prijsinformatie	Inmiddels wordt er gebruik gemaakt van geautomatiseerde, maar nog steeds gescheiden systemen	De geautomatiseerde systemen zijn inmiddels geïntegreerd met andere disciplines en divisies, maar nog niet met die van de leverancier	De systemen en de databanken zijn nu ook geïntegreerd met partnerleveranciers.	

4 Het stelsel sluit nog te weinig aan op een inkoopmodel

Het stelsel waarbinnen het zorginkoopmodel functioneert, is complex en sluit te weinig aan op een inkoopmodel. Het gebrek aan transparantie, het systeem van product- en prijsstelling, de verevening en de grote invloed vanuit de omgeving zijn hiervoor belangrijke oorzaken.

4.1 Transparantie is te beperkt voor goede zorginkoop

Transparantie is voor zorgverzekeraars en verzekerden cruciaal voor effectieve marktwerking. Goede zorginkoop is onmogelijk zonder transparantie. Om kwalitatief hoogwaardige zorg te kunnen inkopen, moeten verzekeraars objectieve informatie hebben over de kwaliteit van het aanbod. En effectieve sturing vereist dat ook verzekerden en huisartsen (de poortwachters) over die informatie beschikken. Op dit moment is er te weinig informatie beschikbaar en is de transparantie te beperkt voor goede zorginkoop.

Er is te weinig informatie over de medisch-inhoudelijke kwaliteit

Zorgverzekeraars hebben betrouwbare en objectieve informatie nodig over de kwaliteit van zorg om kwalitatief hoogwaardige zorg te kunnen inkopen. Deze informatie is beperkt beschikbaar. Er zijn weliswaar de algemene IGZ-prestatie-indicatoren voor de medisch-specialistische zorg, maar daar wordt slechts inzicht gegeven in een beperkt aantal kengetallen.

Zorgverzekeraars hebben voor een deel van de medisch-specialistische zorg zelf kwaliteits-indicatoren vastgesteld die zij kunnen vragen aan zorgaanbieders en die zij kunnen opnemen in de contracten. Tevens stellen zorgverzekeraars, gezamenlijk met wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties, inkoopgidsen samen. Zorginkopers kunnen deze inkoopgidsen gebruiken bij de inkoop van DBC's. In de gids worden overzichten gegeven van kwaliteitskenmerken per DBC. Deze initiatieven van zorgverzekeraars hebben als doel het faciliteren van partijen om te komen tot afspraken over kwaliteit. De mate waarin zorgverzekeraars ook daadwerkelijk inzicht krijgen in de medisch-inhoudelijke kwaliteit en hierover afspraken kunnen maken, hangt op dit moment sterk af van de houding van de zorgaanbieder.

Over de zorg uit de overige zorgsegmenten is informatie over de medisch-inhoudelijke kwaliteit nagenoeg niet aanwezig.

Er wordt een start gemaakt met het transparant maken van patiëntervaringen

Mede door initiatieven van individuele zorgverzekeraars wordt er door gezamenlijke zorgverzekeraars onderzoek gedaan naar ervaringen van de patiënt in de gezondheidszorg. Bij de ontwikkeling en de uitvoering van deze onderzoeken wordt nauw samengewerkt met patiëntenverenigingen, zorgaanbieders en het Centrum Klantervaringen Zorg (CKZ).

Door het mede ontwikkelen, uitvoeren en financieren van onderzoeken naar patiëntervaringen willen zorgverzekeraars een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg die is afgestemd op de ervaring en wens van verzekerden. De informatie moet aanknopingspunten bieden in de gesprekken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over kwaliteit. Ook willen zorgverzekeraars deze informatie gebruiken als keuzeinformatie voor patiënten en verzekerden.

Ook hier geldt echter dat er nog slechts voor een klein aantal aandoeeningen en sectoren klantervaringsinformatie beschikbaar is.

Er is informatie over wachttijden voor medisch-specialistische zorg

Voor bepaalde medisch-specialistische zorg en het overgrote deel aan DBC's kan er per zorgaanbieder een goed beeld gekregen worden van de wachttijden. De mate van beschikbaarheid hangt af van de individuele zorgaanbieder. Voor de overige zorgsegmenten is deze informatie niet beschikbaar of niet van toepassing.

Er is geen informatie over kosten

Informatie over de kosten van zorg ontbreekt, waardoor het beoordelen van een adequate prijsstelling van zorgproducten moeilijk is. Zorgverzekeraars hebben geen informatie over de werkelijke kosten die een zorgaanbieder maakt. Op zichzelf (in perfecte markten) is transparantie over kosten van aanbieders geen voorwaarde voor succesvolle zorginkoop. Echter, de zorg is een markt waarin prijsstelling lange tijd op kunstmatige wijze is gereguleerd. Bij zorgverzekeraars ontbreekt het inzicht in de relatie tussen het geleverde product, de kosten en de prijs. Daarnaast biedt ook prijsvergelijking tussen zorgaanbieders maar beperkt toegevoegde waarde door de grote en deels onverklaarbare prijsverschillen tussen zorgaanbieders.

Complicerende factor is ook dat er slechts voor een beperkt deel van de zorg prijsonderhandeling mogelijk is en er slechts voor dat deel inzicht ontstaat in de prijzen van zorg. Voor de ziekenhuiszorg blijft het overgrote deel een black box. Eventuele afwentelmechanismen tussen deze twee segmenten in de financiering van de ziekenhuiszorg zijn daardoor vrijwel niet te achterhalen. Om een goed beeld te krijgen van een adequate prijsstelling, is het daarom in deze fase van de ontwikkeling van

het inkoopmodel in de gezondheidszorg wel degelijk van belang inzicht te krijgen in kosten van zorg.

Er is beperkt informatie over prijzen

Daar waar prijsonderhandeling mogelijk is zijn productprijzen beschikbaar. Dit is slechts voor een beperkt deel van de zorg. In de medisch-specialistische zorg is met ingang van 2008 20% van de zorg vrij onderhandelbaar. De overige 80% is nog steeds gereguleerd via een budget- en tariefsysteem waarin onderhandeling op prijs niet mogelijk is en waarbij informatie over werkelijke kosten voor zorgverzekeraars niet beschikbaar is.

4.2 De productdefinitie en prijsstelling zijn te beperkend en te regulerend

Voor elke verstrekking heeft de overheid bepaald wat de definitie moet zijn van het product. Ook de vorm van financiering is door de overheid vastgelegd, veelal met vaste prijzen. De productdefinitie en financieringsystematiek verschillen per verstrekking. Pas sinds kort is een start gemaakt met verstrekkingoverstijgende producten in de vorm van keten-DBC's.

Via beleidsregels worden zowel prestaties en tarieven vastgelegd. Per deelmarkt wisselen de vrijheidsgraden, prestaties en wijze van bekostiging, zie onderstaande tabel.

Tabel 4.1 Productdefinitie en financieringsystematiek voor de grootste verstrekkingen

Verstrekking	Aandeel in totale kosten cure	Product (aantal verschillende producten)	Financiering
Ziekenhuizen A-segment	59% (wordt vanaf 2008 52%)	DBC (veel)	Vaste prijs per product. Beperkt risico door FB-systematiek en ex-post compensatie. Wordt vanaf 2008 afgebouwd, te vervangen door maatstaf-concurrentie en integrale prijzen inclusief kapitaallasten
Ziekenhuizen B-segment	6,5% (wordt vanaf 2008 13%)	DBC (veel)	Vrij onderhandelbare prijzen
Farmacie	17%	Geneesmiddel (veel)	Vaste prijs per product plus receptregelvergoeding ter dekking praktijkkosten
Huisartsen	7%	Consult (een)	Vaste vergoeding per ingeschreven verzekerde plus een vast tarief per consult
Hulpmiddelen	5%	Hulpmiddel (veel)	Vrij onderhandelbare prijzen
Paramedie	1%	Zitting (enkele)	Vrij onderhandelbare prijzen

Hoewel de financieringsystematiek per verstrekking verschilt, is er een algemene lijn in te herkennen. Het systeem bestaat altijd uit een vorm van productievergoeding, soms in combinatie met een vaste component voor de vaste kosten. Hoe meer producten de aanbieder levert, hoe meer geld hij ontvangt. Daarnaast worden op steeds meer terreinen vrij onderhandelbare prijzen geïntroduceerd. Ten slotte bevat het systeem geen beperkingen met betrekking tot het volume.

4.3 Systeem bevat beperkte prikkels tot kostenverlaging, maar vergroot de toegankelijkheid

Het huidige systeem van productievergoeding is geïntroduceerd om de knelpunten op te lossen die het gevolg waren van het oude budgetsysteem. Het budgetsysteem gaf de ruimte niet om meer te produceren als de zorgvraag toenam, wat lange wachtlijsten tot gevolg had. Bovendien bevatte het budgetsysteem geen prikkel tot doelmatig werken.

Een systeem van productievergoeding heeft een gunstig effect op de toegankelijkheid van de zorg. De aanbieder wordt gestimuleerd om meer te produceren als de zorgvraag toeneemt, en zo blijven de wachtlijsten laag.

Productievergoeding geeft ook een prikkel tot doelmatigheid, dat wil zeggen lagere kosten per product. Deze prikkel is groter wanneer er sprake is van vrij onderhandelbare prijzen, hetgeen betekent dat deze prikkel er maar beperkt is. Echter, ook bij vaste prijzen heeft de aanbieder een prikkel om zijn eigen kosten onder de vaste prijs te houden.

4.4 Systeem bevat prikkels tot meer produceren

Het systeem van productievergoeding bevat eveneens een prikkel om de productie te maximaleren. Zorgaanbieders kunnen hun productie vergroten door hun marktaandeel te vergroten ten koste van andere aanbieders van dezelfde verstrekking en door meer patiënten te behandelen, die ofwel op de wachtlijst staan (met als gevolg kortere wachtlijsten) ofwel worden geprikkeld om zorg af te nemen (zogenoemde ‘supplier induced demand’).

Van deze activiteiten kan zeker beargumenteerd worden dat zij niet alleen gunstig zijn voor de individuele aanbieder maar ook voor de gezondheidszorg als geheel. Concurrentie om marktaandeel stimuleert kwaliteitsverbeteringen en kortere wachtlijsten bevorderen de toegankelijkheid van de zorg.

Echter de prikkel tot produceren kan neveneffecten hebben die maatschappelijk gezien minder gewenst zijn en die tot meer productie leiden

dan nodig is. De productievergoeding bevat een prikkel tot overbehandeling en te lang doorbehandelen. Denk hierbij aan het aantal zittingen bij een fysiotherapeut of het te lang doorgaan met het voorschrijven van maagmiddelen. Een ziekenhuis dat geen goede zorg levert, met als gevolg veel heropnames, wordt in een systeem van productievergoeding hiervoor beloond.

Waar er sprake is van verschillende producten die elkaar deels substitueren, bevat het huidige systeem een prikkel om voor het duurste product te kiezen, omdat de marge op het duurdere product in absolute zin groter is. Voorbeelden hiervan zijn de keuzes van artsen en apothekers voor geneesmiddelen onder patent in plaats van generieke geneesmiddelen, en de keuze in een ziekenhuis voor een complexe klinische behandeling in plaats van een minder complexe dagbehandeling. Dit laatste wordt 'upcoding' genoemd. Een recent onderzoek wijst uit dat upcoding optreedt bij de behandeling van cataract, liesbreuk en spataderen (Financiële prikkels en behandelkeuzes in het nieuwe zorgstelsel, Hassart, Pomp, Wientjens, 2006).

Het systeem van productievergoeding werkt ook substitutie tussen de eerste en tweede lijn tegen. Aanbieders hebben wel een prikkel om hun aanbod uit te breiden, maar geen prikkel om hun productie navenant af te bouwen. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld als zorgaanbieders uit de eerste lijn te lang wachten met het door-verwijzen naar een gespecialiseerd aanbod in de tweede lijn. Ook kan het negatieve gevolgen hebben voor de doelmatigheid van zorg, als gespecialiseerde behandelaars te weinig terug-verwijzen naar de eerste lijn. Maatregelen om substitutie te stimuleren kunnen als gevolg hebben dat de totale productie alleen maar toeneemt.

Deze prikkel tot productie moet worden beschouwd als de belangrijkste belemmering voor kostenbeheersing en waarschijnlijk als belangrijkste reden van de kostenstijgingen in de zorg.

4.5 Systeem belemmert samenwerking en preventie

Het systeem van productdefinitie gaat uit van aanbieders wier primaire taak het behandelen van ziekten is. Preventieactiviteiten en het bevorderen van een gezonde levensstijl zijn geen kernactiviteiten, maar plusdiensten waar geen of beperkte vergoeding tegenover staat. Dit terwijl er veel gezondheidswinst te behalen is door bijvoorbeeld diabetespatiënten en COPD-patiënten te motiveren om meer te bewegen en te stoppen met roken.

Samenwerken tussen aanbieders – en dan vooral aanbieders van verschillende verstrekkings – wordt in het huidige systeem bemoeilijkt. Het

is lastig voor de verzekeraar om integrale zorg waaraan verschillende zorgaanbieders een bijdrage leveren als geheel in te kopen. Hiervoor ontbreken simpelweg de instrumenten die nodig zijn zoals goede productdefinities, een financiële verdeelsystematiek onder betrokken zorgverleners en een werkend elektronische patiëntendossier. Dit vormt ook een belangrijke belemmering bij het vormgeven van ketenzorg.

4.6 Systeem kent weinig prikkels tot innovatie

Innovatie in de zorg betreft niet alleen medisch-technologische innovaties maar ook innovaties in de processen (denk aan het gebruik van ICT, waarin de zorg wereldwijd achterloopt op andere sectoren) en innovaties in businessmodellen. Alle drie typen innovaties worden niet gestimuleerd door het huidige systeem.

Doordat de productdefinities in het huidige systeem vaststaan, wordt innovatie die leidt tot nieuwe producten en diensten ontmoedigd. Als bijvoorbeeld een nieuwe behandeling wordt ontwikkeld in de ziekenhuiszorg dan moet een nieuwe DBC bij DBC-onderhoud worden aangevraagd. Dit is een bureaucratische procedure waar enige tijd overheen gaat. De aanvraag wordt behandeld door de Medisch Wetenschappelijke Adviesraad van DBC-onderhoud en dient begeleid te worden door een dossier waarin onder andere de kosten en tijdsbesteding per verrichting worden onderbouwd. (bron: website DBC-onderhoud)

Procesinnovatie wordt vaak geprikkeld door de behoefte om de kosten te verlagen. Die prikkel is beperkt aanwezig in het huidige systeem, zie hiervoor. Waar er sprake is van vaste prijzen, zijn de prijzen gebaseerd op de huidige processen. Procesinnovatie leidt weliswaar tot een hogere marge, maar er is geen noodzaak en het heeft geen effect op het marktaandeel. Bij vrije prijzen is er meer prikkel tot procesinnovatie. In de budgetsystematiek van ziekenhuizen werkt het bekostigingssysteem zelf remmend op procesinnovatie.

Voorbeeld is het vervangen van gestandaardiseerde diagnostiek of consulten van specialisten door gespecialiseerde verpleegkundigen. Op zichzelf is dit, mits kwalitatief verantwoord, een vorm van innovatie die de doelmatigheid in de zorg ten goede komt. Voor ziekenhuizen ligt er echter geen financiële prikkel om dit te bevorderen. In een dergelijke constructie kunnen er minder budgetparameters opgevoerd worden, wat leidt tot een lagere budgetafpraak.

Innovatie in de vorm van nieuwe businessmodellen vereist vaak nieuwe vormen van samenwerking of een andere verdeling van taken. De verstrekkinggebonden financiering en productdefinities faciliteren dergelijke nieuwe samenwerkingsvormen niet.

4.7 Spelregels in de verevening sluiten niet aan op doelstellingen van het inkoopmodel

Onderdeel van de Zvw is het vereveningssysteem. De verevening compenseert de zorgverzekeraar voor een oververtegenwoordiging van slechte risico's en hoge kosten. Het systeem werkt echter ook belemmerend voor een goede werking van het inkoopmodel. Werkelijke schade van zorgverzekeraars wordt voor een deel onderling verevend tussen zorgverzekeraars. Dit betekent dat positieve resultaten van zorgverzekeraars voor een deel ten gunste komen van zorgverzekeraars die slechter presteren en andersom. Een besparing levert een verzekeraar dus feitelijk minder op.

Ook is het inkopen van goedkopere en betere zorg in financieel opzicht niet altijd aantrekkelijk voor een zorgverzekeraar. Door chronische patiënten meer en intensiever in de eerste lijn te monitoren en behandelen worden kostbare ziekenhuisopnames en behandelingen voorkomen. Dure medisch-specialistische hulp echter komt niet in absolute zin terug in de schade, omdat deze zorg voor een deel verevend wordt onder alle zorgverzekeraars. De eerstelijnszorg komt wel volledig ten laste van de zorgverzekeraar. De spelregels in de vereveningssysteem hebben op die manier invloed op de zorginkoop, maar sluiten niet aan op de doelstellingen van het inkoopmodel.

4.8 Brede inspraak en invloed belemmeren de werking van het inkoopmodel

Niet alleen is er sprake van veel en complexe wet- en regelgeving waarmee in grote mate het speelveld en de vrijheidsgraden van zorgverzekeraars en zorgaanbieders bepaald worden, maar ook worden de randvoorwaarden en de omgeving waarin het zorginkoopmodel functioneert beïnvloed door een veelheid aan belanghebbenden die in meer of mindere mate deze randvoorwaarden bepalen dan wel beïnvloeden, zoals de politiek, brancheorganisaties, patiëntenorganisaties en de overheid.

Deze inspraak en invloed komen de werking van het inkoopmodel niet altijd ten goede. Het is bijvoorbeeld de vraag of en op welke wijze belangengroepen een partij moeten zijn in het tot stand komen van een werkbaar en uitvoerbare bekostigingssystematiek voor de gezondheidszorg waarbij moeizame compromissen vaak de uitkomst zijn. Zo heeft de manier waarop de DBC-systematiek is ingevoerd in de medisch-specialistische zorg niet geleid tot een goed werkbaar en uitvoerbare product- en bekostigingssystematiek op basis waarvan de zorg in dit segment ingekocht kan worden.

Ook de rol van de overheid en politiek sluit niet altijd aan op een inkoopmodel. De veranderingen voor partijen door de invoering van

de zorgverzekeringswet en de gereguleerde marktwerking zijn groot. De overheid moet daarbij visie ontwikkelen en richting geven aan deze visie met een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling naar partijen. Partijen moeten daarin ook een reële kans krijgen om invulling te geven aan die rol. Daarbij past een overheid die randvoorwaarden creëert om het inkoopmodel te laten functioneren.

Daar past bijvoorbeeld niet bij dat er tussentijdse wijzigingen aangebracht worden in het te verzekeren pakket of dat er beleidswijzigingen worden ingevoerd als zorgverzekeraars en zorgaanbieders al bezig zijn met het afsluiten van de contracten. Dit maakt de transitie naar een inkoopmodel complexer dan nodig, leidt af van de werkelijke doelstellingen en werkt demotiverend voor alle betrokken partijen. In dit licht kan ook gekeken worden naar een complex en administratief belastend systeem als de maatstafconcurrentie.

Op dit moment legt de overheid sterk de nadruk op het versterken van de positie van de patiënt en het vergroten van transparantie naar verzekeren en patiënten. Op zichzelf erg goed, maar aan de randvoorwaarden voor zorgverzekeraars wordt nu te weinig aandacht besteed. Vooral ten aanzien van de transparantie van medisch-inhoudelijke kwaliteit en effectiviteit van zorg is nog veel vooruitgang te boeken.

5 Aanbevelingen voor de zorgverzekeraar om de zorginkoop beter te laten werken

Voorgaande hoofdstukken laten zien dat het inkoopmodel niet op zichzelf staat. Zorginkoop is een zaak voor alle betrokken partijen en kan alleen succesvol zijn als randvoorwaarden en verantwoordelijkheden van partijen helder zijn en er begrip is voor elkaars positie. Daarnaast is geconstateerd dat zorginkoop wel hét instrument is tot het realiseren van de maatschappelijke doelstellingen.

Een belangrijke randvoorwaarde is dat de zorgverzekeraar door alle partijen wordt beschouwd als logische vertegenwoordiger en belangenbehartiger van de klant in de zorginkoop. Deze belangen lopen namelijk precies gelijk op. Beide hebben immers belang bij kwalitatief goede zorg en de beste prijs.

Hiervoor is een imagooverandering van de zorgverzekeraar noodzakelijk: in plaats van betaler moet de zorgverzekeraar geaccepteerd worden als belangenbehartiger van verzekerden en patiënten. De zorgverzekeraar daarentegen moet ook daarnaar handelen. Hij moet zich meer bewust worden dat zorginkoop een noodzakelijke activiteit is om de klant te helpen en maatschappelijke doelen te realiseren. Op het moment dat de zorgverzekeraar deze positie verwerft is er geen of weinig toekomst meer voor schadeverzekeraars in de zorg.

Alle betrokken partijen hebben – in relatie tot bovenstaande – specifieke randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan of aandachtspunten waarmee rekening dient te worden gehouden om de zorginkoop te laten slagen. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de randvoorwaarden die door de zorgverzekeraars moeten worden ingevuld.

In dit hoofdstuk worden de verschillende aanbevelingen voor de zorgverzekeraar beschreven, geclusterd naar enkele hoofdonderwerpen.

5.1 Profileren als belangenbehartiger van de klant

Zorgverzekeraars zullen zichzelf meer moeten profileren en bewijzen als belangenbehartiger van hun klanten: patiënten en verzekerden. Ze moeten het vertrouwen winnen van hun klanten door zich ook daadwerkelijk als belangenbehartiger van hun klanten te gaan gedragen. Op dit moment is dat nog zeker niet het geval.

In eerste instantie lijkt dit een onmogelijke opgave. Gezonde verzekerden prefereren immers een lage premie, terwijl zieke verzekerden de beste zorg willen. Juist in een goed functionerend inkoopmodel is het mogelijk om kwaliteitsverbetering en kostenverbetering te combineren,

en sluiten preferenties van verzekerden en patiënten op elkaar aan. Doelstelling van de zorgverzekeraars is het inkopen van goede zorg voor de beste prijs om beide te kunnen bedienen.

Maar zorgverzekeraars zullen ook concrete initiatieven moeten ontplooiën om zich te bewijzen als belangenbehartiger van hun klanten. Zorgverzekeraars zullen moeten laten zien wat de zorgverzekeraar voor de klant betekent op het terrein van inkoop, kwaliteit, kosten en preventie. Zorgverzekeraars zullen meer dan nu het geval is moeten optrekken met patiëntenorganisaties en de verzekerden en oprechte bedoelingen ten aanzien van de vertegenwoordiging laten zien. Zij zullen dus niet alleen aan hun klanten moeten vragen wat ze belangrijk vinden maar hier ook naar moeten luisteren en er concrete initiatieven aan verbinden.

Een mogelijkheid is om klanten een actieve rol te geven in de zorginkoop. Bijvoorbeeld door het betrekken van klanten bij het bepalen van de zorgbehoefte en dus de inhoud van de in te kopen zorg of bij het opstellen van de criteria waaraan de zorg(aanbieder) moet voldoen.

Ten slotte is een actieve deelname aan de uitvoering van klanttevredenheids- en klantervaringsonderzoeken door de zorgverzekeraar van belang, zowel naar de dienstverlening van zorgaanbieders als naar de eigen dienstverlening.

5.2 Verankeren van strategische afwegingen in de zorginkoop

Meer aandacht voor 'strategic alignment' is nodig

Strategic alignment betreft de afstemming van de doelen en strategische keuzes van de zorgverzekeraar met de doelen van de zorginkoop. Deze doelen en keuzes moeten met elkaar in overeenstemming zijn.

Belangrijke strategische keuzes hebben betrekking op verschillende dimensies bijvoorbeeld

- De mate waarin sturing wordt gegeven op de inhoud van zorg; schade- of zorgverzekeraar;
- De polisvoorwaarden: restitutie- of naturapolis;
- De doelgroepen voor polisverkoop: collectiviteiten of individuen;
- De geografische spreiding: regionale of landelijke speler;
- De breedte van de financiële dienstverlening: full service of zorgverzekeraar.

De wijze waarop de zorginkoop moet worden vormgegeven hangt in grote mate af van de strategische keuzes die de zorgverzekeraar maakt. Zo zal inkoop bij een schadeverzekeraar vooral als doel hebben brede contractering van zorg, waarbij contracten zoveel mogelijk gestandaardiseerd zijn en kwaliteit volledig de verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieders. Een

‘echte’ zorgverzekeraar zal bij de zorginkoop veel bewuster omgaan met leveranciersmanagement en eventuele selectieve contractering en zal zich ook verantwoordelijk voelen voor de kwaliteit van de zorg.

In hoofdstuk 1 hebben we gesteld dat zorginkoop moet bijdragen aan publieke doelstellingen. Dat betekent dat de publieke doelstellingen van kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid (ketenzorg en preventie) vertaald moeten worden naar het inkoopbeleid en de doelen van de zorginkoop.

Om tot een volledige verankering te komen van zowel de publieke en strategische doelen in de zorginkoop is het ook van belang dat deze doelen in het inkoopbeleid expliciet gemaakt worden, zodat de inkoopers kaders hebben om de zorginkoopactiviteiten te kiezen, terwijl zorgaanbieders weten wat ze kunnen verwachten. Ter illustratie: betekent verbeteren van betaalbaarheid dat je gaat onderhandelen over de laagste prijs of dat je projecten bij zorgaanbieders gaat stimuleren waardoor kosten verlaagd kunnen worden?

Inrichten van een substantiële Corporate Procurement Office als schakel tussen Raad van Bestuur en zorginkopers

Bij zorgverzekeraars maakt de Raad van Bestuur strategische keuzes over de inkoop, de doelen en de positionering. Op operationeel niveau zitten de zorginkopers die hieraan handen en voeten moeten geven. Tussen deze twee lagen zitten vaak alleen managers eerste-/tweedelijnszorg en/of een directeur Zorg. Deze personen hebben vooral een managementtaak en minder een taak om actief strategische afwegingen te maken over de segmenten heen of de segmenten te voorzien met goed doordachte inkoopconcepten op strategisch niveau.

Dit betekent dat er bij veel zorgverzekeraars geen aansturing en geen vertaling van strategie naar concreet beleid en inkoopinstrumenten plaatsvindt. Afhankelijk van de kwaliteit van de zorginkoopteams wordt hieraan invulling gegeven, maar een structurele inbedding en vertaling van strategie naar beleid vraagt diepgaande expertise en ervaring op (zorg)inkoopgebied op strategisch niveau, wat bij de zorginkoopteams niet kan worden verwacht. Hierdoor lukt het veel zorgverzekeraars niet de inkoop op een hoger plan te brengen.

Het inrichten van een Corporate Procurement Office (CPO) levert een bijdrage aan de vertaling van de strategische doelen van de zorgverzekeraar naar de zorginkoop. Deze CPO wordt opgehangen tussen Raad van Bestuur en de inkoopsegmenten en vervult de functie van de strategische denktank voor zorginkoop, waarbij creativiteit en innovatie volop ruimte moeten krijgen. Niet alleen wordt hier input gegeven voor de inkoopstrategie en doelstellingen per segment maar ook worden daar de afwegingen over de segmenten heen gemaakt, zoals hoe om te gaan met ketenzorg, disease management en health management.

Het spreekt voor zich dat het voor deze activiteiten nodig is om over uitgebreide informatie te beschikken (procurement intelligence, zie verderop in dit hoofdstuk).

5.3 Actief uitvoeren van klantsturing

Zorginkoop kan alleen effectief zijn als de zorginkoper voldoende interessant is voor de zorgaanbieder. Er zijn twee basisinstrumenten voor de zorginkoper om interessant te worden voor de zorgaanbieder:

- selectie of gedifferentieerde contractering (preferred providers) op basis van kwaliteit én prijs;
- klantsturing.

Op dat moment is een zorgverzekeraar namelijk in staat een (potentieel) volume aan zorgvragers te bieden aan een zorgaanbieder met wie deze een contract heeft afgesloten. De enige manier waarop een zorgverzekeraar haar verzekerden kan bewegen om naar een specifieke zorgaanbieder te gaan, is door actief uitvoering te geven aan klantsturing.

Zorgverzekeraar, klant en publieke doelstellingen hebben belang bij klantsturing

De zorgverzekeraar en de klant hebben belang in het inkoopmodel bij klantsturing, maar actief uitvoering geven aan klantsturing is ook nodig om een bijdrage te leveren aan de publieke doelen van de gezondheidszorg. De klant ziet immers de kosten van de zorg niet en krijgt deze alleen met een vertraging (in de premie van volgend jaar) en afgevlakt terug; kostenbeheersing moet dus door de zorginkoper worden gerealiseerd. Dat kan alleen door de klanten te ‘sturen’ naar de gecontracteerde zorgaanbieders. Een vergelijkbare redenering gaat – in iets mindere mate dan voor de kosten – op voor de kwaliteit van de zorg. Kwaliteit is nog niet voldoende transparant en kwaliteit over een gehele behandelketen voor de klant behelst vaak een langetermijndoel dat voor de klant slecht is te overzien.

Klantsturing door de zorgverzekeraar brengt marktwerking in de zorginkoop op het juiste niveau

Klantsturing door de zorgverzekeraar is niet populair en lijkt weinig aan te sluiten bij ‘de klant kiest’ en marktwerking.

Door het accepteren van actieve klantsturingmanagement door de zorgverzekeraar wordt de marktwerking niet zozeer op het niveau van individuele klanten gelegd, maar op het niveau van de zorgverzekeraar. De klant kiest binnen de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorg waarbij de zorgverzekeraar de verplichting heeft de toegankelijkheid te waarborgen. De zorgverzekeraar is vertegenwoordiger van de klant, en doet dit dus in zijn/haar belang. De zorgverzekeraar treedt daarbij op als

Klantsturing is onderdeel van het bredere begrip 'demand management'. Demand management bestaat in de zorginkoop uit een drietal componenten, die alle in het belang van de klant en hoogkwalitatieve zorg zijn:

- het beperken van de noodzaak tot zorg;
- het waarborgen dat de klant de juiste zorg krijgt;
- het waarborgen dat de klant terecht komt bij de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, die kwalitatief goede zorg leveren voor de beste prijs (klantsturing).

In onderstaande figuur worden deze componenten van demand management in de zorginkoop grafisch weergegeven.



De componenten van demand management in de zorginkoop (Karssen en Esselaar, 2007)

Klantsturing is een vereiste om selectief contracteren vorm te geven en draagt daarmee bij aan het realiseren van de door de verzekeraar gestelde doelstellingen (i.e. de achterliggende reden om de geselecteerde zorgaanbieders te contracteren). Beperking van de noodzaak van zorg (waaronder preventie) en sturing naar de juiste zorg leveren een belangrijke bijdrage aan kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering van de zorg, en zijn om die reden eveneens zeer belangrijke instrumenten in de zorginkoop.

health coach voor haar klanten. Niet alleen is dit een voorwaarde voor de werking voor het inkoopmodel, maar het maakt de rolverdeling binnen het stelsel ook duidelijker.

Zorgverzekeraars moeten nadenken over klantsturing

De zorgverzekeraar moet onderzoeken hoe hij demand management en klantsturing het beste kan bereiken. De meest effectieve manier van klantsturing is het aangaan van nauwe samenwerkingsverbanden met de huisarts als verwijzer en voorschrijver. Dit kan door huisartsen in dienst te nemen (Menzis), maar ook door deze zorg dichtbij klanten organiseren: het versterken van de eerstelijnszorg.

Huisartsen en zorgverzekeraars kunnen vervolgens informatie uitwisselen over kwaliteit van dienstverlening van zorgaanbieders. De huisarts kan bijvoorbeeld klantervaringsonderzoeken gebruiken bij de verwijzing naar medisch-specialistische zorg.

Voor de tweedelijnszorg wordt de zorginkoper zeer interessant als deze nauw samenwerkt met de poortwachter voor deze tweedelijnszorg.

Indien gekozen wordt voor deze nauwe samenwerking met huisartsen of eigen huisartsen, dan kan aan verzekerden twee verzekeringspolissen aangeboden worden: een polis met een hogere premie, waarbij de verzekerde vrije keuze heeft voor zijn of haar huisarts, of een polis met een lagere premie, waarbij een keuze gemaakt kan worden uit huisartsen van de zorgverzekeraar, dus met actief demand management.

Bijkomend voordeel van een dergelijk scenario is dat het een verdere stimulans kan vormen voor de beoogde substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg en de verdere vormgeving van ketenzorg. Tevens zijn preferred provider strategieën van zorgverzekeraars hiermee makkelijk te implementeren.

Een goede communicatie bij de implementatie van dit model is cruciaal. Het beperken van keuzevrijheid is niet populair, maar is in het huidige stelsel noodzakelijk om het inkoopmodel te laten slagen.

5.4 Beheersen van volume en kosten kan ook zonder aanpassing van het huidige systeem

Ook zonder aanpassingen in het huidige systeem van productdefinitie en productievergoeding kan de verzekeraar meer en vaker maatregelen treffen om de productie en kosten te beheersen.

De verzekeraar heeft daarvoor een aantal instrumenten:

- Het maken van volumeafspraken met aanbieders. Dit wordt steeds vaker gedaan in het B-segment. Nadeel van deze maatregel is dat het onvermijdelijk leidt tot een toename in de wachtlijsten aan het eind van elk jaar als de aanbieders het maximale volume bereiken;
- Het gebruik van machtigingen en verplichte doorverwijzingen door de huisarts om de toegang tot zorgproducten te reguleren. Dit instrument werkt alleen wanneer er een redelijke kans is dat de machtiging of doorverwijzing niet wordt gedaan;
- Vergoedingen op basis van een normbehandelintensiteit per patiënt (rekening houdend met verschillen in zorgzwaarte). Fysiotherapiepraktijken worden bijvoorbeeld vergoed op basis van een gemiddeld aantal zittingen per patiënt;
- Vergoedingen op basis van een normproductmix. Er wordt bijvoorbeeld één prijs afgesproken voor zowel een dagbehandeling als een klinische behandeling van cataract in het B-segment, waarbij de prijs uitgaat van een normverhouding tussen het aantal dagbehandelingen en het aantal klinische behandelingen;
- De verwachte volumewijzingen als gevolg van substitutieafspraken ramen en meenemen in de volumeafspraken met bijvoorbeeld ziekenhuizen;
- Staffels gebruiken om een incentive te geven om de productie te beperken.

5.5 Toepassen van gedifferentieerd Supplier Relationship Management (SRM)

In het huidige veld van de gezondheidszorg wordt al zichtbaar dat er meer differentiatie zal ontstaan tussen zorgaanbieders. Zorgaanbieders zullen zich verder gaan specialiseren en zullen zich sterker gaan profileren. Door de toenemende transparantie worden kwaliteitsverschillen zichtbaar. Ook komen er verschillen in de mate waarin de dienstverlening van de zorgaanbieders aansluit bij de doelstellingen van de verzekeraar of de strategische richtingen helpen ondersteunen.

Deze differentiatie moet zich bij de zorgverzekeraar vertalen in gedifferentieerd leveranciersmanagement (SRM). Zorgverzekeraars moeten onder meer relatiebeheer toepassen dat recht doet aan de verschillen tussen zorgaanbieders in de mate waarin zij van belang zijn voor de zorginkoop, de geleverde kwaliteit en de kosten.

SRM staat bij zorgverzekeraars nog in de kinderschoenen en is nog weinig doordacht. De neiging bestaat om (te) veel zorgaanbieders als ‘strategische partner’ te zien, terwijl dit niet goed is te onderbouwen. Er moeten goed uitgewerkte kaders komen voor het indelen van zorgaanbieders in verschillende categorieën, met bijbehorende wijzen van uitvoering van SRM.

Een mogelijke invulling van SRM kan worden geleverd door leveranciersconcepten zoals ontwikkeld door de Future Purchasing Alliance (hier aangepast voor de zorginkoop door Karsssen en Esselaar).

1 Doorbraak partners

- Partijen die essentieel zijn voor de business
- Samenwerkingsinitiatieven hebben een enorme impact op kwaliteit en de kosten van het verzekeringsproduct
- Bron van inzicht en informatie als het gaat om de bedrijfsvoering

2 Ontwikkel partners

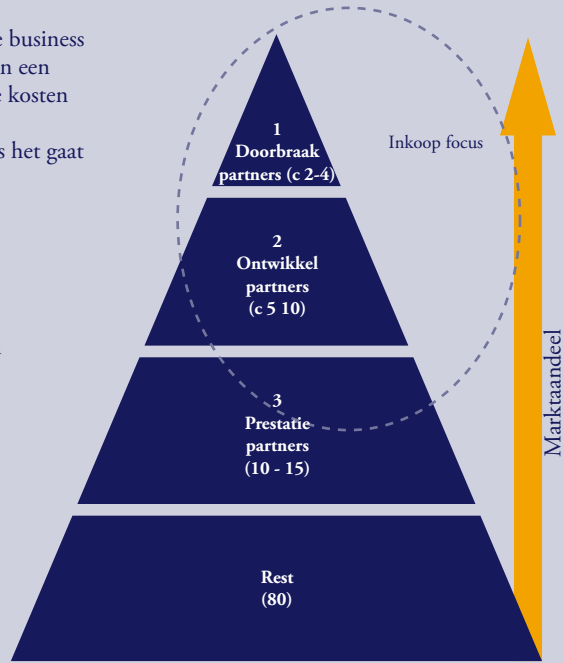
- Voorkeurspositie als het gaat om investeringen in vernieuwing
- De verzekeraar runt hier speciale programma's om kostenvoordelen en kwaliteitsvoordelen behalen

3 Prestatie partners

- Deze worden door de verzekeraar permanent scherp gehouden door monitoring en vergelijking

3 De rest

- Afhandelen en geen aandacht



Source: Future Purchasing, met aanpassingen

Opzet voor Supplier Relationship Management (SRM)

5.6 Vergroten van capaciteit en kwaliteit van de zorginkooporganisatie

Breid de formatie uit met hooggekwalificeerde zorginkopers

Zorginkoop speelt zich af in een complexe omgeving met veel dynamiek waarbij het vaak om grote financiële volumes gaat. In vergelijking met andere sectoren is het aantal inkopers in relatie tot de complexiteit van het in te kopen product en het financiële volume laag (zie hoofdstuk 3). De omvang van het aantal zorginkopers dient meer aan te sluiten bij het belang en de omvang van het in te kopen segment.

In de komende jaren mag bovendien een verdere professionalisering en ontwikkeling van de zorginkoop worden verwacht, waarbij de verschillende activiteiten van zorginkoop in de breedte zullen worden ingevuld. Het aantal medewerkers moet dan navenant nog extra meegroeien. Het precieze aantal medewerkers vraagt een gedetailleerde analyse, maar zeker moet gedacht worden aan een verdubbeling van aantal medewerkers in zorginkoop. Zorgverzekeraars moeten hun formatie uitbreiden met hooggekwalificeerde zorginkopers.

Voer een professional assessment van de zorginkoopfunctie uit

De precieze status ten aanzien van de professionaliteit van de zorginkooporganisatie (kwalitatief, kwantitatief, personeel) is zeer bepalend voor de kansen van de zorgverzekeraar om in de toekomst een serieuze speler te worden op de zorginkoopmarkt. Op dit moment is deze status bij het management van zorgverzekeraars hooguit bekend als een kwalitatief beeld op basis van eigen ervaringen en buikgevoel.

Binnen het inkoopvakgebied zijn er professional assessments ontwikkeld die de kwaliteit van de zorginkooporganisatie inzichtelijk kunnen maken en verbeterpunten definiëren. Ook kunnen de zorginkopers een specifiek assessment ondergaan om vast te stellen of zij beschikken over de juiste vaardigheden en competenties.

Ontwikkel de competenties van de zorginkopers

Competenties van de zorginkopers kunnen verder ontwikkeld en verbeterd worden. Vooral op het terrein van de inkoopvaktechniek is er bij zorginkopers nog veel winst te behalen. Alleen een training/opleiding is niet voldoende. Ervaring leert dat opleiding het beste gecombineerd kan worden met veel praktijkoefening en toepassing ('action learning').

Belangrijk daarbij is dat zorginkopers zich bewust worden dat zorginkoop veel meer is dan het specificeren en contracteren van de zorg. Zorgverzekeraars en zorginkopers moeten zich bewust worden van de volle breedte van de zorginkoop. Goede zorginkoop start met het strategische alignment, het nadenken en vaststellen van de doelstellingen van de zorginkoop in overeenstemming met de organisatiedoelstellingen van de zorgverzekeraar. Mede op basis daarvan wordt een inkoopstrategie per segment vastgesteld, waarin de analyse van een specifieke situatie per segment plaatsvindt en keuzes worden gemaakt voor wat betreft de uit te voeren inkoopactiviteiten en de in te zetten instrumenten. Relevant zijn ook de organisatorische randvoorwaarden en sturingsinstrumenten die daarbij nodig zijn (voor een verdere beschrijving zie het eerder gepresenteerde inkoopmodel).

Ten slotte is het van belang om zorginkopers vaardigheden bij te brengen of verder te ontwikkelen die van belang zijn voor zorginkoop. Hierbij kan in ieder geval gedacht worden aan proactief en commercieel denken en handelen, strategisch denken, prioriteitstelling van de eigen werkzaamheden en onderhandelings technieken.

5.7 Vergroten van segmentkennis en het verbeteren van procurement intelligence

Vergroot de feitenkennis over het eigen segment bij de zorginkopers en leg deze kennis vast in factbooks

De gemiddelde zorginkoper bezit zeer veel documenten. Verslagen van overleggen, productievoorstellen en -overzichten, NZA-beleidsregels, rekenstaten, financiële overzichten etc. Wat vaak ontbreekt of in veel mindere mate aanwezig is, is gedocumenteerde feitenkennis over het eigen zorgsegment. Het gaat hierbij bijvoorbeeld over informatie over:

- De zorg: welke kenmerken heeft de zorg, wat is de plaats van de zorg in zorgketens, op welke wijze komen de klanten tot de zorg, wie stelt de indicatie of de diagnose vast;
- Exogene ontwikkelingen: ontwikkelingen aan klantzijde, technologische ontwikkelingen in het segment, ICT, wettelijke en politieke ontwikkelingen;
- Structuur van de zorgaanbiedersmarkt: soort rechtspersonen, verdeling naar grootte, samenwerking en ketenvorming, onderlinge concurrentie;
- Financieel: omzet in segment, groei, tariefstructuur, volume-indicatoren, kostenstructuur aanbieders;
- Ontwikkelpotentieel: mate van efficiency, kostendrivens, kwaliteitsdrivers;
- Kwaliteit van de zorg: eisen van de klant (klantbehoeften), protocollen, systeemkwaliteit, verschillen in output.

Deze informatie is deels te vinden in de inkoopbeleidsplannen van zorginkopers, maar veelal verspreid over verschillende bronnen. Ook is een deel van de aangegeven informatie überhaupt niet beschikbaar. Naast het beschikbaar maken, moeten feiten over het eigen zorgsegment worden vastgelegd in een factbook. Dit om deze kennis te borgen en te ontsluiten voor de toekomst.

Ken uw klant

Iedereen heeft meningen over wat de klant al dan niet zou willen of wat de klant zeker niet zou accepteren. Toch is het aantal goed uitgevoerde onderzoeken op dit gebied zeer beperkt. Meningeën over de klant zijn meestal gebaseerd op buikgevoel en zijn weinig onderbouwd.

Om een beter beeld te krijgen van de consumptie van zorg door verzekerden kunnen verzekeraars meer gegevensanalyse toepassen op de eigen bestanden. Zo kan er bijvoorbeeld gekeken worden in hoeverre demografische kenmerken van verzekerden een relatie hebben met zorggebruik en schade. Deze informatie kan gebruikt worden in het maken van afspraken met zorgaanbieders over zorgvolumes bij een specifieke aanbieder of in een specifieke regio. Deze analyses dienen verder te gaan

dan de gebruikelijke actuariële analyses. Te denken valt bijvoorbeeld aan het nagaan van de kosten die door chronisch zieken worden gemaakt in opeenvolgende stappen van de zorgketen.

Daarnaast kan meer gericht onderzoek uitgevoerd worden naar klantbehoeften en de zorgvraag. Bijzonder interessant voor het functioneren van het inkoopmodel is een beeld van de prijselasticiteit en churning gedrag, of de bereidheid tot klantsturing. Zeer interessante vraag in dit kader is onder welke voorwaarden verzekerden kiezen voor een zorgverzekeraar die selectieve contractering toepast. Het feit dat veel verzekerden kiezen voor een restitutiepólis, kan een indicatie zijn dat verzekerden blijkbaar toch een eigen stem willen houden in de vraag waar zij hun zorg gaan consumeren. Het echte antwoord op deze vraag blijft echter gissen.

Schadelastprognoses en -beheersing kunnen beter

Schadelastprognoses en -beheersing kunnen veel beter door gebruik te maken van alle beschikbare informatie en door het uitvoeren van betere analyses. Veel van de huidige schadelastprognoses beperken zich tot het verloop van de huidige productieafpraak, eventuele aanvullende toezeggingen, de realisatie versus de productieafpraak (die soms mede geprognosticeerd wordt op basis van het schadepatroon uit verleden) en opgetreden seizoenseffecten.

Vaak zijn dit echter niet de enige bepalende factoren voor de schade. Het maken van goede schadelastprognoses is zeker niet eenvoudig, maar er zijn grote verbeteringen te behalen door bijvoorbeeld ook rekening te houden met:

- Verwachte afloop oude jaren en de zich daarin bevindende pijnlijneffecten;
- Opbouw van prijs en productie (p en q), in plaats van alleen de totale schade;
- Variaties in de doorlooptijd van het schadedeclaratieproces van de zorgaanbieder en de eigen doorlooptijden;
- Autonome redenen van kostenstijgingen, zoals tussentijdse tariefaanpassingen.

De praktijk leert dat op dit punt, tegen de verwachtingen van de zorgverzekeraars zelf in (als gevolg van de toch al behoorlijke focus op kostenbeheersing), veel winst is te behalen.

5.8 Andere sectoren zijn op het gebied van de inkoop (veel) verder ontwikkeld en laten interessante mogelijkheden zien

De inkoop is in een aantal sectoren dus verder ontwikkeld dan de zorginkoop bij de zorgverzekeraars. Het is dan interessant om een detailvergelijking te maken met enkele andere sectoren om mogelijke verbeterpunten te bepalen.

Om te bepalen welke sectoren voor een vergelijking van belang zijn, is allereerst een overzicht gemaakt van enkele sectoren op een aantal kenmerken voor vergelijking. De betreffende sectoren zijn

- Leasemaatschappijen - deze maatschappijen hebben ook te maken met klanten die zelf kunnen kiezen bij welke dealer zij hun auto kopen of waar zij het onderhoud uitvoeren - maar wel (raam)contracten sluiten met enkele preferred providers;
- Retail: food en non-food - deze organisaties hebben een zeer groot belang bij de inkoop;
- Financial services: schadeverzekeringen en banken/verzekeraars - deze organisaties lijken wat betreft primair proces sterk op zorgverzekeraars;
- Ziekenhuizen: als grootste zorgorganisaties;
- Maakindustrie (industrie die een fysiek product produceert) - lopen vaak voorop in innovatie en hebben een groot inkoopvolume;
- Grond-, weg- en waterbouw - innovatief in inkoop.

Bijlage 1A bevat de tabellen met de detailvergelijking tussen deze sectoren. De kenmerken van deze sectoren kunnen behulpzaam zijn om een gevoel te krijgen voor mogelijke ontwikkelingen binnen de zorginkoop (en ideeën op te doen).

Een aantal kenmerken en ontwikkelingen in deze andere sectoren zijn potentieel interessant voor de zorginkoop (en deels voor de zorgsector in het algemeen), zie hieronder. Opgemerkt moet worden dat de aangegeven ontwikkelingen en kenmerken niet zozeer bedoeld zijn om een volledig overzicht te geven van op korte termijn haalbare ontwikkelingen voor de zorginkoop. Het overzicht kan met name helpen om de horizon te verbreden voor zorgverzekeraars, maar ook voor de overheid en zorgaanbieders.

Asset utilization (bezettingsgraad, maximaal gebruik van de toch al beschikbare capaciteit)

Een kenmerk van de maakindustrie is dat dit type organisaties zeer kapitaalintensief is. Vandaar dat er alles aan gedaan wordt om de zogenoemde asset utilization (bezettingsgraad) optimaal te krijgen. Een wat ouder voorbeeld om dit voor elkaar te krijgen is ploegendienst. Een wat nieuwer voorbeeld is het platformconcept in de automobieliindustrie:

verschillende auto's, zelfs van verschillende merken, worden geassembleerd op een en hetzelfde platform. Dat wil bijvoorbeeld zeggen hetzelfde chassis gebruiken en één en dezelfde assemblagestraat.

Binnen de ziekenhuiszorg is zeker ook sprake van een kapitaalintensief bedrijf. De overallkosten kunnen daarmee in de ziekenhuizen zeer waarschijnlijk sterk omlaag als de bezettingsgraad van de gebruikte apparatuur en ruimtes omhoog kan worden gebracht.

Als een zorgverzekeraar zich actief bezig houdt met vraagsturing is het inkopen van capaciteit in plaats van behandelingen een variant op de productgerelateerde inkoop. In dat geval koopt de zorgverzekeraar bijvoorbeeld capaciteit in voor cataractoperaties. Hierbij wordt een vaste prijs geboden voor het beschikbaar stellen van de capaciteit. Capaciteit bestaat dan uit alles wat de behandeling mogelijk maakt, zorg én verblijf, de behandelruimte, materiaal etc.

De zorgaanbieder is in dat scenario niet meer verantwoordelijk voor het volume, maar wel voor de kwaliteit en beschikbaarheid van de zorg. De planning van benodigde zorg vindt volledig plaats door de zorgverzekeraar die deze capaciteit door gerichte vraagsturing kan inkopen.

Een ander voorbeeld is het gezamenlijk inkopen van dure apparatuur door ziekenhuizen, waardoor zowel de totale inkoopkosten naar beneden gaan als de bezettingsgraad omhoog.

Uitgebreide kennis van de vraag

Zeker binnen de foodsector, maar ook in andere sectoren, is kennis van de vraag extreem ver ontwikkeld. Klantbehoefteonderzoeken, vraagprognosemodellen, ketenmodellen en demografische ontwikkeling worden hier uitgebreid toegepast om de vraag te kunnen beïnvloeden, voorspellen en sturen.

Onnodig om aan te geven dat op dit punt de zorgverzekeraar nog zeer veel kan winnen. Eerder in dit hoofdstuk is al nader ingegaan op de noodzaak van versterking van de mogelijkheden en expertise op het gebied van vraagsturing en -prognose.

Standaardisatie

De maakindustrie besteedt erg veel energie aan het standaardiseren van producten/ componenten (variety control) én complexiteitsreductie. Daar valt erg veel mee te winnen, zo laat de praktijk zien. Binnen de zorginkoop kan dit worden gerealiseerd door het opleggen van (bijvoorbeeld door de beroepsgroepen zelf ontwikkelde) protocollen voor bepaalde behandelingen. Ook de DBC's zijn voorbeelden van standaardisatie, met dien verstande dat de productencatalogus een onwerkbaar omvang heeft gekregen voor zowel de inkoper als de verkoper.

Standaardisatie is daarnaast één van de veel gehanteerde basisstrategieën in de inkoop om concurrentiestelling te bevorderen, de administratieve lasten van de inkoop te verlagen en/of de inkoopkosten te verlagen.

Sourcen van capabilities

Dit betreft het selecteren van leveranciers, niet om de producten die ze verkopen, maar om de know how (vaak technologie) die zij in huis hebben. Intentie is vaak om hier een partnership te vormen en samen met die partner producten/oplossingen te ontwikkelen die de afnemer (met diens kennis van het toepassen) nodig heeft.

Voor de zorgverzekeraars kan dit interessant zijn vanuit het oogpunt van selectie van hoogwaardige aanbieders van kennis van bijvoorbeeld ke-tenzorg, ziekenhuiszorg of zelfs kennis van het aangaan van strategische allianties of strategische (zorg)inkoop.

Uitbesteden van de inkoop

Het uitbesteden van inkoop (en alle daaraan gerelateerde processen) aan supply chain operators (dit zijn onafhankelijke partijen) is in de non-food sterk ontwikkeld. Binnen de zorginkoop zien we wel het vormen van inkoop Samenwerkingsverbanden, maar dan wordt de zorginkoop niet uitgevoerd door een derde. Een goed voorbeeld hiervan is wel de rol van Multizorg, als inkoper voor een aantal zorgverzekeraars.

Vraag is echter of het uitbesteden van de inkoop ook in de zorginkoop niet verder zou kunnen gaan dan nu gebruikelijk. Op dit moment wordt ontegenzeggelijk bij de verschillende zorgverzekeraars (mogelijk op segmenten waar geen onderscheidend voordeel wordt gehaald) het wiel meerdere malen uitgevonden en geen maximaal inkoopresultaat behaald.

Van warenhuis naar winkelcentrum

Een ontwikkeling in de inkoop bij met name US retailers is dat deze veranderen van retailer in projectontwikkelaar. De inkoop verandert daarmee van het inkopen van producten naar het inkopen van lokaties, verkooppunten. Binnen de zorginkoop is een parallel denkbaar waarbij ziekenhuizen worden ingekocht ten aanzien van de zorginfrastructuur (locatie, apparatuur, faciliteiten), terwijl separaat de behandelingen worden ingekocht. Het ziekenhuis verandert dan van warenhuis in winkelcentrum.

Het voordeel van deze scheiding van de ingekochte producten en diensten is dat de twee delen elk apart veel beter te optimaliseren en te managen zijn. Er zijn drie varianten denkbaar:

- In de eerste variant wordt er niets meer in het ziekenhuis ingekocht. De zorgverzekeraar contracteert een behandelaar, bijvoorbeeld een medisch-specialist. Deze behandelaar koopt de benodigde faciliteiten voor zijn behandeling in bij het ziekenhuis.

- In een tweede variant wordt alleen het verblijf ingekocht bij het ziekenhuis. De behandeling wordt bij de specialist ingekocht. Hier ligt wel een ingewikkeld planningsvraagstuk. In beide twee varianten fungeert het ziekenhuis als een soort winkelcentrum waar de benodigde faciliteiten worden ingekocht.
- Een derde variant is het ziekenhuis als warenhuis waarbij alles, de gehele keten van zorg, bij het ziekenhuis wordt ingekocht.

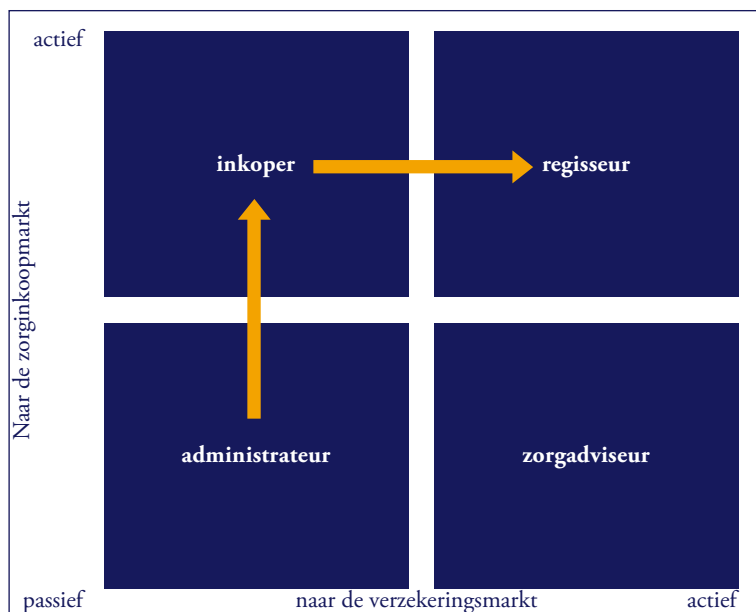
5.9 Succesvolle zorginkoop ondersteunt de zorgverzekeraar richting regisseur

Het succes van het zorginkoopstelsel hangt onlosmakelijk samen met de mate waarin zorgverzekeraars actief aan de slag gaan met selectie en gedifferentieerde contractering. Vanuit de veronderstelling dat hoge kwaliteit leidt tot lage kosten wordt kwaliteit op termijn het belangrijkste bepalende aspect bij de zorginkoop. Hierover zijn de meningen nog verdeeld en zeker is dat we zo ver nu nog niet zijn. Dus eerst selecteren op kwaliteit én prijs.

Dat betekent op de korte(re) termijn dat de focus ligt op kostenbeheersing, terwijl de kwaliteit van de zorg transparant wordt gemaakt. Dit is ook de enige manier om de stijgende kosten tijdig in de hand te kunnen houden. Daarna kan kwaliteitssturing meer actief plaatsvinden, inclusief het sturen van de klant naar de gecontracteerde aanbieders.

De zorgverzekeraar loopt daarmee een pad van ‘administrateur’ naar ‘inkoper’ om ten slotte uit te groeien tot volwaardig ‘regisseur’ (zie Atos Consulting, Nyenrode).

Figuur 5.1: Verwacht ontwikkelpad van de zorgverzekeraar



Als administrateur biedt de zorgverzekeraar slechts beperkte toegevoegde waarde. Op de zorginkoopmarkt speelt de zorgverzekeraar nauwelijks een rol.

In het scenario waar marktwerking is geïntroduceerd, gaat de zorgverzekeraar zich als inkoper onderscheiden op zorginkoop. In samenwerking met zorgaanbieders worden nieuwe producten en diensten op de markt zetten. De zorgaanbieder wordt gestimuleerd tot efficiënt en ondernemend gedrag, omdat hij niet meer automatisch verzekerd is van klantenstromen. De zorgaanbieder en zorgverzekeraar gaan een verdergaande samenwerking aan, waarbij ze met een gezamenlijk doel werken en ze elkaar gemakkelijk kunnen beïnvloeden. Door de Health Maintenance Organization (HMO)-achtige constructies vindt meer integratie van zorgaanbod en financiering plaats en is de zorgaanbieder verzekerd van een bepaalde stroom van inkomsten.

In het laatste scenario is de zorgverzekeraar daadwerkelijk regisseur van de zorg. In dat scenario is maar een beperkt aantal zorgverzekeraars overgebleven, in combinatie met een onmisbaar product. Doordat de markt onder een aantal grote spelers is verdeeld, resteren er weinig keuzemogelijkheden voor de consument tussen zorgverzekeraars en is de mobiliteit laag, mede door langtermijnpolissen met zorgverzekeraars. Er is weinig prijsconcurrentie, terwijl de zorgverzekeraars wel de mogelijkheid kunnen benutten om tot productdifferentiatie over te gaan. De zorgverzekeraars hebben grote invloed op de zorginkoopmarkt. Sturing

van verzekerden is een geaccepteerd verschijnsel, en zorgaanbieders zijn afhankelijk van de zorgverzekeraars. Alleen in dit laatste scenario zijn kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing werkelijk met elkaar te combineren.

6 Aanbevelingen voor de overheid en het systeem

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de randvoorwaarden die door de overheid moeten worden ingevuld.

6.1 Een regulerende rol van de overheid blijft noodzakelijk

De overheid moet zich richten op randvoorwaarden

De overheid zal zich steeds meer moeten richten op het creëren van de randvoorwaarden. Zij moet de regels bepalen waarlangs het spel van de marktwerking moet worden gespeeld en niet meer als 'doener' optreden (= het oude systeem). Dat betekent in de praktijk dat het meer zal gaan om het stellen van minimale eisen, het geven van visie en richting aan het proces van liberalisering en marktwerking in de zorg, het stimuleren van marktwerking, het aangeven van wat de overheid van partijen verwacht, het begeleiden van het veranderingsproces en het bijeenbrengen van betrokkenen. Kortom, zacht sturen of 'stewardism' (Figueras, Robinson, Jakubowski, 2005).

Hieronder worden drie taken verstaan:

- Het formuleren van gezondheidszorgbeleid, waarin visie en strategische richting worden gegeven, bijvoorbeeld op het terrein van preventie of evidence based medicine;
- Het uitoefenen van invloed door regulering daar waar dit niet door de zorginkoop kan worden gerealiseerd (voor het realiseren van de publieke doelstellingen in de zorg); bijvoorbeeld op het terrein van kwaliteit het vaststellen en bewaken van minimale kwaliteit van de in te kopen zorg (IGZ);
- Het opleveren en gebruiken van informatie om te controleren of de publieke doelstellingen worden behaald (public en corporate governance), bijvoorbeeld het stimuleren/afdwingen van transparantie van keuze-informatie aan verzekerden.

De overheid moet zich beter verdiepen in de kenmerken van de zorginkoop

Het lijkt er soms op alsof de wetgever en beleidsmakers geen goed beeld hebben over hoe zorginkoop daadwerkelijk functioneert en wat zorginkoop nodig heeft om succesvol te zijn.

Beleidsregels komen vrijwel altijd ruim nadat de inkoopstrategie van de zorgverzekeraar voor het jaar erna reeds is vastgesteld. De inkoopstrategie wordt zo rond april van enig jaar vastgesteld voor het jaar erna; beleidsregels worden vaak pas in het najaar vastgesteld en gecommuniceerd.

Dit creëert zowel voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders verwarring en maakt inkoopprocessen onnodig complex. De overheid zou zich beter moeten verdiepen in de procesgang van de zorginkoop en deze procesgang moeten faciliteren door tijdig de randvoorwaarden te communiceren.

Ook legt de overheid in haar huidige beleid een grote focus op de positie van de klant en transparantie voor de klant. De werkelijke inkoopmacht in het huidige systeem komt van de zorgverzekeraar. Om het inkoopmodel (sneller) succesvol te laten zijn, dient de overheid transparantie van kwaliteit van de zorg af te dwingen bij zorgaanbieders.

Opvallend is dat marktanalyses (analyses inzake marktwerking, definities van markten) vaak voorbij gaan aan de beslissende positie van de zorgverzekeraar op de marktordering als inkoopende partij. Zo is de inkooptheorie vrijwel nooit een onderdeel van de analyses van zorgmarkten door NMa en NZa. Dit terwijl de strategie van de zorginkoper in sterke mate bepalend zal zijn voor de contractering en de daarmee resulterende marktverhoudingen.

Ten slotte zou de overheid de mogelijkheid van het aanbieden van meerjarige zorgpolissen door zorgverzekeraars, zonder dat verzekerd het recht hebben gedurende de looptijd van de polis van zorgverzekeraar te wisselen, kunnen overwegen. Op deze wijze wordt het voor zorgverzekeraars aantrekkelijker om actief met disease management en health management aan de slag te gaan.

Overheid en politiek moeten ondersteunend werken om mythes de wereld uit te helpen

De overheid en de politiek moeten ondersteunend werken om mythes over zorginkoop de wereld uit te helpen door helder te communiceren. Daarin dient duidelijk naar voren te komen dat zorginkoop hét instrument voor de toekomst is. Daarnaast is het belangrijk dat de overheid laat zien dat concurrentiestelling, inkoop en aanbesteden niet haaks staan op het realiseren van maatschappelijke doelstellingen, maar veeleer instrumenten zijn om deze doelstellingen te realiseren.

Terugdringen van de rol van de brancheorganisaties bij het maken van afspraken

In de uitwerking van het beleid van de overheid voor de gezondheidszorg spelen brancheorganisaties een belangrijke rol. Buiten de vraag of belangengroepen een partij moeten zijn in het tot stand komen van afspraken, is de vertegenwoordiging van alle zorgaanbieders steeds lastiger. Oorzaak ligt in het feit dat zorgaanbieders steeds meer differentiatie kennen, en gezamenlijke afspraken worden bepaald door de positie van de zwakste aanbieders die door de brancheorganisatie worden vertegenwoordigd.

6.2 De zorginkoop moet in een inkoopstelsel plaatsvinden

Vereveningsstelsel moet de risico's bij zorgverzekeraar vergroten

In hoofdstuk 4 is gesteld dat het huidige vereveningsstelsel belemmerend werkt voor een goede werking van het inkoopmodel. Aanpassingen van het vereveningsstelsel moeten de risico's bij zorgverzekeraars vergroten, zodat deze meer gestimuleerd worden om een optimale prijs-kwaliteitsverhouding in te kopen voor hun verzekerden en meer initiatieven te ontplooiën op het terrein van disease management, health management en preventie.

Productie door zorgaanbieders mag niet door de bekostiging worden gestimuleerd

Het huidige stelsel van productievergoeding bevat prikkels om de productie te maximaliseren. Aanpassingen in het stelsel van productdefinitie en financiering zijn gewenst, om deze prikkel weg te nemen en beheersing van de productie te realiseren.

Deze aanpassingen vereisen actie van de overheid, maar ook van de zorgverzekeraars die de voordelen van nieuwe financieringsstelsels moeten realiseren. De volgende aanpassingen zouden leiden tot een meer effectieve gezondheidszorg:

- De introductie van outputfinanciering, waarmee in dit verband wordt bedoeld dat financiering plaatsvindt op basis van het geleverde resultaat. Volledige outputfinanciering is nog niet mogelijk, omdat het resultaat onvoldoende gedefinieerd en onvoldoende meetbaar is, maar de introductie van elementen van outputfinanciering is wel degelijk mogelijk. Wij noemen twee voorbeelden:
 - Een bonus-malussysteem voor ziekenhuizen afhankelijk van outputindicatoren zoals de mate van recidive klachten en overlevingskansen, gecorrigeerd voor zorgzwaarte;
 - De financiering van de huisarts deels baseren op de algemene gezondheid van de ingeschreven verzekerden, gecorrigeerd voor risicofactoren in zijn verzekerdenpopulatie;
- Uitbreiding van integrale zorgproducten (zoals keten-DBC's). Er dienen meer producten te komen die niet gebonden worden aan bepaalde aanbieders maar uitgaan van een integrale aanpak. Chronische ziektes zoals reumatoïde artritis en COPD lenen zich hiervoor maar ook bijvoorbeeld heupoperaties waar de revalidatie zowel in het ziekenhuis, een gespecialiseerd revalidatiecentrum of onder begeleiding van een fysiotherapeut kan plaatsvinden. Met de introductie van keten-DBC's heeft de overheid al de eerste stap in deze richting genomen;
- Producten definiëren op het gebied van preventie en gezondheidbevordering. De kosten van de gezondheidszorg kan worden teruggebracht door meer te doen aan preventie en gezondheidsbevordering, met name van de groep personen met een ongezonde levensstijl en

chronische ziekten. Dit vereist een proactieve houding van huisartsen en anderen in de eerste lijn. De overheid kan dit stimuleren door preventie-producten te definiëren met bijbehorende vergoeding waardoor het aantrekkelijk wordt voor aanbieders om energie in preventie te stoppen.

Het DBC-systeem moet eenvoudiger

Los van de veel gehoorde administratieve klachten over het DBC-systeem, zijn er inkooptechnisch ook grote bezwaren tegen het huidige systeem. 30.000 Producten in een catalogus zijn niet serieus in te kopen. Het systeem moet daarom vereenvoudigen om de zorginkoop van ziekenhuiszorg effectief te laten zijn.

Bijlagen

Bijlage A: Inkoopkenmerken van andere sectoren

	leasemaatschappijen	retail		financial services	
		food	non-food	schadeverzekeringen	banken en levensverzekeraars
het belang van de inkoop voor het bedrijf (zowel financieel als emotioneel)	Bij inkoop haalt men de winst. Inkoop is dus een kernactiviteit.	Vanzelfsprekend is inkoop een kernactiviteit. Denk aan de prijsoorlog die AH ontketend heeft. Binnen de inkoopfunctie zijn logistiek, ketenmanagement, productontwikkeling (penetratie in de huishouding) en category management dominante concepten. Verrassenderwijs vind je hier niet per definitie de topprestaties op inkoopgebied sec.	Ook hier is inkoop een kernactiviteit, maar zwakker dan in de food. Binnen inkoop speurt men naar geschikte artikelen en bepaalt men op basis van de vraagprijs of het artikel verkoopbaar is. Het is dus een nogal sequentiele benadering. Echt commercieel ingekocht wordt er dus niet. Category management is een vaak gebruikt besturingsmechanisme maar maakt een soort slingerbeweging door.	De laatste 5-10 jaar is inkoop aan een duidelijke opmars bezig. De schadeuitkeringen worden steeds meer vervangen door leveranciers die de schade herstellen. Dat vergroot het inkooptaandeel in de kostprijs, maar levert tegelijkertijd grote kostenvoordelen op (gaat ook fraude tegen).	Afgezien van de periodieke aandacht voor kostenreducties, dat slechts opportuun is voor weinig stakeholders, vertegenwoordigt inkoop in deze sector geen wezenlijk belang. Veelal wordt inkoop gezien als nuisance functie.
de relatie tussen inkoop en verkoop	Heel direct, maar loopt toch via een tussenschakel, namelijk de Calculatie, die inkooprijzen 1 op 1 doorrekent naar verkoopprijzen.	Ligt meestal in één hand. Verkoopprijzen worden sterk bepaald door de concurrentie.	Ligt meestal in één hand. Verkoopprijzen worden sterk bepaald door de inkooprijzen + opslag.	Ntb. Niet uit te sluiten is dat deze koppeling (via kostprijs bijv.) nog niet echt robuust is, dan wel zelfs ontbreekt. Verkoopprijzen (premies) zullen naar verwachting vooral door concurrentiedruk bepaald worden.	Volledig afwezig.
machtsverhouding inkoper/leverancier	Inkoper is heel dominant.	Varieert heel sterk. In een aantal productgroepen (vb. Coca Cola) is de leverancier absoluut dominant, bij veel andere producten de inkoper. De macht van de leverancier wordt afgebroken door A merken te substitueren door huismerken.	Door het brede assortiment heeft de retailer meestal geen sterke positie. Zeker bij merkleding, maar ook bij andere producten, is de leverancier bijzonder dominant.	Een zeer gemeleerd beeld. Soms is er in een categorie een groot inkoopvolume, maar zijn er ook grote leveranciers. Meestal zal er sprake zijn van veel versnippering (min of meer lokale schadeherstellers).	Meestal ten faveure van de leverancier. Diverse oorzaken: - reciprociteit - eindgebruiker kiest zelf leverancier - inkoop gaat meestal in zee met hele grote partijen - vooral bij IT is er sprake van een lock-in situatie.

	leasemaatschappijen	retail		financial services	
		food	non-food	schade-verzekeringen	banken en levens-verzekeraars
de keuze die men maakt tussen inkopen en zelf doen (verticale integratie)	Gegeven de machtspositie koopt men liever in, dan dat men zelf doet.	Bij voorkeur wordt alles ingekocht. Dat geldt dus ook voor de processen. Zo laat men leveranciers bijv. betalen voor het voorraadhouden.	Hier is een trend waarneembaar dat de retailer zich terugtrekt op het sec bieden van een A-locatie. Het hele proces van inkopen, vervoeren en vullen van de schappen (in sommige gevallen zelfs inclusief assortimentsbeheer) wordt uitbesteed aan derden (supply chain operators).	Men heeft gekozen voor een tussenvorm, namelijk die van regisseur. Andere taken, zoals bijv. expertises, besteedt men het liefst uit.	Er is een voorzichtige trend tot steeds meer uitbesteden. In het bankwezen gaat dat dan om faciliteiten, IT en administratieve taken. Bij pensioenfondsen gaat het al vaker om cruciale taken als beleggingen.
of de inkoop wordt gezien als primair proces of ondersteunend proces	Primair proces.	Primair proces.	Primair proces, maar wel vatbaar voor uitbesteding.	Ondersteunend proces, maar wel groeiend in belang.	Ondersteunend proces.
organisatie van de inkoop en mate van professionaliteit	Vermoedelijk worden de belangrijkste deals niet door inkoop gedaan maar door de directie.	Inkoop is georganiseerd in productgroepen. De kennis van afzetmarkten en producten weegt zwaarder dan de inkoopkennis/professionaliteit.		ntb	Gevarieerde oplossingen, maar meestal zit inkoop onder het facilitair bedrijf.
'facts and figures' over de inkoop en de organisatie ervan: aantal medewerkers, aantal leveranciers, aantal product-categorieën	Het aantal product-categorieën is klein.	Aantallen zijn over het algemeen mega.		Ntb. Het aantal productcategorieën zal direct gekoppeld zijn aan de breedte van het schadepakket (dus beperkt).	Inkoop groeit wel gestaag, maar niet overtuigend en zeker niet vanuit een business belang. Inkoopformaties van 100-200 man komen wel voor. En ook streven velen om de scope van inkoop te verbreden (bijv. ook de buitenlandse vestigingen en dochters bedienen).
mate waarin de inkoop te maken heeft met wet- en regelgeving (aanbestedingsplichtig, wetgeving die van invloed is)	Niet specifiek. Wel verstoring zijn de vele maatregelen die uit Den Haag en de EU komen. Deze raken primair de automobielindustrie, maar indirect ook de leasemij'en.	Veel regels, bijv. t.a.v. voedselveiligheid, vervoer, verpakking.	Ook hier zijn veel regels waar men zich aan dient te houden. Importquota en -heffingen, invoerbepalingen, productveiligheid etc. Denk aan de huidige recalls van Chinese producten.	Niet specifiek.	Niet specifiek.

	leasemaatschappijen	retail		financial services	
		food	non-food	schadeverzekeringen	banken en levensverzekeraars
ontwikkelingen en state of the art/best practice voorbeelden in de inkoop van die sector	In relatie tot de zorginkoop is beslist vermeldenswaard dat de berijder vaak de leverancier kiest (dealer, onderhoud) en dat er daardoor meer leveranciers zijn dan objectief noodzakelijk. Dit veroorzaakt veel kosten en slechtere inkoopcondities. Bij dealers weet men dat te omzeilen door prijs/volume afspraken te maken met importeurs (of zelfs met fabrikanten).	Het beste voorbeeld is wellicht dat men extreem ver kan gaan in het bemoeien van de bedrijfsvoering (echt tot in alle uithoeken) van de leverancier. Men is zelfs bereid om te investeren in de leverancier om een nieuw/verbeterd product te introduceren. Een goede tweede is dat men soms extreem ver doorgevoerde ketenoptimalisaties weet te realiseren.	De ontwikkeling lijkt onomkeerbaar: er wordt steeds meer uitbesteed. Hierboven noemde ik al de uitbesteding van alles aan supply chain operators, maar je ziet ook een toename van het shop-in-shop concept.	Zie 1e antwoord. 2e best practice: Autoschadeverzekeraars betalen bedrijven als CarGlass voor herstel van ruitbeschadigingen. Dit is dus een preventieve actie, om echte schade te voorkomen/beperken.	Weinig tot geen wetenswaardigheden.

	ziekenhuizen	maakindustrie	grond-, weg- en waterbouw
het belang van de inkoop voor het bedrijf (zowel financieel als emotioneel)	Het financieel belang is extreem groot, maar het emotioneel belang domineert. Roadblocks bij specialisten, financiering en leveranciers die precies weten hoe ze de zorgsector moeten binden. Vermeldenswaard is dat dit impliceert dat de zorgketen hier dus eindigt, althans voor wat betreft de invloed van de zorgverzekeraar.	Inkoopbelang is vaak erg groot en inkoop professionaliseert ook al decennialang. In deze sector vind je typisch de bedrijven die de hoogste treden van inkoopprofessionaliteit innemen. Denk aan automotive, producenten van mobiele telefoons, IT industrie.	Groot inkoopbelang (wat niet wil zeggen dat de inkoopafdeling leidend is). Meestal emotioneel ook erg zwaarwegend (o.a. door productinnovaties en een klein aantal grote leveranciers).
de relatie tussen inkoop en verkoop	Volledig afwezig.	Extreem. Meestal wordt inkoop op pad gestuurd op basis van target costing, waarbij naar de huidige maatstaven dat onbereikbare targets lijken.	Via calculatie, maar erg 'los'.
machtsverhouding inkoper/leverancier	Intern is de specialist dominant, maar extern ligt de macht bij de leverancier.	Meestal neemt de inkoper een dominante positie in. Maar in sommige sectoren, bijv. waar schaarste heerst, ligt dat precies andersom (scheepsbouw).	Gevarieerd beeld. In sommige segmenten erg weinig aanbieders, maar wel sterke concurrentie.
de keuze die men maakt tussen inkopen en zelf doen (verticale integratie)	Zelf doen.	De meeste industrieën besteden steeds meer uit. Intellectual property ligt echter gevoelig en dat verhindert dit soms.	Zoveel mogelijk uitbesteden. Ketenregie voeren is het motto.

	ziekenhuizen	maakindustrie	grond-, weg- en waterbouw
of de inkoop wordt gezien als primair proces of ondersteunend proces	Ondersteunend proces.	Primair proces.	Beide.
organisatie van de inkoop en mate van professionaliteit	Heel zwak.	Meestal een zware rol voor inkoop, soms zelfs tot op bestuursniveau. Vaak heel professioneel, maar de technische orientatie kan ook een handicap zijn.	De inkoopfunctie is zwaar ontwikkeld (verankerd bij de directie), de afdeling inkoop is echter meestal erg ondersteunend van aard.
'facts and figures' over de inkoop en de organisatie ervan: aantal medewerkers, aantal leveranciers, aantal productcategorieën	Reikwijdte van inkoop is meestal beperkt tot facilitair/indirect. Beperkt aantal inkopers.	Meestal forse aantallen, zeker voor wat betreft het aantal productcategorieën.	Doorgaans vrij grote aantallen leveranciers en productgroepen.
mate waarin de inkoop te maken heeft met wet- en regelgeving (aanbestedingsplichtig, wetgeving die van invloed is)	Inkopers mogen in ieder geval geen medicijnen kopen.	Lijkt industriespecifiek.	Extreem veel/weerbarstige regelgeving, denk bijv. aan milieueffecten.
ontwikkelingen en state of the art/best practice voorbeelden in de inkoop van die sector	Geen. De meeste initiatieven blijven beperkt tot (pogingen tot) inkoop samenwerking met collegaziekenhuizen.	Lean & mean Kaizen Procesoptimalisatie Just in time Het sourcen van capabilities Quality control Supplier relationship management	Het mooiste voorbeeld hier is dat grote projecten niet ingekocht worden op basis van beste prijs/prestatieverhouding maar op basis van risicoallocatie.

Bijlage B: Literatuur

- Monitor Zorgverzekeringsmarkt De balans 2007. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, mei 2007.
- Kruissubsidie in de zorgverzekeringsmarkt: Visie en activiteiten Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht: NZa, januari 2007.
- Thematisch onderzoek: Verzekerdeninvloed zorgverzekeringswet, Utrecht: NZa, mei 2007.
- CFa College Toezicht zorgverzekeringen, juli 2005.
- Zorgverzekeraar, De: als een vis in 't water?! White paper: onderzoek naar de toekomstscenario's van de zorgverzekeringsmarkt. S.I.: Atos Consulting Trends institute, juli 2007.
- Collectief gevangen? White paper: onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt. S.I.: Atos Consulting Trends institute, maart 2007.
- Visiedocument: Richting geven aan keuzes: Kunnen verzekeraars consumenten stimuleren naar gecontracteerde voorkeursaanbieders te gaan? Utrecht: NZa, 2007.
- Rapport Zorgveilingen. Een onderzoek naar het veilen van kraamzorg. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, november 2006.
- Damman, O.C., et al. Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars. Meting 2006 voor www.Kiesbeter.nl, Utrecht: NIVEL, 2006.
- Monitor Ziekenhuiszorg 2007. Analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2007. Utrecht: NZa, 2007.
- Centraal Bureau Gezondheid en zorg in cijfers 2006. Voorburg: CBS, 2006.
- Data en feiten 2007, Stichting Farmaceutisch Kengetallen, 2007.
- Hassart, F., M. Pomp en D. Wientjens. Financiële prikkels en behandelkeuzes in het nieuwe zorgstelsel. S.I.: ESB, september 2006.
- Inkoopgids DBC, Zeist: Zorgverzekeraars Nederland i.s.m. Elsevier Gezondheidszorg, 2005.
- Kwaliteits-indicatoren ten behoeve van de zorginkoop 2007, Zeist: Zorgverzekeraars Nederland, september 2006.
- Van Bennekom, I., In beweging. maart 2006.
- Telgen, J. Inzicht en overzicht: de uitdagingen van Besliskunde en Inkoop-management. Universiteit Twente, 1994.
- Karssen B. en B. Esselaar, 2007 (nog niet gepubliceerd).
- Hellendoorn, H.H., et al E.M. Sociaal overwogen aanbesteden. Barneveld: Significant, 2007.
- Kraljic, P. Purchasing must become Supply Management. S.I.: Harvard Business Review, 1983.
- Ontwikkelmodel voor de inkoop. Eindhoven: TU Eindhoven s.a.
- Figueras, J, R. Robinson, E. Jakubowski (eds.). Purchasing to improve health systems performances. S.I.: s.a., 2005.
- Lupton, C., S. Peckham, P. Taylor. Managing Public Involvement in Healthcare Purchasing. Buckingham: Open University Press, 1998.

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net).

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail info@ceg.nl

Adviezen en achtergrondstudies

- 08/07 Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop)
- 08/06 Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop)
- 08/05 Zorginkoop
- 08/04 Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies
- 08/03 Screening en de rol van de overheid
- 08/02 Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorend bij het RVZ-advies Beter zonder AWBZ?)
- 08/01 Beter zonder AWBZ?
- 07/05 Werkprogramma 2008
- 07/04 Rechtvaardige en duurzame zorg
- 07/03 Vertrouwen in de arts: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Vertrouwen in de arts)
- 07/02 Vertrouwen in de arts
- 07/01 Briefadvies De strategische beleidsagenda zorg 2007-2010
- 06/12 De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?
- 06/11 Publieke gezondheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij advies Publieke gezondheid)
- 06/10 Publieke gezondheid
- 06/09 Arbeidsmarkt en zorgvraag: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Arbeidsmarkt en zorgvraag)
- 06/08 Arbeidsmarkt en zorgvraag
- 06/07 Zicht op zinnige en duurzame zorg (achtergrondstudie bij het advies Zinnige en duurzame zorg)
- 06/06 Zinnige en duurzame zorg
- 06/04 Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector: economische en juridische aspecten (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
- 06/03 Dossier management van vastgoed in de zorgsector (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
- 06/02 Management van vastgoed in de zorgsector
- 06/01 Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg
- 05/15 Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief

- 05/14 De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
- 05/13 Informele zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
- 05/12 Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
- 05/11 Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
- 05/07 Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)
- 05/06 Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid
- 05/05 Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)
- 05/04 Van weten naar doen
- 05/03 Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier
- 05/02 De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)
- 05/01 Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning
- 04/09 De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)
- 04/08 Gepaste zorg
- 04/07 Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)
- 04/06 De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)
- 04/04 De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies
- 04/03 Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)
- 04/02 Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)
- 04/01E The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)
- 04/01 De Staat van het Stelsel
- 03/15 Acute zorg (achtergrondstudie)
- 03/14 Acute zorg
- 03/13 Gemeente en zorg (achtergrondstudie)
- 03/12 Gemeente en zorg
- 03/10 Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)

03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)
03/05	Van patiënt tot klant
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)
02/14	Gezondheid en gedrag
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid
02/11	Biowetenschap en beleid
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)
02/05	E-health in zicht
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/01	Winst en gezondheidszorg

01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)
01/10	Volksgezondheid en zorg
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)
01/08	Verzekerbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennde studie)
01/04E	Healthy without care
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)
00/03	De rollen verdeeld

Bijzondere publicaties

Sig 08/01A	Publieksversie Vertrouwen in de spreekkamer.
07/06	Adviseren aan de overheid van de toekomst (verslag van de invitational conference, 22 mei 2007)
Sig 07/01A	Publieksversie signalement Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?
06/05	De AWBZ voldoet niet meer. Verslag van vier debatten met de zorgsector over het advies van de RVZ over de AWBZ
06/01E	Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System
05/13E	Informal care: The contribution of carers and volunteers to long-term care
05/16	Adviseren aan de andere overheid (verslag van de invitational conference, 16 juni 2005)
05/10	Uw stem in de WMO (brochure bij het briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning (05/01) en het advies Gemeente en zorg (03/12))
05/09	Internetgebruiker en veranderingen in de zorg
05/08E	The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
04/11	RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)
04/10	De RVZ in beweging (Evaluatierapport RVZ 2000-2004)
04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)
03/11E	The preferences of healthcare customers in Europe
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen

01M/01E	E-health in the United States
01M/01	E-health in de Verenigde Staten
01M/03	Publieksversie Verzekerd van zorg
01M/02	De RVZ over het zorgstelsel
01M/01	Management van beleidsadvisering
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)

Signalementen met achtergrondstudies

Sig 07/02	Goed patiëntschap
Sig 07/01	Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?
Sig 05/04	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: essays en maatschappelijk debat (behoort bij briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg (06/01) en bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement (Sig 05/02).
Sig 05/03	Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)
Sig 05/02E	Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System
Sig 05/02	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement
Sig 05/01	Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

Signalering Ethiek en Gezondheid 2003
 Drang en informele dwang in de zorg (2003)
 Signalering Ethiek en Gezondheid 2004
 Signalering Ethiek en Gezondheid 2005
 Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)
 Mantelzorg...onbetaalbaar? Verslag van het debat gehouden in Utrecht, 26 februari 2004
 De vertwijfeling van de mantelmeeuw (2004)
 Achtergrondstudie Ethiek in de zorgopleidingen en zorginstellingen (2005)
 Signalement Vertrouwen in verantwoorde zorg? (2006)
 Testen van bloeddonors op variant Creutzfeldt-Jakob? (2006)
 Over keuzevrijheid en kiesplicht (2006)
 Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen. (2007)
 Formalisering van informele zorg (2007)
 Financiële stimulering van orgaandonatie (2007)

Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.

VGV 05/04 Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)

VGV 05/03 Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)

VGV 05/02 Genitale verminking in juridisch perspectief (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)

VGV 05/01 Bestrijding vrouwelijke genitale verminking

Werkprogramma's en jaarverslagen

07/05 Werkprogramma 2008

00/02 Werkprogramma RVZ 2001 – 2002

04/12 Jaarverslag 2002-2003 RVZ

02/08 Jaarverslag 2001 RVZ

01/06 Jaarverslag 2000 RVZ

00/01 Jaarverslag 1999 RVZ

