

Zorginkoop



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

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan
de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

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: Quantes, Rijswijk (omslag)
WPT, Rijswijk (binnenwerk)
Uitgave: 2008
ISBN: 978-90-5732-195-5

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net)
of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van
publicatienummer 08/05.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

	Samenvatting	7
1	Een advies over zorginkoop	13
2	De visie van de RVZ	15
3	Gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg	18
4	De zorgverzekeraar als inkoper	22
5	De zorgaanbieder als verkoper van kwaliteit	28
6	De zorgconsument: object of subject van zorginkoop?	34
7	De overheid: facilitator van zorginkoop	37
	 Bijlagen	
1	Adviesvraag	51
2	Verantwoording van de adviesprocedure	53
3	Zorginkoop in het buitenland	57
4	Modaliteiten van zorgcontracten: de positie van de 'derde partij'	81
5	Zorgconsument als marktpartij	105
6	Kwaliteit en Zorgcontractering	129
7	Lijst van afkortingen	147
8	Literatuurlijst	149
	 Overzicht publicaties RVZ	 153

Selectieve zorginkoop, dus niet meer alle zorg contracteren, maar alleen goede én doelmatige zorg contracteren en verzekeren sturen naar gecontracteerde zorg, is de beste manier om tegemoet te komen aan een groeiende en veranderende zorgvraag

Welk probleem lost dit advies op?

Het kwaliteitstekort in combinatie met de sterke groei van de zorguitgaven.

Wat zijn de gevolgen voor de consument?

Een krachtige stem in de zorginkoop. Combinatie van kwaliteit en doelmatigheid. Premieverlaging bij keuze voor gecontracteerde zorg. Kwaliteitstransparantie en robuuste kwaliteitsnormen. Einde vrije artsenkeuze.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

Serieuze risico's op productie en afzet. Prikkel tot doelmatigheid en kwaliteit. Noodzaak strategische positiebepaling en keuzes: schaal, zorgfunctie of instelling, concentratie of deconcentratie, gespecialiseerd of generalistisch, vastgoedmanagement. Ook keuze in de relatie met de zorgverzekeraar: alliantie of niet?

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverzekeraar?

Keuze: restitutie of gecontracteerde zorg? Vervolgens: selectief inkopen, met sturing verzekeren? Zo ja, dan: van verkoop naar inkoop. Forse investering in zorginkoop: professionalisering, oriëntatie op klant, kwaliteit, keten (dus regionaal). Verticale integratie overwegen. Inkoopcombinatie met patiënten. Ondermaatse zorg niet meer contracteren. Kennis over kwaliteit en doelmatigheid.

Wat kost het?

Op termijn levert dit (in de collectieve sfeer) geld op (doelmatigheids-winst). Wel uitgaven nodig ter ondersteuning patiëntenorganisaties ten behoeve van hun rol in de zorginkoop.

Wat is nieuw?

Ruimte geven aan 'echte' selectieve zorginkoop met alle risico's van dien (faillissement zorgaanbieder). Consequenties hiervan aanvaarden: vrije artsenkeuze passé, continuïteit bedrijfsvoering niet meer gegarandeerd. Eerste lijn als ketenregisseur en fundholder voor de zorgverzekeraar. Minimum kwaliteitsnormen op te stellen door onafhankelijk instituut, met inbreng van patiënten en verzekeraars. Zorg onder de maat niet meer contracteren. Toezicht IGZ mede ten behoeve van zorginkoop.

Zorginkoop

Samenvatting

Wat is 'zorginkoop'?

De Zorgverzekeringswet (Zvw) regelt niet alleen een basisverzekering voor zorgkosten, maar ook de zorginkoop. Zorginkoop is het proces dat leidt tot een contract tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder. In dat contract staan afspraken over de zorg die de aanbieder gedurende de looptijd van het contract moet leveren aan de verzekerden van de verzekeraar. Dat kunnen afspraken zijn over de hoeveelheid zorg, over het type zorg, over de prijs van de zorg en over kwaliteit van de zorg. De verzekeraar biedt zijn verzekerden dit pakket gecontracteerde zorg aan. Hij hoeft dat niet te doen, hij kan ook declaraties van zijn verzekerden betalen en verder geen energie steken in de contractering van zorg. Doet hij het eerste, dan richt hij zich op de 'verkoop' (van polissen). Doet hij het tweede, dan is de 'inkoop' (van zorg) zijn doelstelling. Hier ligt een strategische keuze voor de zorgverzekeraar.

Dit is een advies over inkoop, niet over verkoop. Waarom is de inkoop van zorg belangrijk? Problemen kwellen de gezondheidszorg. De kwaliteit van de zorg schiet tekort en de kosten van de zorg stijgen snel, zo snel dat een betaalbaarheidsprobleem ontstaat. Twee problemen, maar in feite een: het rendement (de kwaliteit) op de enorme investeringen in de gezondheidszorg is te klein. Vindt het kabinet, vindt het parlement, maar vindt ook de burger. Als je dit probleem niet snel oplost, dan brokkelt het draagvlak in de samenleving voor zo'n kostbare collectieve voorziening af.

De gedachte achter de Zvw nu is dat concurrentie tussen zorgaanbieders en tussen zorgverzekeraars het probleem vermindert. En die concurrentie ontstaat onder andere door zorginkoop, in het bijzonder door selectieve zorginkoop. Het is niet overdreven om selectieve zorginkoop tot *conditio sine qua non* van de Zvw uit te roepen. En het is ook niet overdreven de selectieve zorginkoop te bestempelen als vitaal mechanisme voor de borging van de drie publieke belangen in de gezondheidszorg: kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid.

Conditio sine qua non? Vitaal mechanisme? Waarop berust dit? Op de gedachte dat met selectief inkopen de zorgverzekeraar de zorgaanbieder dwingt de kwaliteit te leveren die nodig is én die de klant vraagt. Tegelijkertijd gaan wij er dan vanuit dat de verzekerden de zorgverzekeraar dwingen die kwaliteit in te kopen. En het bijzondere is dat in het

inkoopproces de verzekeraar op zijn beurt de verzekerde in een bepaalde richting dwingt (oftewel stuurt). Aannahme is dat kwaliteit staat voor verantwoorde zorg, voor veilige zorg, voor klantvriendelijke zorg én voor doelmatige zorg. Voor deze aannahme bestaat evidentie. Een zorgverzekeraar die selectief inkoop contracteert niet alle zorg die de zorgaanbieder beschikbaar stelt en hij contracteert ook niet alle zorgaanbieders. Hij contracteert alleen zorgaanbod en zorgaanbieders waaraan behoefte bestaat. En hij selecteert op basis van kwaliteit en doelmatigheid. Als het goed is - en ook dat is een centrale gedachte achter de Zvw - is de in koper (de zorgverzekeraar) de vertegenwoordiger van zijn verzekerden, gezond of ziek.

Het bijzondere, maar ook het lastige, aan de zorginkoop, is dat die zich afspeelt tussen private partijen - zorgverzekeraars en zorgaanbieders, met de patiënten als prominente toeschouwers - en toch de publieke belangen in de gezondheidszorg moet dienen. Een private handeling in een publieke arena. Zorginkoop is als het ware een alternatief voor marktoriening én voor staatsbemoedening.

Waarom een advies over zorginkoop?

De RVZ beantwoordt in dit advies deze vragen:

- 1. Welke belemmeringen zijn er?**
- 2. Hoe kunnen wij deze wegnemen?**
- 3. Wie moet dit doen en hoe?**

Het gaat dan om Kwaliteit, Ketenzorg en Klant.

De Raad richt zich met zijn advies tot de minister van VWS én tot veldpartijen.

Na twee jaar Zvw kan men concluderen dat deze zorgverzekering redelijk goed werkt, maar dat de zorginkoop beter kan en moet. Zorgverzekeraars kopen nog niet echt selectief in. Wel zijn er hoopgevende initiatieven.

Twee uitgangspunten liggen aan dit advies ten grondslag.

1. Zorginkoop kan alleen maar werken als politiek en overheid contractpartijen ruimte bieden en de risico's daaraan verbonden accepteren. Selectieve inkoop vereist lokale speelruimte. Maar selectieve inkoop zal grote - én noodzakelijke! - gevolgen hebben voor het bestaande zorgaanbod. Op de commotie die dat oproept zal Den Haag terughoudend moeten reageren. Wij moeten accepteren dat heilige huisjes (of 'Haagse axioma's'), zoals vrije artskeuze, door selectieve zorginkoop instorten.
2. Hoe aantrekkelijk een rechtstreekse ruilrelatie tussen zorgconsument en zorgproducent ook is, deze is nu eenmaal niet altijd mogelijk. In een aantal situaties is het én voor het publiek belang én voor het individueel belang nodig een derde partij tussen consument en producent in te zetten. Dat is de zorginkoper, de zorgverzekeraar.

Zorginkoop door een derde partij is nodig als:

- de zorg complex is en schaars
- én als er sprake moet zijn van ketenzorg
- én kwaliteit en doelmatigheid tekortschieten
- én DBC-prijzen sterk variëren.

De noodzaak van zorginkoop en derde partij is geen natuurwet. Door succesvolle, lees selectieve, zorginkoop zou die noodzaak kunnen verdwijnen. Dan komt die rechtstreekse ruilrelatie in zicht. Maar zover is het nog niet!

Laten wij de inkooppartners eens wat beter bekijken: de contracterende partijen, zorgverzekeraars en zorgaanbieders, én de patiënten.

De zorgverzekeraar: van verkoop naar inkoop

De zorgverzekeraar heeft twee klanten: gezonde verzekerden en ongezonde zorgconsumenten. Aan gezonde (potentiële) verzekerden verkoopt hij polissen tegen een zo laag mogelijke premie. Voor bij hem verzekerde zorgconsumenten koopt hij zorg in. De twee klanten hebben verschillende belangen. De een wil een lage prijs, de andere goede zorg. Kan de zorgverzekeraar beiden tevreden stellen? Ja, door doelmatige én kwalitatief goede zorg in te kopen. En selectieve zorginkoop maakt dat mogelijk. Selectief, dat is doelmatigheid en kwaliteit. Goede zorg voor een lage prijs. Beide klanten tevreden.

Selectieve zorginkoop is afhankelijk van:

1. De verzekeringsmarkt
2. De wet- en regelgeving
3. De coalitie verzekeraar - patiënt

Maar gaat de zorgverzekeraar dit ook doen? Dat hangt af van drie factoren.

1. Ontwikkelingen op de verzekeringsmarkt

Het is aannemelijk dat zorgverleners zich straks in de slag om de gunst van de klant vooral moeten onderscheiden in de exclusiviteit van de ingekochte zorg. Op prijs en service kunnen zij zich niet meer onderscheiden.

2. Wet- en regelgeving: randvoorwaarden en speelruimte

Selectieve zorginkoop en sturen van verzekerden is nu al mogelijk. Toch zijn er belemmeringen in de wet- en regelgeving, is er te weinig speelruimte voor 'echte' selectieve zorginkoop van in het bijzonder kwaliteit en ketens.

Belemmeringen voor selectieve zorginkoop:

1. Schotten in de financiering (Zvw, AWBZ, WMO)
2. Onvoldoende kwaliteitstransparantie
3. Inadequate DBC-structuur
4. Switchende verzekerden
5. Centrale prijsvorming
6. Afreken- en verantwoordingscyclus
7. Ex post verevening (nacalculatie)

3. De coalitie verzekeraar – patiënt

Voor selectieve zorginkoop (en sturen van verzekerden) is een partnerschap tussen zorgverzekeraar en patiënt(en organisatie) een absolute voorwaarde. De zorgverzekeraar moet in ieder geval voor patiënten inkopen en dus zal hij vooraf bij patiëntenorganisaties te rade moeten gaan. Selectieve inkoop van doelmatigheid en kwaliteit moet het patiëntenbelang dienen. Zo niet, dan verdampen maatschappelijke acceptatie en houdbaarheid.

Selectieve zorginkoop vraagt om forse investeringen van zorgverzekeraars. Die investeringen moeten leiden tot een strategische verschuiving van verkoop naar inkoop. Dit betekent voor de inkoopfunctie: professionalisering en uitbreiding, situering dicht bij Raad van Bestuur, kanteling naar kwaliteit, keten, klant en een regionale oriëntatie. Wat kan helpen bij deze omslag is dat:

1. sturen van verzekerden zeker haalbaar is, als het profijt maar duidelijk is en
2. verticale integratie van een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder zeker een begaanbare weg is.

De zorgaanbieder: doelmatigheid én kwaliteit

Ook de zorgaanbieder moet fors in het zorginkoopproces investeren. Hij moet de gouden combinatie kwaliteit en doelmatigheid vinden. Als hem dat lukt, is hij aantrekkelijk voor patiënten en voor zorgverzekeraars.

Bestaat die combinatie? Ja, als je er vanuit gaat dat kwaliteit bestaat uit drie componenten:

Kwaliteit van zorg is:

1. Het medisch-technische en het professionele
2. De responsiviteit en de functionaliteit (voor de patiënt)
3. De organisatie: logistiek, communicatie etc. (doelmatigheid)

Dit is een statement: kwaliteit is dus ook organisatie, efficiency, doelmatigheid en er blijkt opmerkelijk vaak een relatie te zijn tussen deze twee zijden van de medaille. En daarmee is kwaliteit hét onderwerp voor selectieve zorginkoop. Selectieve zorginkoop moet de prikkels bevatten voor kwaliteitsverbetering.

Maatregelen transparantie kwaliteit:

1. IGZ stelt minimumnormen kwaliteit op.
2. Autorisatie (inhoud, proces, communicatie) door onafhankelijk instituut.
3. Zorgverzekeraar en patiënten formuleren inkoopbeleid.
4. IGZ publiceert beste en slechtste x% zorgaanbieders voorafgaande aan inkoopcyclus.
5. Zorgverzekeraars contracteren niet (volledig) onder het minimumkwaliteitsniveau (combinatie met verscherpt toezicht IGZ).

Selectieve inkoop kan enorme gevolgen hebben voor het bestaande zorgaanbod. Het volgende zou kunnen gebeuren.

1. Het einde van het ziekenhuis als geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Er zullen allerlei nieuwe vormen van zorg ontstaan. Functies en zorgketens zijn straks belangrijker dan instellingen.
2. De combinatie van selectieve zorginkoop, kwaliteitstransparantie en integrale prestatieprijzen creëert een cumulatie van bedrijfsrisico's op intramurale zorg. Aanbieders zullen intramuraal aanbod vervangen door extramuraal, klinisch door poliklinisch. Algemeen: een deconcentratietrend.
3. Zo ontstaan reële nieuwe kansen voor een innovatieve, brede eerstelijnszorg als substituut voor tweedelijnszorg.
4. Dit alles is in het voordeel van de zorgprofessional. Die krijgt meer kansen zijn professionele verantwoordelijkheid waar te maken.

Het scenario selectieve zorginkoop zou dus wel eens tot grote verbeteringen in de gezondheidszorg kunnen leiden. Wij moeten ons wel realiseren dat dit ingrijpende gevolgen heeft voor de manier waarop de zorg nu vaak is georganiseerd: in instellingen, geconcentreerd, intramuraal, geëchelonned. Maar hoe dan ook, voor de patiënt wordt het beter.

De zorgconsument: lijdend of leidend?

Er is al het een en ander gezegd over de zorgconsument. Kern van de zaak: zorginkoop, dat is altijd voor of namens en soms zelfs door de consument. Betrokkenen moeten dan wel de rollen goed uit elkaar houden:

- De verzekerde wil een lage premie.
- De patiënt wil kwaliteit (in de bovenbedoelde driedelige zin), zorg op maat en value for money.
- De burger wil rendement, resultaat en borging van publieke belangen.

In het inkoopproces moet van deze drie in ieder geval de patiënt mee kunnen praten. En wat meteen opvalt, is dat nu juist op de inkoopmarkt de patiënt de minste invloed kan uitoefenen. Op de verzekeringsmarkt en op de zorgverleningsmarkt heeft hij een beperkte invloed.

Manieren om invloed om de zorginkoop uit te oefenen zijn er zeker. Via een verzekerdenraad, met hulp van de CQ-index, afspraken tussen verzekeraar en patiëntenorganisatie tot zelfs gedeeltelijke delegatie van inkoopmacht. Een alternatief voor dergelijke zorginkoopmodellen

is het persoonsgebonden budget (pgb). Het pgb geeft de patiënt directe inkoopmacht. Het leidt tot een rechtstreekse ruilrelatie tussen consument en producent. Bij zorginkoop zien wij een derde partij optreden. Tussen deze uitersten - pgb en zorginkoop - liggen allerlei mengvormen. Er zal zich een scala van inkoopformules ontwikkelen in de gezondheidszorg. Er komen waarschijnlijk ook nieuwe tussenpersonen en third parties: via het Internet, bemiddelingsbureaus, case managers, ketenregisseurs, de eerste lijn en nieuwe verzekeringsvormen.

Dit alles is, net als de zojuist beschreven ontwikkelingen in het zorgaanbod, in het voordeel van de zorgconsument.

De overheid: het advies

Zorginkoop is gereguleerde marktwerking. Het is contractering, dus privaatrechtelijk. Heeft de overheid een functie en zo ja welke? Hoe luidt het advies aan de minister van VWS?

Samengevat adviseert de RVZ de minister dit:

- **Zorginkoop is een private zaak. Houdt afstand. Geef contractpartijen maximale ruimte. Alleen zo ontstaat selectief zorginkopen. Ruimte en selectief inkopen hebben ongetwijfeld grote gevolgen voor het zorgaanbod. Heb vertrouwen en accepteer de incidenten die bij zo'n proces horen.**
- **Concreet: neem bestaande belemmeringen in wet – en regelgeving op de in dit advies genoemde terreinen weg. Prioriteit: de kwaliteitstransparantie.**
- **Communiceer duidelijk over de bedoeling van de Zvw, over de wenselijkheid van selectieve zorginkoop en over eventuele gevolgen.**
- **Benut de mogelijkheden die er zijn om de differentiatie en de mededinging in het zorgaanbod te vergroten, o.m. door substitutie te bevorderen. Geef de professional meer ruimte om zorgaanbieder te zijn.**
- **Spreek een tijdpad voor de verdere uitbouw van selectieve zorginkoop af met de zorgverzekeraars in combinatie met een dereguleringsprogramma (prijsvorming, uitgavenmanagement, kapitaallasten). Laat zorgaanbieders en hun DBC's die er rijp voor zijn desgewenst versneld overgaan naar het B-segment.**
- **Start pilots in regio's om te experimenteren met zorginkoopmodaliteiten.**
- **Entameer een parlementair debat over de gevolgen van selectieve zorginkoop en de omgang met risico's op dat vlak. Stel Haagse axioma's - bijvoorbeeld de vrije artskenkeuze - ter discussie.**

Zie hoofdstuk 7 van het advies voor de concrete aanbevelingen. De RVZ denkt dat veldpartijen nog in deze kabinetsperiode onomkeerbare stappen in de zorginkoop gaan zetten. De minister kan hen hierin steunen.

1 Een advies over zorginkoop

1.1

Zorginkoop: motor van de Zvw

Dit is een advies over 'zorginkoop'. Zorginkoop is contractering van zorgaanbod door een zorgverzekeraar. Hij doet dat voor zijn verzekerden. Als 'uitvoerder' van de Zorgverzekeringswet (Zvw) kan hij zijn verzekerden op twee manieren van dienst zijn. Hij kan, als zij naar een huisarts of naar een ziekenhuis zijn geweest, hun declaraties betalen. Hij kan ook, voorafgaand daaraan, de medische zorg, waarop de verzekerden recht hebben, voor hen inkopen, contracteren. De verzekerden kunnen dan die medische zorg gebruiken. Wie de Zvw goed bekijkt, ontdekt dat de zorginkoop, de tweede dienst van de zorgverzekeraar, de motor is die deze verzekering draaiende moet houden. Dat heeft te maken met het bijzondere karakter van de Zvw. Het is een verzekering die particuliere verzekeraars uitvoeren. Maar het is ook een verzekering waarmee de overheid grote publieke belangen wil borgen, namelijk toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van medische zorg. In de praktijk zal het vrijwel onmogelijk zijn de drie publieke belangen in de medische zorg te dienen zonder zorginkoop, zonder het contracteren van die zorg door verzekeraars. Dat maakt zorginkoop een bijzonder verschijnsel: het dient als marktmechanisme de individuele belangen van verzekerden, maar het is ook een manier om collectieve belangen te dienen.

1.2

De adviesvragen (belemmeringen, verbeteringen?) en focus advies: kwaliteit, klant en ketens

De Zvw - en daarmee de zorginkoop - bestaat sinds 1 januari 2006. In die twee jaar heeft de Zvw zich gunstig ontwikkeld, maar loopt zijn motor - de zorginkoop - nog niet goed. Dit was aanleiding voor de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) te vragen om een advies over zorginkoop. Hij vraagt de Raad na te gaan welke belemmeringen er zijn voor een effectieve zorginkoop, dat wil zeggen, voor een zorginkoop als bedoeld in de Zvw. Hij vraagt de Raad ook om de mogelijkheden voor verbetering van de zorginkoop te beschrijven en om aan te geven wie de verbeteringen kan en moet realiseren: de overheid, de contractpartijen of beide. De minister vraagt de Raad zich te concentreren op kwaliteit, ketenzorg en de rol van de patiënt. Want op die drie punten bestaan twijfels over de effectiviteit van zorginkoop, terwijl het daar nu juist om moet gaan. Dit advies behandelt de inkoop van de eerstelijnszorg en van de medisch-specialistische zorg.

1.3

Advies en
achtergrondstudies

Om de vragen van de minister te kunnen beantwoorden, heeft de RVZ veel materiaal verzameld. Hij heeft Gupta Strategists gevraagd na te gaan hoe de zorginkoop in de praktijk verloopt. Dit is gebeurd met behulp van een webenquête en interviews onder zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het resultaat is het rapport ‘Onderhandelen met zorg’. Aan Significant vroeg de Raad: hoe staat het er voor? Dat leverde het rapport ‘Zorginkoop heeft de toekomst’ op. De Raad publiceert deze rapporten samen met zijn advies over zorginkoop. De Raad heeft ook enkele eigen analyses verricht, onder meer naar het belang van zorgcontractering, naar de rol van de zorgverzekeraar en naar die van de patiënt. Deze zijn in de bijlagen van dit advies opgenomen. In de tekst voor dit advies staan regelmatig verwijzingen naar de rapporten en de analyses. De lezer kan daar terecht voor de onderbouwing van uitspraken in het advies. De RVZ heeft ook een aantal bijeenkomsten gehouden om met direct betrokkenen over zorginkoop te kunnen praten.

1.4

Advies voor minister én
voor zorgsector

Dit is een advies voor de minister van VWS. Maar het bijzondere karakter van zorginkoop verplicht de RVZ zijn advies ook tot de contractpartijen in de zorgsector te richten. Zorginkoop is nu eenmaal een private transactie die publieke doelen dient. En dat maakt ook dit advies bijzonder. Het is gericht aan de overheid én aan de zorgsector.

1.5

Opbouw advies

Dit advies heeft deze opbouw. Eerst geeft de Raad in de hoofdstukken 2 en 3 zijn kijk op de zaak. Wat is zorginkoop, wat zou het moeten zijn en: waarom is die zo belangrijk? In drie daaropvolgende hoofdstukken staan de drie partijen in de zorginkoop centraal, respectievelijk de zorgverzekeraar, de zorgaanbieder en de zorgconsument. Het is, gegeven de vraag van de minister, onvermijdelijk dat in dit advies de zorgverzekeraar de meeste aandacht krijgt. Vanuit het perspectief van verzekering en verzekeraar, kijkt de Raad naar de andere partijen in de zorginkoop. Na de veldpartijen de overheid. Diens rol staat centraal in hoofdstuk 7. Daarin aanbevelingen aan de minister en aan veldpartijen, zo geformuleerd dat een publiek-private investering in de zorginkoop kan ontstaan.

2 De visie van de RVZ

2.1

Zvw: het gaat goed, maar er dreigen grote problemen

De gezondheidszorg kent sinds twee jaar de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw is een mijlpaal in de naoorlogse parlementaire geschiedenis en een tot nu toe succesvol financieringsarrangement. Maar dat alles is niet voldoende. Er zijn grote problemen in de gezondheidszorg. De kwaliteit en de responsiviteit van de zorg schieten tekort. Dat maakt de patiënt ontevreden. Tegelijkertijd rijzen de zorguitgaven - collectieve lasten!- de pan uit. Dat maakt de belastingbetaler ontevreden. De vergrijzing zal de zaak alleen maar verergeren. Kwaliteitstekort en uitgavenexplosie kunnen de gezondheidszorg, als er niets gebeurt, in een diepe crisis storten.

2.2

Selectieve zorginkoop: deel van de oplossing

Willen wij dat voorkomen, dan moeten wij in ieder geval een vitaal onderdeel van de Zvw, de zorginkoop, effectiever gaan gebruiken. Zorginkoop - en dan bedoelt de Raad: 'selectieve of gedifferentieerde zorginkoop' - is een belangrijk middel om kwaliteit en functionaliteit te verbeteren en de uitgavengroei acceptabel te laten verlopen.- overheidsregulering, maar ook de pure markt (schade- of restitutieverzekering) bieden geen soelaas. Vanuit een centrale overheid is het niet (meer) mogelijk vraag en aanbod op elkaar af te stemmen en dat is nu eenmaal essentieel voor kwaliteit, functionaliteit en toegankelijkheid. En voor centrale aanbodregulering, als methode om de betaalbaarheid te borgen, bestaat onvoldoende draagvlak. De markt is op dit moment, door marktimperfecties, nog niet in staat de publieke belangen te borgen zonder relatief zware randvoorwaarden van de overheid. Zorginkoop combineert decentrale afstemming van vraag en aanbod met borging voor publieke belangen. Zie hoofdstuk 3.

2.3

Selectieve zorginkoop bevordert namelijk kwaliteit

Het is wel zo dat men ook langs andere weg kan bevorderen dat zorgaanbieders de kwaliteit van hun zorg verbeteren. Om volledig te zijn, er zijn drie wegen:

1. Extern toezicht (de Inspectie voor de Gezondheidszorg, IGZ) of andere vormen van overheidsoptreden.
2. De klant, die in zijn keuzegedrag rechtstreeks blijk geeft van zijn preferenties op een vrije markt of met behulp van een persoonsgebonden budget (pgb).
3. Zorginkoop door een zorgverzekeraar.

In dit advies gaan wij ervan uit dat men al deze wegen moeten bewandelen om een algehele kwaliteitsverbetering - die nodig en mogelijk is - te bewerkstelligen.

2.4

Conclusie na twee jaar
Zvw: zorginkoop moet
beter

Zorginkoop is dus een belangrijk middel. Dat is het nog niet. Hoewel twee jaar Zvw te kort is om al een definitief oordeel te hebben, zijn drie voorlopige conclusies toegestaan (zie de achtergrondstudies bij dit advies (Gupta en Significant)).

1. De zorginkoop werkt nog niet zoals bedoeld (er wordt nog niet selectief ingekocht, *conditio sine qua non* voor de Zvw). Staat in feite nog in de kinderschoenen en alle betrokkenen moeten nog fors investeren om de noodzakelijke verbetering te realiseren.
2. Als de bereidheid dat te doen er is, kan de zorginkoop een succes worden, dat wil zeggen de beoogde functie in het zorgstelsel gaan vervullen. Het lijkt erop dat bij veldpartijen deze bereidheid bestaat: er zijn de laatste tijd hoopgevende ontwikkelingen (een aantal nieuwe polissen met kortingen voor gecontracteerde zorg).
3. De overheid moet die ondersteunen door ruimte te scheppen en risico te accepteren.

2.5

Maar: zorginkoop vereist
speelruimte én politieke
acceptatie van risico's

Ruimte scheppen begint bij de acceptatie van zorginkoop als vorm van zelfordening, als concurrentie met alle risico's van dien. Voor dit leidend beginsel moet stevig politiek draagvlak ontstaan. Zorginkoop is een marktmechanisme, géén beleidsinstrument van de overheid, al dient het wel, naast individuele, collectieve belangen. Ruimte is risico en vice versa. In essentie betekent dit dat de overheid bestaande beschermingsconstructies rond zorgaanbieders en zorgverzekeraars (prijzen, producten, *ex post* verevening) systematisch, stap voor stap, ontmantelt en dat ook zo snel mogelijk luid en duidelijk uitspreekt. Maar er zijn meer mogelijkheden om de zorginkoop te stimuleren. Dit advies bevat vele voorbeelden, zoals het optuigen van de eerstelijns. In dit advies gaan wij ook in op de voorwaarden waaronder vervolgens verzekeraars kunnen overgaan tot selectieve inkoop van kwaliteit en ketens. Die kan zeer grote gevolgen hebben voor het zorgaanbod: allocatie van middelen, continuïteit, organisatie, personeel. Dit leidt ongetwijfeld tot commotie. Maar die moet niet tot een andere beleidsrichting leiden. Eén ding is zeker, de commotie vraagt om een duidelijke en gedeelde visie op het einddoel.

2.6

Met selectieve
zorginkoop: meer
kwaliteit, meer klant,
meer ketenzorg

Selectieve of gedifferentieerde zorginkoop is hier een hefboom waarmee wij noodzakelijke veranderingen in de gezondheidszorg - meer kwaliteit, meer gezondheidswinst of zorgresultaat, meer ketenzorg en daarmee dus ook meer doelmatigheid - kunnen bewerkstelligen. En dat is de enige manier om de onvermijdelijke uitgavenexplosie in de gezondheidszorg

(lees: lastenverzwaring) acceptabel te maken. Dit wil helemaal niet zeggen dat alle medische zorg gecontracteerd moet worden en ook niet dat iedere polis betrekking moet hebben op gecontracteerde zorg. Er zijn vormen van zorg die zich lenen voor een pgb-constructie of voor een schadeverzekering. Het is goed als in de Zvw allerlei modaliteiten ontstaan. Dat doet recht aan de diversiteit binnen het basispakket en in de samenleving. Maar voor complexe, meervoudige, schaarse medische zorg en voor een generieke kwaliteitsverbetering, is zorgcontractering door een verzekeraar voorwaarde.

2.7

Selectieve zorginkoop haalt Haagse axioma's onderuit!

Zorginkoop dwingt ons na te denken over Haagse axioma's:

- de gedachte dat zorginkoop als doel heeft bekostiging van zorgaanbod (dus: instandhouding),
- en dat het publieke doel 'toegankelijkheid'/bereikbaarheid hetzelfde is als instandhouding van het bestaande,
- de vrije artskeuze als publiek belang,
- de wenselijkheid van kwalitatieve uniformiteit en de mogelijkheid dit centraal af te dwingen.

Zorginkoop vraagt om de politieke bereidheid deze axioma's ter discussie te stellen. Zorginkoop verandert de werkelijkheid. Dit advies wil dat bevorderen.

3 Gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg

3.1

Verzekeraars hebben zorgplicht

Zorgverzekeraars hebben 'zorgplicht'. De overheid legt hen de zorgplicht op, om zo publieke belangen te kunnen borgen. De zorgplicht kunnen zij op twee manieren nakomen. De verzekerde kiest zelf zijn zorgaanbieder; de verzekeraar restitueert de kosten aan de verzekerde. De zorg kan ook vooraf al door de zorgverzekeraar zijn gecontracteerd. Dan doet zich voor de zorgverzekeraar een tweede manier voor om de zorgplicht na te komen. Hij kan in dat geval de kosten rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen. Er is een directe financiële relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Die stelt de verzekeraar in staat zijn zorgplicht met eigen beleid aan te vullen. Hij kan bijvoorbeeld met de aanbieder afspraken maken over kwaliteit, over doelmatigheid of over transparantie. Hij kan de zorgaanbieder een gegarandeerd aantal zorgconsumenten uit zijn verzekerdenbestand in het vooruitzicht stellen. Deze financiële relatie tussen verzekeraar en aanbieder noemen wij in dit advies 'zorginkoop' als bedoeld in de Zvw. De RVZ gebruikt in dit advies de begrippen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Hij spreekt niet over de vroeger in de Ziekenfondswet (Zfw) gebruikelijke begrippen natura en restitutie.

3.2

Zorgplicht veronderstelt zorginkoop, lees 'sturen' van verzekerden

In de praktijk moet zorginkoop samengaan met het sturen van verzekerden door de verzekeraar, anders werkt het niet. De verzekeraar stuurt zijn verzekerden met behulp van prikkels (premiëkorting, eigen betalingen, korte wachttijden, betere logistiek, extra zorg en meer kwaliteit) in de richting van een door hem gecontracteerde zorgaanbieder. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) spreekt over 'keuze-ondersteuning.' De drie partijen trekken alle profijt van deze situatie. De verzekeraar heeft een lagere schadelast (door afspraken met de aanbieder over doelmatigheid) en maakt goede sier met de hoge kwaliteit, lees responsiviteit, van de gecontracteerde zorg. De verzekerde zorgconsument betaalt een lagere premie en krijgt betere en snellere zorg. De zorgaanbieder weet zich verzekerd van een aantal patiënten en krijgt bij goed presteren bovendien een hogere vergoeding. Het meest effectief is de combinatie van selectief inkopen (inclusief sturen) én keuzemogelijkheden voor de patiënt. Deze combinatie ontstaat, wanneer de zorgverzekeraar niet een, maar een (beperkt) aantal, kwalitatief goede, aanbieders contracteert. Dán faciliteert de zorgverzekeraar kwaliteitsverbetering.

3.3

En dat betekent:
selectief inkopen

Zorginkoop als bedoeld in de Zvw impliceert dus sturen of navigeren van verzekerden. Maar het veronderstelt ook een selectieve of gedifferentieerde inkoopstrategie. De zorgverzekeraar moet, wil de Zvw een succes worden, dat wil zeggen de publieke belangen borgen, niet al het zorgaanbod in zijn werkgebied contracteren. Hij moet sommige zorgaanbieders wel, andere niet contracteren (selectief inkopen). Of hij moet een deel van de productie van een zorgaanbieder contracteren (gedifferentieerd inkopen). Hij kan ook bepaalde zorgaanbieders of bepaald zorgaanbod voor een hogere dan wel lagere prijs contracteren. Hij kan zelfs een zorgaanbieder ondersteunen met investeringen in bedrijfsonderdelen (bijvoorbeeld het vastgoed).

3.4

Relatie zorgvrager-
zorgaanbieder kent vele
vormen

De relatie tussen de cliënt en de producent kan in de gezondheidszorg vele vormen aannemen. Traditioneel is er sprake van een zorgverleningsrelatie, waarbij de cliënt zorg afneemt, maar niet inkoop. Inkoop wordt gedaan door de zorgverzekeraar. Met de inwerkingtreding van de Zvw zijn ook experimenten geïnitieerd met persoonsgebonden budgetten. In deze situatie ontstaat een directe ruilrelatie tussen vrager en aanbieder, waarbij de vrager zowel afneemt als inkoop. Zo'n ruilrelatie bestaat in grote delen van de tandartszorg, die immers niet-gecontracteerd is. Tussen deze twee vormen zijn allerlei inkoopmodaliteiten mogelijk, zoals niet-gecontracteerde verzekerde zorg, gecontracteerde zorg, selectief of gedifferentieerd inkopen, preferred provider en het persoonsvolgend budget. De invloed van de cliënt op de inkoop van zorg krijgt bij elk van deze modaliteiten anders vorm. Zie Significant, Modaliteiten van zorgcontracten, Zorgconsument als marktpartij.

3.5

Nederland kiest voor
de Zvw en dus voor
de 'derde partij': de
zorginkoop

In Nederland is gekozen voor een particuliere zorgverzekering (de Zvw) die zware publieke belangen moet borgen (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid). De doelen van de Zvw liggen daardoor op het niveau van de individuele zorgconsument, op dat van de zorgsector (het stelsel) en, last but not least, op dat van de publieke gezondheid (dat wil zeggen gezondheidswinst). Er is vooral vanwege de laatste twee niet gekozen voor het model van de schadeverzekering. Dat model kan de stelsel- en de volksgezondheidsdoelen onvoldoende borgen. Om diezelfde reden is in Nederland niet gekozen voor een nationale begrotingsgefinancierde overheidszorg. De RVZ gaat nu verder uit van het Zvw-model als politiek gegeven en maatschappelijke noodzaak. Dit model heeft als belangrijk kenmerk de 'third party'. Omdat de 'eerste twee' partijen, consument

en producent, niet altijd tot zaken kunnen komen, is een derde partij - de zorgverzekeraar - nodig om beiden tot elkaar te brengen. De derde partij is om twee redenen in een aantal situaties onvermijdelijk. In de eerste plaats, wanneer marktimperfecties het onmogelijk maken vraag en aanbod op elkaar af te stemmen. De consument kan niet altijd kiezen uit zorgaanbod door onvoldoende transparantie of door de complexiteit van het aanbod. Het zorgaanbod is soms niet toegankelijk voor hem of het is te duur voor de individuele beurs. In het algemeen: hij is vaak niet in staat in zijn eentje voldoende countervailing power ten opzichte van de zorgaanbieder te ontwikkelen. In de tweede plaats zijn er de onverbreekelijk met medische zorg verbonden publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. En de zorgverzekering is hét middel deze te borgen. Het derde partij-model is een noodzakelijk element in het borgingsmechanisme voor de publieke belangen die nu eenmaal meer zijn dan de optelsom van individuele transacties. In de appendix Principal-agent relaties rond de zorginkoop met een derde partij is dit uitgewerkt; zie het vignet Modaliteiten van zorgcontracten (bijlage 4).

3.6

‘Derde partij’: wanneer wel, wanneer niet

Het third party-model ontleent zijn betekenis aan de zorginkoop, dus aan het - bij voorkeur selectief - contracteren van zorg. Nu wil dit niet zeggen dat dit de enige manier zou moeten zijn waarop transacties tussen zorgconsumenten en zorgproducenten tot stand kunnen komen. Maar als zich de combinatie van deze concrete situaties voordoet, is dat model wel het beste:

- de marges in DBC-prijzen zijn te groot en oncontroleerbaar én
- de zorg in kwestie is complex en/of schaars én
- zij behoort in de vorm van ketens of disease managementprogramma's te worden aangeboden én
- zij schiet over een breed front tekort in kwaliteit (performance, gezondheidswinst!) en doelmatigheid (kosten) en is op die punten bovendien voor de patiënt niet transparant.

Wanneer deze combinatie zich voordoet, biedt de rechtstreekse ruilrelatie tussen consument en producent onvoldoende checks & balances, waardoor noodzakelijke veranderingen niet optreden. Dan moet een zorgverzekeraar namens de zorgconsument optreden als countervailing power van de zorgaanbieder. Dan is ‘third party second best’. Zie Significant en: Modaliteiten voor zorgcontracten. Het is wel aan de markt om dit te doen. De overheid kan alleen belemmeringen wegnemen.

3.7

Conclusie: op dit moment is derde partij/zorginkoop nodig

De RVZ sluit niet uit dat de situaties, genoemd in 3.6 zich bij het verdwijnen van marktimperfecties in de zorgsector minder vaak zullen voordoen. Maar op dit moment doen zij zich voor, vaak in de medische zorg voor chronisch zieken. Vooral in de ziekenhuiszorg doen zich ontwikkelingen voor die vragen om een derde partij (de asset specificity stijgt, de complexiteit van de zorg neemt toe, patiënten articuleren duidelijker wensen, de financiële onzekerheid wordt groter, transactiekosten zullen professioneel bewaakt moeten worden; zie verder: Modaliteiten van zorgcontracten). Een pbg is in deze zorg nog geen goed alternatief. In delen van de enkelvoudige electieve en eenmalige, niet catastrofale medische zorg is zorginkoop à la de Zvw, zoals gezegd, niet standaard nodig. De marktsegmentering die de minister zich voorstelt doet recht aan de diversiteit die de zorginkoopmarkt levendig maakt. Dit advies concentreert zich nu verder op de zorg als bedoeld in 3.6.

4 De zorgverzekeraar als inkoper

4.1

Dit advies gaat over de zorgverzekeraar

Onvermijdelijk gaat een advies over zorginkoop vooral over de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verkoopt polissen op de verzekeringsmarkt en koopt zorg in op de zorgcontracteringsmarkt. Op de eerste markt bedient hij zijn ene doelgroep: de verzekerden, veelal gezond en vooral geïnteresseerd in de hoogte van de premie. Op de tweede markt bedient hij zijn andere doelgroep: de zorgconsumenten, veelal ongezond en dus vooral geïnteresseerd in kwaliteit van zorg. Als het de verzekeraar lukt doelmatige én goede zorg in te kopen, is hij in staat beide doelgroepen tevreden te stellen. Hij moet dus op zoek naar de combinatie van doelmatigheid en kwaliteit. In hoofdstuk 5 betogen wij dat deze combinatie eigen is aan goed geleide zorginstellingen. In het nu volgende hoofdstuk zeggen wij: zorginkoop, dat is doelmatigheid én kwaliteit.

4.2

Die schaakt op drie borden: de verzekerings-, de zorgcontracterings- en de zorgverleningsmarkt

Het doel van goede zorginkoop is de derde markt, die van de zorgverlening, te beïnvloeden. Op die markt wil de zorgverzekeraar-inkoper dat zijn verzekerden tevreden zijn met de door hem gecontracteerde zorg. Maar hij wil ook dat zorgaanbieder en zorgconsument zich in de spreekkamer houden aan kwaliteitsstandaarden en zich medeverantwoordelijk voelen voor de collectieve lasten. Daar zit het welbegrepen eigenbelang van de zorgverzekeraar. En dat moet men zien te activeren. Zie het vignet Zorginkoop in het buitenland. Daarin onder meer definities van zorginkoop van Figueras en van WHO.

4.3

Hij moet een actieve inkooprol vervullen vanuit een corporate strategy

De zorgverzekeraar kan uiteindelijk niet meer, zoals in de Ziekenfondswet, volstaan met een passieve, administratieve inkoophouding. Hij moet een zorginkoopstrategie ontwikkelen die onderdeel is van de ondernemingsstrategie. Hij moet een visie op zorg hebben. Hij moet de combinatie van doelmatigheid en kwaliteit kunnen herkennen en benutten. En hij moet zijn verzekerden - en zeker de zieke verzekerden - kennen. De markt dwingt hem hiertoe. Zie Significant. Wil de Zvw een succes worden, dan moet hij een professionele inkoper worden. Hij moet flink investeren in zijn inkoopfunctie (zie tabel 4.1). Of hij dat wordt, is afhankelijk van drie factoren: de zorgverzekeringsmarkt, de randvoorwaarden in het zorgstelsel en de band met de zorgconsument.

Tabel 4.1 Aandeel inkoop in omzet naar diverse branches

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

Bron: Significant, 2008

4.4

1. Zorgverzekeringsmarkt: oligopolie met kwaliteitsinkoop als kans

In de eerste plaats de zorgverzekeringsmarkt. Deze lijkt zich te ontwikkelen in een richting die gunstig is voor de zorginkoop nieuwe stijl. Men verwacht een oligopolie van drie à vier verzekeringsconglomeraten die 90% van de markt beheersen, naast enkele kleine regionale nichespelers. De verwachting is ook dat de markt zich zal consolideren. De prijzenslag (via lage nominale premies nieuwe verzekerden - de verkoop - aantrekken) zal stil vallen. Verzekerden lijken ook niet echt geïnteresseerd te zijn in gedetailleerde polisprjzvergelijkingen (Loos en Mante-Meijer, 2007). In nieuwe verzekerden zit geen winst meer (integendeel, zie Significant). Het eigen vermogen zal niet verder kunnen en mogen worden aangetast (zie de opstelling van De Nederlandsche Bank). Ook op service kan na 2008-2009 niet veel concurrentievoordeel meer behaald kunnen worden (zie Nivel, 2007). Wil de zorgverzekeraar zich straks kunnen onderscheiden, dan moet hij zich concentreren op (selectieve, gedifferentieerde) zorginkoop van kwaliteit en van ketenzorg. De daling van het aantal 'restitutiepolissen' sinds het ontstaan van de Zvw lijkt dit te bevestigen. Deze trend wordt naar verwachting versterkt door de groei van het aantal collectiviteiten. Daar zit nu al een groot deel van de concurrentie en juist collectiviteiten letten meer op kwaliteit en resultaat. Zie Significant. In elk deel van Nederland bevindt zich op dit moment een dominante zorgverzekeraar, soms een regionale, soms een landelijk werkende (zie figuur 4.1). Deze situatie is van groot belang voor het contracteren van ketenzorg die in de praktijk vooral gericht is op chronisch zieken en die (mede daardoor) per definitie regionaal is georganiseerd (in verband met reistijden). Wat de invloed is van de bewegingen in de verzekeringsmarkt op deze regionale marktordening is ongewis. Als de schadelast van de zorgverzekeraars grotendeels het gevolg is van de zorg voor chronisch zieken, dan mag men verwachten dat deze hun inkoopgedrag enten op een regionale oriëntatie. Zie ook hiervoor Significant.

Figuur 4.1 Geografische oriëntatie zorgverzekeraars/regionale dominantie



Bron: Significant, 2008.

4.5

2. Het stelsel: stimuleert de zorginkoop onvoldoende

In de tweede plaats de randvoorwaarden in het zorgstelsel. Deze stimuleren het gewenste zorginkoopgedrag niet voldoende. De zorgverzekeraar heeft acceptatieplicht en mag niet aan premiedifferentiatie doen. Hij kan onvoldoende sturen met zijn gecontracteerde zorgpolis en daardoor is hij niet erg interessant voor de zorgaanbieder. Het vereenigingssysteem belooft de goede inkoper niet voldoende. Hij heeft nauwelijks zicht op de kwaliteit van de in te kopen zorg en hij ziet geen kans de prijs en de omvang substantieel te beïnvloeden. Hij ziet zich bovendien geplaatst tegenover een monopolistische aanbiedersmarkt, met spelers die door beschermingsconstructies nauwelijks risico lopen op bedrijfsvoering (o.a. kapitaallasten), op verkoop en op productie. De Zvw en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) bevatten theoretisch weinig harde obsta-

kels voor goede zorginkoop. Bewijs daarvoor: de komst van de Zekurpolis van UVIT en het feit dat de NZa daarin geen bezwaren ziet (brief NZa aan minister van VWS van december 2007). Deze polis bevat grote kortingen bij gebruik van gecontracteerde zorg. Toch verloopt de zorginkoop nog niet optimaal, is, met andere woorden, nog niet voldoende selectief of gedifferentieerd én nog niet gefocust op ketens en kwaliteit. Dat wijst er op dat er misschien geen harde obstakels zijn, maar wel disincentives. Omdat dit advies zich uiteindelijk daarop moet concentreren (zie de vraag van de minister), benoemt de RVZ deze omstandigheden.

Belemmeringen voor selectieve zorginkoop

1. **Schotten in de financiering: bemoeilijken de inkoop van ketens van Zvw-, AWBZ- en WMO-zorg. Daarnaast bemoeilijkt de bestaande bekostiging van ziekenhuizen respectievelijk eerste lijn substitutie tussen de echelons.**
2. **Onvoldoende transparantie van kwaliteit: door ontbreken van objectieve kwaliteitsstandaarden en door een weinig transparant zorgaanbod, mist de zorginkoper het zicht op de kwaliteit van de zorg. Gebrek aan transparantie komt vaak voor in combinatie met een monopolistische aanbiedersmarkt.**
3. **De DBC-structuur: het aantal DBC's is voor een adequate zorginkoop veel te groot, het aantal keten-DBC's is nog minimaal (waardoor fragmentering optreedt) en DBC's zijn nog niet gekoppeld aan kwaliteitsstandaarden (gezondheidswinst).**
4. **Jaarlijks overstappende verzekerden: zo ontstaat bij verzekeraars fixatie op prijs in plaats van op kwaliteit. De mogelijkheid van meerjarige polissen ontbreekt. Oorzaak: er is wel informatie over de prijs, niet over kwaliteit. Dit maakt het voor zorgverzekeraars niet aantrekkelijk te investeren in kwaliteit en in preventie.**
5. **Prijsvorming: er valt voor zorgverzekeraars nog te weinig echt te onderhandelen. En zij kunnen nog niet de noodzakelijke relatie leggen tussen doelmatigheid en kwaliteit.**
6. **De afreken- en verantwoordingscyclus: sluit onvoldoende aan op de dynamiek van het zorginkoopproces (loopt achter, is anders gefaseerd). De periode tussen medische behandeling en verwerking van de DBC-declaratie is te lang.**
7. **Door ex post verevening van risico's van verzekeraars ontbreekt het motief om scherp in te kopen.**

4.6

3. De coalitie van zorginkoper en zorgconsument: essentieel!

Derde - en beslissende - factor is de band tussen zorginkoop en zorgconsument (patiënt, cliënt), als individu, als collectiviteit en als collectief belang. Als de zorgverzekeraar geen kans ziet zijn zorginkoopstrategie te enten op het consumentenbelang, dan ontvalt al snel de legitimatie aan het derde partijmodel. In de strijd om de gunst van de zorgconsument, heeft de zorgverzekeraar verschillende mogelijkheden. Hij kan performance-afspraken maken met zorgaanbieders (voorbeeld: contract CZ met ziekenhuis Terneuzen over heupoperaties of Achmea over liesoperaties). Hij kan vooraf, als branding, eigen kwaliteitsstandaarden, bijvoorbeeld

samen met patiëntenverenigingen, ontwikkelen. Hij kan er ook bij zorgaanbieders op aandringen deze te ontwikkelen. Hij kan, op basis daarvan, selectief of gedifferentieerd inkopen. Hij kan rechtstreeks investeren in kwaliteitsverbetering (bijvoorbeeld door innovatie te steunen). Hij kan een partnership met een zorgaanbieder aangaan (bijvoorbeeld door als Menzis facilitaire zaken in de eerste lijn op zich te nemen). En hij kan voor zijn verzekerden en in het bijzonder voor zijn zieke verzekerden, informatie over kwaliteit verzamelen, ordenen en beschikbaar stellen. Hij kan zorgconsumenten vragen naar hun wensen (CQ-index) en hen een plaats geven in zijn zorginkoopbeleid. De zorgconsument kan dan met behulp van zijn verzekeraar zelf kiezen. En uiteraard kan hij in zee gaan met collectiviteiten van patiënten. Hij kan onderdelen van de zorginkoop - bijvoorbeeld een specifieke vorm van disease management - delegeren aan een patiëntenvereniging (dit gebeurt in de VS bij de inkoop van psychiatrische zorg). Al deze inkoopstrategieën kunnen bijdragen aan het uiteindelijke doel (zie hoofdstuk 2 en 3) en moeten dus niet ontmoedigd worden. De verwachting is dat marktcondities (zie 4.4) de zorgverzekeraar tot dergelijk strategisch inkoopgedrag zullen verleiden.

4.7

Concrete inkoop-suggesties voor zorgverzekeraars

Dit brengt de Raad tot enkele concrete suggesties voor zorgverzekeraars (zie verder Gupta Strategists; Significant; Zorgconsument als marktpartij).

1. Om succesvol te opereren als zorginkoper, moet de verzekeraar zich al snel ontwikkelen tot een professionele en strategische inkooporganisatie. De zorginkoop is daarin een vitale, aan het bestuur gekoppelde, functie met een zware bezetting. Pas dan kan succesvol ketenzorg worden ingekocht. Ten opzichte van de huidige situatie, vereist dit een wezenlijk andere inkooporganisatie, namelijk een gekantelde: doelgroep- en ketengericht. Het laatste impliceert een regionale inkooporiëntatie. De rapporten van Gupta en Significant laten zien dat dit nog veel inspanningen vereist. Deze rapporten laten ook zien dat zorgverzekeraars de onderhandelingen met de zorgaanbieders vaak op een te laag niveau in de organisatie uitvoeren. De delegaties van ziekenhuizen zijn meestal zwaarder dan die van de verzekeraars.
2. De coalitie zorgverzekeraar - patiënten(vereniging) is niet alleen legitimerend, maar ook winnend. Die heeft de toekomst, al moet de verzekeraar de belangen van de (gezonde) verzekerden - lage prijzen - nooit uit het oog verliezen (ook dat is een publiek belang). De verzekeraar treedt op als third party, maar kan ook ondersteuner van pgb-houders zijn en voor hen met zijn marktmacht transactievoorwaarden behalen en aanbieders dwingen tot transparantie.
3. Er zijn aanwijzingen in de internationale literatuur, dat het sturen of navigeren van verzekerden richting gecontracteerde zorg (managed care, preferred providers etc.) aantrekkelijk kan zijn voor die verze-

- kerden. Dan moet wel zijn voldaan aan enkele voorwaarden:
- Gecontracteerde zorg tast de professionele autonomie niet aan;
 - De gecontracteerde zorg leidt aantoonbaar tot betere uitkomsten (op alle terreinen, dus medisch-technisch, qua outcome en qua bejegening);
 - De verzekerde beschikt ook zelf over informatie ter zake. De gecontracteerde zorg geeft het beste resultaat;
 - Inperking van keuzemogelijkheden tot gecontracteerde zorg heeft financiële voordelen (een lagere premie);
 - Er bestaat een reële keuzemogelijkheid tussen polisvarianten (en meer in het algemeen: de verzekeraar communiceert effectief met zijn verzekerden over keuzen).
4. Ent selectief of gedifferentieerd zorginkopen op evidence based medicine, op kosteneffectiviteit, op indicatoren en standaarden met een maatschappelijk draagvlak, en last but not least, op zorgresultaat en gezondheidswinst. Beloon zorgaanbieders die hier hoog op scoren. Door transparant te zijn (de zorginkoopwebsite) en door deze zorgaanbieders hogere vergoedingen en/of meer patiënten aan te bieden. Meerjarige contracten met goede aanbieders kunnen zeker ook helpen. Zorgverzekeraars zouden hun inkoopbeleid op dit vlak expliciet moeten baseren op de IGZ (zie verder hoofdstuk 5).
 5. Ga vormen van verticale integratie niet uit de weg, onderzoek in het bijzonder co-investeringen in facility, logistiek en innovatie, maar houdt de countervailing power ten opzichte van de zorgaanbieder in ere (in het belang van de zorgconsument). De RVZ ziet voor- en nadelen aan verticale integratie, maar stelt zich op het standpunt dat co-investeringen van zorgverzekeraars een gunstig effect kunnen hebben op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Deze investeringen zouden in de reguliere medische zorg niet tot 'eigen instellingen' in de strikte zin van het woord (eigendom van zorgaanbod) moeten leiden. Maar tegen vormen van risicodeling tussen bijvoorbeeld huisartsen en verzekeraars behoeft geen bezwaar te bestaan.

4.8

Verleidt de verzekeraar tot selectieve zorginkoop!

De RVZ concludeert dat in beginsel de voorwaarden - in de markt en in de wet- en regelgeving - aanwezig zijn om van de zorginkoop een succes te maken. Omdat zorginkoop een marktmechanisme is, moeten de zorgverzekeraars dit succes, uit welbegrepen eigenbelang, maken. Het is plausibel dat zorgverzekeraars hun aandacht gaandeweg op kwaliteit gaan richten en dat zij hun inkoopfunctie gaan professionaliseren. De incentives zijn aanwezig maar moeten nog wel aan de oppervlakte komen. De argumenten zijn in dit hoofdstuk genoemd. Zorgaanbieders, patiënten en overheid zullen de komende jaren wel flinke druk op de verzekeraars moeten uitoefenen. Daarover gaan de volgende hoofdstukken.

5 De zorgaanbieder als verkoper van kwaliteit

5.1

De zorgaanbieder moet aan de bak!

Net als de zorgverzekeraar, moet ook de zorgaanbieder investeren in zorginkoop en keuzes op dat vlak doen. Dat is in zijn belang. Hij loopt immers risico op de zorginkoopmarkt en op de zorgverleningsmarkt.

Concreet:

- kosten verlagen en kwaliteit verhogen (deze combinatie is niet alleen mogelijk, maar zelfs voor de hand liggend, zie 5.2);
- bijdragen aan een meer transparante DBC-structuur (minder DBC's én meer keten-DBC's);
- bieden van kwaliteitstransparantie, inclusief openheid over outcomes (in plaats van focus op productie en omzet): een open dialoog hierover met de patiënt en de zorgverzekeraar; outcomes vooral vertalen in gezondheidswinst;
- kanteling van de organisatie naar ketenzorg en transformatie naar chronische ziekenzorg.

Zie Gupta Strategists, Significant. In feite is essentieel voor het welslagen van de zorginkoop, dat de zorgaanbieder zich opstelt als een maatschappelijke ondernemer die nieuwe risico's ziet als evenzovele mogelijkheden en die zich richt op zijn stakeholders in plaats van op Den Haag. Hij treedt de zorginkoper tegemoet met een overtuigende zorgstrategie.

5.2

Kwaliteit is vooral ook doelmatigheid

Vroeger associeerde men kwaliteit van zorg met de kwaliteit van het medisch handelen. Het ging toen om de professionele en inhoudelijke kwaliteit. Door de groei van het aantal chronisch zieken, door nieuwe wetenschappelijke inzichten in de samenhang van preventie, care en cure, door de uitbreiding van het zorgrepertoire en door veranderende wensen van gezonde en zieke mensen, zijn wij kwaliteit van zorg anders gaan definiëren. Naast professionele en inhoudelijke kwaliteit, zijn er dus:

- de organisatorische kwaliteit (toegankelijkheid, wachttijden, logistiek en locatie, multidisciplinair werken, ICT);
- de kwaliteit vanuit het patiëntperspectief (veiligheid, gebouw, relationele aspecten, voorlichting, vervoer, gezondheidswinst, disease management, telemedicine);
- de kwaliteit van het (regionale) zorgstelsel (spreiding, over- of ondercapaciteit, samenwerking, ketenzorg);
- Zie publicaties van KNMG/OMS en IGZ.

Zo is kwaliteit, naast een medische, een maatschappelijke opgave geworden. Een opgave die de zorgaanbieder niet meer alleen kan vervullen. Hij zal het mét de patiënt en mét zorginkoper moeten doen. De nieuwe maatschappelijke component van kwaliteit maakt haar ook kneedbaarder.

Kwaliteit is niet meer alleen een absolute standaard, een relatief statisch fenomeen. In deze opvatting van kwaliteit hangt zij sterk samen met doelmatigheid (logistiek, ICT, efficiency, organisatie en management). En het zijn deze kenmerken - maatschappelijk, omgevings- en klantgericht, dynamisch, vervlochten met doelmatigheid - die kwaliteit tot agenda-punt 1 van de zorginkoop (als ontmoeting van consument, producent en inkoper/third party) maken.

5.3

Dwing zorgaanbieders dus tot kwaliteits-transparantie

Voor de beoogde omslag van inkoop op prijs naar inkoop op kwaliteit moet men zorgaanbieder (primair) en zorgverzekeraar (secundair) prikkelen om transparant te zijn over kwaliteit. Omdat in deze redenering zorginkoop van kwaliteit uiteindelijk de enige legitimatie voor stijgende (collectieve) zorguitgaven is, moet de overheid dus kwaliteitstransparantie afdwingen, maar is wel afhankelijk van de zorgaanbieder. Die dient zich bewust te zijn van zijn maatschappelijke opdracht op dit vlak. Over de relatie tussen kwaliteit en doelmatigheid nog dit. In de praktijk komen deze twee vaak samen voor (zie 5.2). Ontegenzeggelijk, echter, is er ook dat andere kwaliteitsaspect: nieuwe medische mogelijkheden, gekwalificeerd personeel, een goed gebouw. Belangrijk voor de macro-kostenontwikkeling en relatief moeilijk beïnvloedbaar voor de zorginkoper (hoewel die invloed wel zal toenemen bij integrale prestatietarieven). Voor een deel moet de overheid deze kwaliteitscomponenten, in het bijzonder medische technologie en opleidingen dan ook buiten de zorginkoop indexeren. Zo moeten er voor innovatie specifieke stimuleringsgelden zijn. De professionele kwaliteit kan men niet uitsluitend aan de markt overlaten.

5.4

Twee kwaliteitsniveaus: een landelijk minimum en een 'vrije ruimte'

Kwaliteitsnormen en zorgstandaarden bestaan idealiter uit twee lagen: een landelijk vastgestelde objectieve standaard (het minimum) en aanvullende kwaliteitskenmerken die in de zorginkoop tot stand kunnen komen ten behoeve van de afstemming van vraag en aanbod. Zo ontstaan de voor zorginkoop gewenste verschillen tussen zorgaanbieders en tussen zorgverzekeraars. Dit zal uiteindelijk een gunstige uitwerking hebben op het landelijke kwaliteitsniveau. Een zorginkoper conformeert zich aan landelijke minimumnormen, maar koopt ook zelf kwaliteitsnormen en zorgstandaarden in, als onderscheidend vermogen. Kwaliteit is dus input én output van zorginkoop. Er moet een door de drie partijen gedeelde inkoopnorm komen: de slechtste x procent presteerders worden niet meer gecontracteerd. Deze harde afspraak moet juridische en politieke rugdekking hebben. Zie het vignet Zorginkoop in het buitenland voor voorbeelden.

5.5

Hoe maak je kwaliteit relevant voor de zorginkoper: vijf suggesties

De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Maar de zorginkoop moet hem daartoe prikkelen, in combinatie met druk uit de professie, toezicht en het keuzegedrag van de zorgconsument. De vraag in dit advies is: hoe maak je kwaliteit relevant voor zorginkoper en zorgconsument? Hoe bevorder je selectief inkopen op kwaliteit? Hiervoor is het volgende van belang.

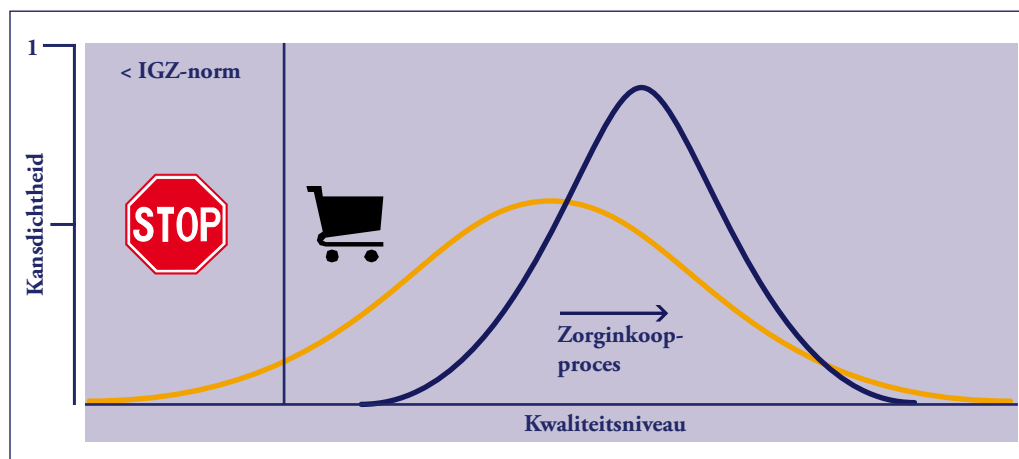
- a. De IGZ moet het instituut zijn voor kwaliteit en voor transparantie (o.m. het Bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit). De IGZ ontwikkelt een stelsel van normen voor medische zorg onder meer gekoppeld aan minimum aantal verrichtingen (vergelijk slokdarmkanker). De IGZ zou ook standaarden moeten ontwerpen voor ketenzorg/disease management (diabetes, COPD, hartfalen etc.). Zorginkopers kunnen deze gebruiken;
- b. Als de zorginkoop selectief wordt en als zorginkopers systematisch IGZ-normen gaan gebruiken, dan moeten deze voor de rechter standhouden. ‘Veldnormen’ zijn dan niet robuust genoeg. Het is noodzakelijk de veldnormen te laten autoriseren door een gezaghebbende, onafhankelijke en openbare instelling. Deze instelling moet alle aspecten van kwaliteit meewegen: het medisch-technische, het patiëntperspectief, de doelmatigheid en ook de zorgvuldigheid van de procesgang beoordelen. De normen moeten in alle opzichten kenbaar zijn voor patiënten;
- c. Kwaliteitsnormen moeten vooral geënt zijn op gezondheidswinst. Dan ontstaat meerwaarde voor zorginkoper en zorgconsument. Op dit moment zijn normen voornamelijk aanbodgericht;
- d. Zorgverzekeraars en zorgconsumenten moeten gezamenlijk criteria ontwerpen voor de persoonsgebonden aspecten van kwaliteit (communicatie, logistiek, toepassen richtlijnen, wachttijden, bereikbaarheid, ketenzorg, loketfunctie etc.). De CQ-index kan hierbij helpen. Patiëntenverenigingen kunnen verzekeraars vervolgens beoordelen (Internet!) op hun inkoopgedrag;
- e. Essentieel is dat verzekeraar en consument kunnen vergelijken op kwaliteit. De IGZ kan dit vergemakkelijken door de slechtst en de best presterende zorgaanbieders openbaar te maken op een toegankelijke website en hieraan ruchtbaarheid te geven (externe verantwoording). Hiermee creëert de IGZ als het ware een inkoop- en keuzenorm. De IGZ zou rekening moeten houden met de jaarlijkse inkoopcyclus. De slechts presterende zorgaanbieders staan onder verscherpt toezicht van de IGZ. Zorgverzekeraars contracteren niet of restrictief met deze aanbieders. In het contract wordt gerefereerd aan de afspraken die met de IGZ over kwaliteitsverbetering zijn gemaakt. De blaming- shamingstrategie die de IGZ toepast op zorgaanbieders is van overeenkomstige toepassing op zorgverzekeraars. Op hun websites leggen zij verantwoording af. De NZa toetst dit. Patiëntenverenigingen zouden deze inkooplijn moeten steunen.

5.6

De zorgverzekeraar
belangrijk voor
kwaliteitsverbetering

De verzekeraar kan met behulp van zorginkoop bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van de zorg. Dat hij dat wil, heeft dit advies al eerder duidelijk gemaakt. De verzekeraar kan gebruik maken van twee instrumenten (figuur 5.1). In de eerste plaats kan hij zorgverleners die niet aan de minimum kwaliteitseisen van de IGZ voldoen niet contracteren. Een gevolg van een actief inkoopbeleid op kwaliteit kan verder leiden tot een belangrijke verbetering hiervan over de hele linie: de curve verschuift naar rechts en wordt steiler (de variatie in kwaliteit neemt af). Verzekeraars kunnen met behulp van kwaliteitsindicatoren de beste zorg inkopen: deze aanbieders krijgen meer marktaandeel of een extra beloning.

Figuur 5.1 Verdeling van het aantal behandelingen naar kwaliteitsniveau



Bron: RVZ, 2008.

oranje lijn: de verdeling van het huidige kwaliteitsniveau
blauwe lijn: het toekomstige kwaliteitsniveau als zorginkoop actief wordt gebruikt voor kwaliteitsverbetering.

5.7

IGZ en NZa: één
toezichtformule

Een en ander laat zien dat het toezicht op de kwaliteit én het toezicht op de zorginkoop elkaar raken. Het raakvlak ontstaat door de samenloop van kwaliteit en doelmatigheid. Consequentie is dat IGZ en NZa hierin gezamenlijk optrekken richting zorgverzekeraars als keurmeester respectievelijk marktmeester. Dit moet tot doel hebben stapeling van toezicht te voorkomen. Een tweede doel is om zorgaanbod 'onder de streep' (figuur 5.1) te verbeteren. Zorg die niet te verbeteren is, behoort niet te worden gecontracteerd. De RVZ stelt voor dat IGZ en NZa de minister een

gezamenlijk plan voorleggen. Hierin nemen zij mee de samenhang van a priori kwaliteitsnormen en a posteriori prestatiecriteria. Deze behoren idealiter tot een en hetzelfde domein van meten en weten. Ook moeten zij afspraken maken over de communicatie (websites).

5.8

Selectief inkopen:
voordelig voor
zorgprofessional

Geslaagde zorginkoop plaatst de zorgprofessional in een comfortabele positie. Het is uiteindelijk voor de zorginkoper van belang om rechtstreekse zaken te doen met de zorgprofessional. Omdat die voor de patiënt het eerste aanspreekpunt is, omdat diens performance bepalend is voor het kwaliteitsniveau en omdat dienstverlening door een professional goedkoper is dan die door een zorginstelling. De zorgprofessional moet zijn gunstige positie verdienen door transparant te zijn over zijn performance en door evidence based medicine te bedrijven, outcome te verkiezen boven output, waar nodig in een moderne professionele organisatie en ICT-omgeving te werken, het gesprek met de patiënt aan te gaan en terughoudend te indiceren (vergelijk de redenering in het RVZ-advies Vertrouwen in de arts).

5.9

Selectief inkopen: het
einde van het ziekenhuis
als geïntegreerd
medisch-specialistisch
bedrijf

Een goede relatie tussen Raad van Bestuur en medische staf in het ziekenhuis is van groot belang voor de zorginkoop. En de betekenis van de zorginkoop voor het ziekenhuis brengen hen ook samen. Bestuur en staf zullen vanuit een gedeelde strategie en zorgvisie de inkoper tegemoet moeten treden. Toch is het ook dan niet zeker of het ziekenhuis in zijn huidige vorm de zorginkoop zal overleven. Ketenzorg, verzelfstandiging van de zorgprofessional, kostenniveau en selectieve zorginkoop vormen bedreigingen voor de eenheid van het ziekenhuis. Dit hoeft niet ongunstig te zijn voor het publiek belang. Er kan hierdoor een meer divers zorgaanbod ontstaan en dus meer keuzemogelijkheden voor patiënt en inkoper. Zie Gupta Strategists en Significant.

5.10

Selectief inkopen: van
intra- naar extramuraal

De zorginstelling ziet zich vanaf nu geconfronteerd met een dubbel risico. De zorginkoop nieuwe stijl betekent een risico op de productie. Het nieuwe kapitaallastenregime (integrale prestatieprijzen) brengt een risico op het vastgoed. Het is denkbaar dat hierdoor een beweging ontstaat in de richting van extramurale, eerstelijns en professionele (dat wil zeggen niet-instellings-gebonden zorg, zie 5.8 en 5.9) en richting scheiden van wonen en zorg. Deze beweging ontstaat primair, doordat het technisch en organisatorisch steeds meer mogelijk wordt ziekenhuiszorg extramuraal aan te bieden. Zorginkoop kan dit ondersteunen.

5.11

Selectief inkopen:
eindelijk kansen voor
die brede, moderne
eerstelijnscentra

Dit is om allerlei redenen toe te juichen. Zo ontstaan kansen voor een nieuwe brede eerstelijnszorg, bestaande uit centra voor zorg, gezondheid en participatie. De centra kunnen in de zorginkoop een belangrijke rol spelen door te gaan fungeren als diagnostische units, als screeningsfaciliteiten, als onafhankelijke indicatiestellers van de Zvw en als dragers (hoofdaanemers) van zorgketens. Zo kunnen toenemend risico en zorginkoop gunstige effecten hebben. Het is dan wel nodig dat de overheid deze beweging consequent ondersteunt (conform het voornemen van de NZa). Dit bevordert de komst van nieuwe toetreders, een van de voorwaarden voor succesvolle zorginkoop. Een actief mededingingsbeleid, onder meer een scherpe toetsing van fusies, is noodzakelijk (NMa).

Door opschaling en organisatie kan de eerste lijn meerwaarde creëren voor de zorginkoper. Bij een brede eerste lijn (zorg, preventie én participatie) zijn zowel zorgverzekeraar als gemeente inkopende partij. Zij moeten hierin een modus zien te vinden (voorbeeld: Regiozorg © in de regio Deventer). Meerwaarde zal zeker ook ontstaan als de eerste lijn zich met nieuwe beroepen (taakherschikking!) weet te profileren als regisseur van ketenzorg. Dit zou patiëntvolgend moeten gebeuren. De ketenregisseur (hoofdaanemer) is verantwoordelijk voor de zorg aan de patiënt, coördineert en huurt andere zorgverleners in. Hij is dan de inkooppartner van de verzekeraar/gemeente (Zvw, AWBZ én Wmo). De zorgverzekeraar koopt dit zorgmodel in op basis van outcome - parameters en kwaliteit. De financiering van de eerstelijnszorg verschilt in dit model van de financiering van de medisch-specialistische zorg (DBC's). De zorginkoop kan met bonussen en met facilitaire ondersteuning (huisvesting, ICT etc.) de ontwikkeling van een brede eerste lijn bevorderen. In deze gedachtegang delen eerste lijn cq huisarts en zorgverzekeraar risico, bijvoorbeeld door zich gezamenlijk verantwoordelijk te voelen voor voorschrijf- en verwijsgedrag, en dus voor vervolgcosten van beslissingen in de eerste lijn. De Raad stelt voor hiermee te experimenteren in pilotregio's. In deze pilotregio's kunnen huisartsen en verzekeraars ervaring opdoen met het 'wijkzorgcontract' (delegatie van zorginkoop naar huisartsen; zie Van Oosterbos, 2007). Zie het vignet Zorginkoop in het buitenland. Op deze manier kan de minister ook recht doen aan het pleidooi voor substitutie van zorg in de motie-Omtzigt e.a. Zie het rapport Effecten van het Vogelaarakkoord op de kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit patiëntenperspectief, (Ecorys, oktober 2007).

6 De zorgconsument: object of subject van zorginkoop?

6.1

Directe betrokkenheid consument bij inkoop nodig! Maar: verzekerde, patiënt en burger hebben uiteenlopende belangen

Het nieuwe zorgstelsel stimuleert zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te concurreren om de gunsten van de zorgconsument. Als direct belanghebbende, is het belangrijk dat de zorgconsument voldoende betrokken is bij het zorginkoopproces. Welke rol moet de zorgconsument precies spelen in de zorginkoop? Is hij aan zet, stuurt hij, kiest hij of beslissen anderen voor en over hem? Daarnaast is het belangrijk om te kijken vanuit welke positie de zorgconsument wordt betrokken bij de zorginkoop: als verzekerde, patiënt of burger? Waar (gezonde) verzekerden vooral belang hebben bij een lage premie, willen patiënten vooral de zorg hebben, die het beste aansluit bij hun zorgbehoeften. Burgers op hun beurt vinden de borging van publieke doelstellingen (kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid) op lange termijn belangrijk. Zij willen rendement op hun investering in de zorgsector. De zorgverzekeraar moet in het inkoopproces rekening houden met al deze belangen, dus moet hij een goede prijs-kwaliteit-verhouding inkopen, waarbij hij rekening houdt met de publieke doelstellingen. Dát is de centrale opgave van de zorginkoop.

6.2

Vooraf op de zorginkoopmarkt heeft de consument te weinig invloed; dit kan en moet beter

Op de zorgverleningsmarkt kan de zorgconsument enige invloed uitoefenen. Die kan en moet, primair door kwaliteitstransparantie, groeien, zie hiervoor het RVZ-advies over de Zorgconsumentenwet (2006). Op de zorgverzekeringmarkt kan de verzekerde invloed uitoefenen door klachten- en tevredenheidsonderzoeken (consultatie), door verzekerdenraden, samenwerking en collectieve contracten (partnerschap) en door de exit-optie, dus het stemmen met de voeten (zie Zorgconsument als marktpartij). De invloed van de zorgconsument/patiënt op de zorginkoopmarkt is nog te klein. Mogelijkheden zijn genoemd in hoofdstuk 3 van het vignet Zorgconsument als marktpartij: de voice- en de exitopties. Er zijn veelbelovende contacten tussen zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties (de winnende coalitie!). De zorgverzekeraar krijgt in deze contacten informatie over wensen van de patiënten die hij kan gebruiken in de zorginkoop. In de contacten kan de zorgverzekeraar ook de patiënten informeren over de kwaliteit van zorg, zodat zij hiervan gebruik kunnen maken bij het kiezen van een zorgaanbieder (zie het convenant Menzis-NPCF, 2007).

6.3

Kan pgb zorginkoop
vervangen?
Waarschijnlijk niet

Daarnaast ontwikkelt de zorgconsument zich langzaam als directe inkoopmacht. Op de vraag of een pgb (of een persoonvolgend budget) in de Zvw zorginkoop kan vervangen, is in hoofdstuk 3 al ingegaan. De RVZ heeft stevige twijfels op dit punt, maar beveelt aan een NZa-onderzoek af te wachten (vindt in 2008 plaats). Criterium: de borging van publieke belangen. Daar waar mogelijk moet in de zorg een directe ruilrelatie tussen vraag en aanbod worden gestimuleerd. De voice-optie (communicatie tussen vraag en aanbod) zal echter altijd belangrijk blijven in de zorg. Die geeft namelijk inzicht in de wensen en behoeften van zorgconsumenten en biedt daardoor meer mogelijkheden tot verbetering van de zorg dan de exit-optie. Een veelbelovende formule tussen third party en pgb in is het delegeren van onderdelen van de inkoopfunctie aan een patiëntenvereniging (zoals in de VS). De RVZ ziet uiteindelijk tussen care en cure een glijdende inkoopscala ontstaan die verloopt van third party (complexe medische zorg) naar pgb (AWBZ-zorg). De meest logische formule zou zijn de restitutieverzekering te zien als een vorm van pgb.

6.4

Pas op voor botsing
selectieve inkoop met
WGBO! Dit vereist actie

In de positie van de zorgconsument ten opzichte van de zorginkoop is de verhouding tussen WGBO en de zorginkoop à la de Zvw cruciaal. Waar leggen wij de komende tijd het accent, als het gaat om de versterking van de rol van de zorgvrager? Een zwaar aangezette naturapolis met behulp waarvan de zorgverzekeraar de zorgconsument stuurt en die zelfs gedragsregels en leefstijlbepalingen kan bevatten, komt misschien in aanvaring met de WGBO. De RVZ heeft in zijn advies over de Zorgconsumentenwet gepleit voor de versterking van de positie van de patiënt op de zorgverleningsmarkt, door zijn keuzemogelijkheden en zijn kennis te vergroten. Dat vereist voldoende zorgaanbod en kwaliteitstransparantie. De NZa speelt een belangrijke rol in het versterken van de positie van de zorgconsument. Hij doet dit, naast zijn marktmeesterschap in engere zin, door keuze-ondersteuning te bieden en door zorgverzekeraars te stimuleren meer informatie aan verzekerden te geven over verzekerdenraden. Zie verder hiervoor het visiedocument (In) het belang van de consument dat het consumentenprogramma van de NZa beschrijft. Om te voorkomen dat selectieve zorginkoop botst met de WGBO, is versterking van de positie van de consument op zowel de zorgverleningsmarkt als de zorginkoopmarkt noodzakelijk.

6.5

Collectiviteiten: de
nieuwe zorginkopers?!

Het aandeel van de collectiviteiten op de verzekeringsmarkt is groot en groeiend. Werkgevers zijn de belangrijkste collectiviteiten. Van hen zal een sterke impuls uitgaan om kwaliteit in te kopen. Zie Significant. Afhankelijk van een aantal ontwikkelingen kan de werkgever een belangrijke third party-functie vervullen. Hij vult de zorgverzekeraar aan met specifieke zorgarrangementen, bijvoorbeeld op het raakvlak van arbeid en gezondheid en op preventiegebied. Zo verdwijnt op termijn de in Nederland bestaande scheiding van arbeid en zorg misschien. En het zal meer investeringen opleveren in preventie. Ook hier geldt overigens: criterium is de borging van de publieke belangen in de zorgsector. Het is niet uitgesloten dat zich andere third parties aandienen: intermediairen, al dan niet via het internet. Maar ook pgb-houders kunnen zich verenigen tot inkoopcollectiviteiten. Dit is gunstig voor de consument.

6.6

Voorwaarden: altijd
keuzemogelijkheden
patiënt én
financiële steun
patiëntenverenigingen

Tot slot twee aanvullende voorwaarden voor succesvol deelnemen aan zorginkoop door patiënten. In de eerste plaats moet het keuzegedrag van de patiënt altijd leidend zijn, welke inkoopmodaliteit men ook kiest. En dat impliceert keuzemogelijkheden, ook bij gecontracteerde zorg. In de tweede plaats; de rol die in de hoofdstukken 4, 5 en 6 aan de patiënt is toebedeeld, maakt financiële ondersteuning noodzakelijk. De meeste patiëntenverenigingen kunnen op dit moment deze rol niet vervullen door gebrek aan middelen.

7 De overheid: facilitator van zorginkoop

7.1

Overheid: geeft meer ruimte, accepteer meer risico!

Zorginkoop is markt. Private partijen maken afspraken over kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Zij borgen daarmee publieke belangen door middel van zelfregulering. De overheid stelt randvoorwaarden aan de zorginkoop. Deze geven op dit moment private partijen nog te weinig ruimte en risico. Die moeten zo spoedig mogelijk ontstaan, wil de zorginkoop de beoogde functie kunnen vervullen, dat wil zeggen: wil de inkoop selectief kunnen worden. Dit laatste is nog niet het geval. Hieronder geeft de Raad aan hoe en waar ruimte en risico kunnen ontstaan.

7.2

Nog zeker twee tot vier jaar bouwen aan zorginkoop onder meer in pilots

Een andere algemene eis die men aan het overheidsoptreden op dit terrein mag stellen is die van de beleidsconsistentie. Wij werken nu twee jaar met dit zorginkoopmodel, dat wezenlijk verschilt van zijn voorganger (de Ziekenfondswet). Zorginkoop is een zeer complex proces dat naast ruimte en risico, specifieke kennis en kunde vereist en ook forse investeringen van private partijen. Dat heeft tijd nodig, zeker twee tot vier jaar. In die tijd moet de overheid vasthouden aan het gekozen zorginkoopmodel en geen alternatieve beleidslijnen uitzetten. Wel is er behoefte aan pilots, waarin de drie veldpartijen kunnen experimenteren met modaliteiten van zorginkoop. Ervaringen met zorginkoop in andere landen kunnen in de pilots nuttig zijn (zie het vignet Zorginkoop in het buitenland).

7.3

Aanbevelingen op negen terreinen

De RVZ werkt dit nu verder uit aan de hand van de zeven disincentives uit paragraaf 4.5, aangevuld met twee stimuleringsvelden, te weten de Zvw en de mededinging.

Eerst de disincentives uit 4.5. Wat kan de minister doen om gepercipiëerde of feitelijke belemmeringen weg te nemen?

1 Schotten in de financiering

Ontschoot Zvw en AWBZ

Waar mogelijk moet de overheid bestaande schotten in de financiering Zvw en AWBZ - wegnemen, althans in de zorg die in de vorm van disease management moet worden aangeboden. In zijn advies Beter zonder AWBZ? (januari 2008) gaat de RVZ hier dieper op in.

Meer risico 2e, minder risico 1e lijn

Daarnaast moet de overheid de substitutie van ziekenhuis - c.q. tweedelijnszorg door eerstelijnszorg bevorderen door de risicodragendheid

anders toe te delen: meer bij de tweede, minder bij de eerste lijn. De DBC-filosofie is geschikt voor de tweedelijnszorg, de eerstelijnszorg leent zich meer voor financiering op basis van capitation fee (in combinatie met Fee-for-service (Ffs), zie verder hoofdstuk 5). Dit kan ook helpen de motie-Omtzigt e.a.(substitutie 1e/2e lijn bevorderen) te realiseren. Hetzelfde geldt voor een voortvarende invoering van de integrale prestatietarieven.

2 *Kwaliteitstransparantie*

Kwaliteitstransparantie:
afdwingen!

Op grond van de WMG en met behulp van de NZa, kwaliteitstransparantie afdwingen (zie ook RVZ-advies over de Zorgconsumentenwet). Daarnaast is er benchmarking als marktinstrument.

Zorgstandaarden =
normen minimum
kwaliteit: actief
bevorderen

Verder moet de overheid de totstandkoming van zorgstandaarden bevorderen en desnoods zelf ter hand nemen. Dat zijn de landelijke minimumnormen, waaraan zorgverlening moet voldoen. Ketenzorg, vooral die voor de 'grote' ziektecategorieën (diabetes, COPD, hartfalen), verdient bijzondere aandacht. De minimumnormen zijn onverbreekelijk verbonden met de wettelijke zorgaanpakken en moeten dus door iedere aanbieder van basispakketzorg gerealiseerd worden. De IGZ autoriseert en ziet toe. Aanvullend op de landelijke normen zijn er standaarden van private partijen. Deze kan een zorgverzekeraar in overleg met patiëntenverenigingen gebruiken bij de zorginkoop. Zo kan hij zich onderscheiden. Deze aanvullende standaarden bevatten onder meer patiëntgeoriënteerde elementen en services. Ook op het terrein van kwaliteitseisen moet voldoende speelruimte voor veldpartijen bestaan.

Financiële steun
patiëntenverenigingen

De overheid ondersteunt patiëntenverenigingen ten behoeve van hun bijdrage aan de totstandkoming van kwaliteitsnormen.

IGZ openbaart prestaties
aanbieders

Hierin expliciet gesteund door de minister, publiceert de IGZ jaarlijks een lijst met slechts en best presterende zorgaanbieders. Zorgaanbieders die kwalitatief onder een bepaald niveau functioneren staan onder verscherpt toezicht. Voor reguliere zorgcontractering komen deze aanbieders niet in aanmerking. De minister sluit hierover een overeenkomst met de zorgverzekeraars en met patiëntenverenigingen. Informatie over prestaties wordt actief gecommuniceerd met de patiëntenverenigingen. Zorgverzekeraars verantwoorden zich expliciet via hun websites over hun inkoopgedrag ter zake. De NZa monitort dit.

IGZ en NZa trekken
samen op

Informatie van de IGZ moet kunnen worden gebruikt voor de zorginkoop. De IGZ is ook voor de zorginkoop de autoriteit voor kwaliteit en transparantie. IGZ en NZa werken hierbij nauw samen en leggen een samenwerkingsplan voor aan de minister. De IGZ ontwerpt, te beginnen bij de grote ziektecategorieën, profielen voor disease management programma's, zodat zorginkopers hiervan gebruik kunnen maken (functionaliteit voor zorginkoop borgen). Wat kwaliteitsnormen in het algemeen betreft, is de RVZ voorstander van standaardisatie en autorisatie van EBM-normen, gekoppeld aan zorgaanpakken door een onafhan-

kelijke instelling. Deze stelt normen op waarin een balans bestaat tussen medisch- technische, patiëntgeoriënteerde en doelmatigheidsaspecten. Zorginkopers concentreren zich daarnaast op performance en gezondheidswinst.

NZa maakt inkoopprestaties verzekeraars openbaar

De NZa publiceert jaarlijks een vergelijking van de websites van zorgverzekeraars op het vlak van de inkoop van kwaliteit en ketens volgens een publieksvriendelijk stramien. Deze resultaten worden, ten behoeve van de jaarlijkse verzekerderswitch, openbaar aan het einde van het jaar.

DBC's: snel vereenvoudigen

3 DBC-structuur

Een snelle en forse vereenvoudiging van de DBC-structuur is nodig. Een mogelijk verlies aan informatie als gevolg daarvan, zullen wij moeten accepteren. Het zorginkoopbelang (het proces, de functie, zie hoofdstuk 2) moet leidend zijn bij onderhoud en ontwikkeling van DBC's. Dit impliceert dat een DBC een transparante mix moet zijn van doelmatigheid en (outcome) kwaliteit.

Keten-DBC's!

De ontwikkeling van keten-DBC's, in vervolg op de diabetes-DBC, moet voortvarend ter hand worden genomen (NZa). Hierbij vraagt het onderscheid in financiering tussen eerste en tweedelij extra aandacht: substitutie moet worden bevorderd en niet ontmoedigd (zie punt 1 en motie-Omtzigt e.a.).

DBC's: ook gezondheidswinst en zorgresultaat

DBC's zouden meer dan nu primair beoordeeld moeten worden op gezondheidswinst en zorgresultaat. Naarmate zorgaanbieders in staat blijken te zijn dat te realiseren, moet hun de mogelijkheid worden geboden versneld over te gaan naar het B-segment (als de DBC in kwestie daar al niet in zit).

Nader onderzoek is nodig naar de relatie tussen ketenzorg (keten-DBC's) en schaalvergroting van zorgaanbod. In zijn advies Schaal en zorg (voorjaar 2008) gaat de RVZ hier nader op in. Onderzoek ketens en schaalvergroting

Koppel de verzekerderswitch aan inkoopprestaties

4 Jaarlijks overstappende verzekeren

Aan de jaarlijkse verzekerderswitch zou systematisch moeten vooraf gaan de openbaarmaking van de inkoopprestaties van zorgverzekeraars op het terrein van kwaliteit en ketens. Verder kan de keuze voor een gecontracteerde zorgpolis worden bevorderd door tegen het einde van het jaar een IGZ-lijst van bestpresterende en slechtstpresterende zorgaanbieders te publiceren. Ook kan de IGZ per zorgaanbieder en per zorgeneheid de marge tussen 'gemeten' en 'beste deciel' openbaar maken. De IGZ heeft zich dit al voorgenoemen.

Meerjarenpolissen, meerjarenzorgcontracten

Verzekeraars moeten in staat zijn om meerjarige polissen aan te bieden tegen premiekorting. Criterium bij de beoordeling: zorgcontractering

van kwaliteit en keten (naast preventie). De minister kan dit onder meer bevorderen door rust rond het basispakket te creëren (dus niet te veel ad hoc wijzigingen). De verzekeraar moet meerjarige polisen kunnen combineren met meerjarige contracten met zorgaanbieders.

5 *Prijsvorming*

Prijsliberalisering
noodzakelijk

Selectieve of gedifferentieerde zorginkoop - het ultieme doel van de Zvw - vereist prijsliberalisering, althans voor delen van medische zorg. Voor het zogenaamde A 0-segment, dat wil zeggen opleidingen, IC, onrendabele lijnen etc., gelden andere bekostigingsbelangen. In het B-segment onderhandelt men nu al meer over kwaliteit dan in het A-segment (zie Gupta Strategists). De reden hiervoor is dat in de aanbiedersmarkt die de gezondheidszorg is, zorginkopers in staat moeten zijn om, ook in een monopoliesituatie, over de prijs te onderhandelen. Daarbij komt dat de zorginkoop pas een succes wordt, indien de inkoper kwaliteit én doelmatigheid kan combineren. De inkoper bedient immers twee klanten: de gezonde verzekerden (belang: lage premie) én de zorgconsumenten (belang: hoge kwaliteit). De RVZ gaat uit van de stelling dat doelmatigheid en kwaliteit meestal samengaan. In 5.2 is aangegeven hoe dit samengaan gebeurt. Wanneer dit niet het geval is, zal de zorg in kwestie tot het A 0-segment (moeten) behoren of apart moeten worden bekostigd (innovatiefonds etc.).

En: decentralisatie
arbeidsvoorwaarden

In deze redenering past overigens, naast prijsliberalisering, ook decentralisering van arbeidsvoorwaarden naar niveau instelling.

Vrije prijzen: vooral
voor ziekenhuiszorg

Vrije prijzen zijn voor de inkoop van ziekenhuiszorg belangrijker dan voor de inkoop van eerstelijnszorg. Voor de laatste is een minder risicodragende financiering geschikter (zie punt 1). Zie ook de motie-Omtzigt e.d. over substitutie van 2e lijnszorg door 1e lijnszorg.

Stap voor stap
benadering; versnelde
overgang naar
B-segment mogelijk
maken

Door het bestaande recht op zorg en de daarmee verband houdende macro-economische risico's voor het uitgavenmanagement, is de voorzichtige benadering van prijsvorming door de minister een verstandige. In deze beleidslijn past het om veldpartijen die een adequaat gebruik maken van de zorgcontractering (als bedoeld in dit advies) de gelegenheid te geven, DBC-gewijze, versneld over te gaan van A- naar B- segment.

Maatstafconcurrentie is
tijdelijk

De maatstafconcurrentie ziet de RVZ als een overgangsmaatregel van zeer tijdelijke aard, op weg naar vrije prijzen (waar mogelijk, gegeven de segmentering). Prijsliberalisering is in laatste instantie ook een effectief middel om de beoogde integrale prestatieprijzen (doelmatigheid én kwaliteit in één) gerealiseerd te krijgen. De Raad wil overigens geen algemeen causaal verband tussen vrije prijzen en kwaliteitsverbetering poneren, hoewel de redenering in 5.2 wel in die richting wijst. Kwaliteit kan goedkoper zijn, maar is soms, zoals gezegd, duurder, bijvoorbeeld bij

de introductie van nieuwe geneesmiddelen of medische technologie. Dat is echter meer een zaak van het basispakket en het daarmee verband houdende uitgavenmanagement dan voor zorginkoop. Deze twee moet men scheiden. Zorginkoop reguleert niet het basispakket. De relatie tussen prijs en kwaliteit moet in termen van dit advies zo worden getypeerd:

- selectieve zorginkoop kan kwaliteitsverbeterend werken;
- meer onderhandelingsruimte bij prijsvorming kan de selectieve zorginkoop stimuleren;
- en kan op die manier bijdragen aan kwaliteitsverbetering (in de zin van 5.2).

Altijd: selectieve zorginkoop én keuzemogelijkheden

En verder wijst de Raad in dit verband op zijn redenering in 2.3: voor kwaliteitsverbetering is meer nodig dan selectieve zorginkoop. Het keuzegedrag van consumenten is minstens zo belangrijk. En om die reden ziet de Raad dan ook de combinatie van zorginkoop en een exit-optie van consumenten (en dus kwaliteitstransparantie en keuzemogelijkheden) als meest wenselijk.

Afrekening en verantwoording parallel aan inkoop

6 Afreken- en verantwoordingscyclus

Deze cyclus moet meer recht doen aan het ritme en het belang van de zorginkoop (die overigens niet gelijk loopt met een kalenderjaar). Facturering, betaling, verzekering, verantwoording en controle moeten zo verlopen dat partijen bereid zijn risico's te nemen. Verkorting van de doorlooptijd van DBC's kan een gunstig effect hebben op dit terrein.

Mutaties tijdig aankondigen

Daarnaast moeten VWS en NZa beleidsmutaties tijdig aankondigen. In 2008 rapporteert de NZa over mogelijkheden de inkoop- en de afrekeningscyclus beter op elkaar af te stemmen.

7 Verevening

Zie 7.4, onder 8. de Zorgverzekeringswet.

7.4

In aanvulling op deze disincentives, twee stimuleringsvelden voor de zorginkoop: de Zvw en de mededinging.

8 De Zorgverzekeringswet

Hoewel theoretisch al veel mogelijk is binnen de Zvw, voldoet de zorginkoop nog niet aan de ambities van de wet (hoofdstuk 2). Hoe kan de minister met stimulerende maatregelen de Zvw meer inkoop-minded maken?

Haagse axioma's weg, te beginnen met 'vrije

In het algemeen door de Haagse axioma's - zie 2.7 - nadrukkelijk aan de orde te stellen. De minister zou in dat verband kunnen wijzen op de

artsen keuze'

spanning tussen de Haagse axioma's en de logica van de (succesvolle) stelselwijziging. De vrije artsenkeuze is het eerste axioma dat als zodanig expliciet moet verdwijnen. Het is, in zijn absolute vorm, onverenigbaar met selectief inkopen en in die vorm ook niet realistisch. Bovendien moet er, ook bij gecontracteerde zorg, altijd sprake zijn van keuzemogelijkheden voor de verzekerde. Communicatie en stellingname hierover richting parlement en veld zijn de belangrijkste beleidsmiddelen. De Raad adviseert een aanvallende strategie.

Duidelijk signaal over vergoeding niet-gecontracteerde zorg afgeven

Het is belangrijk dat de minister duidelijk communiceert over de bedoeling van de wet op het punt van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Hier moet een toon worden gezet. Het is te verwachten dat substantiële selectieve zorginkoop gaat leiden tot rechtszaken. Dan is een duidelijke wetsuitleg nodig. De Memorie van toelichting bij de Zvw biedt die niet. Het gaat hier ook om een zetje in de rug van de zorginkopers. De uitspraak van de NZa over de Zekur-polis van UVIT (dec. 2007) is hierin inmiddels richtinggevend.

Vrijwillig eigen risico inzetten!

Het eigen risico kan in dit verband worden aangewend. Dit speelt nu nog een te kleine rol. Het kan het maximum van de niet of deels te vergoeden (niet-gecontracteerde) zorg afdekken. Het vrijwillig eigen risico krijgt zo een heldere bestemming en kan een rol gaan spelen bij het bevorderen van (de inkoop van) kwaliteit en ketens (die straks, net als evidence based zorg, wél gecontracteerd zijn). Kortingen en vrijwillig eigen risico moeten dan wel een substantiële omvang hebben. Als daardoor disease management programma's van bewezen waarde (voorzien van IGZ-stempel) in ieder geval gecontracteerd worden, kan dit in het voordeel van chronisch zieken zijn (gebruikers immers van die programma's). Dit vergroot de mogelijkheden voor navigeren c.q. gedragsbeïnvloeding. Dit is alleen mogelijk bij een degelijke publieke inkadering (standaardisering van 'bewezen waarde') van de zorginkoop door IGZ en NZa.

Ex post verevening zo spoedig mogelijk weg; ex ante beleidsvorm

De ex post risicoverevening (nacalculatie) moet, conform beleidsvoornemens, verdwijnen. En hoewel dit zorgvuldig moet gebeuren in relatie tot de informatievoorziening aan zorgverzekeraars, pleit de Raad toch voor een snelle afbouw als signaal aan de inkopers. Afschaffing van de ex post verevening moet gelijk op gaan met versterking van de inkoopmacht van verzekeraars, bijvoorbeeld via prijsliberalisering. De parameters in de ex ante verevening moeten corresponderen met individugebonden risico's (leeftijd et cetera), niet met zorgaanbodgerelateerde risico's. Het laatste betekent dat zorgketens, zoals die voor diabetespatiënten, geen onderdeel moeten zijn van het systeem van ex ante verevening. De Raad kiest dus voor een beleidsarme invulling van dit systeem.

9 Mededinging

Nieuw zorgaanbod actief

Een actiever en scherper mededingingsbeleid is nodig om de zorgin-

bevorderen: nieuwe toetreders steunen én extramuralisering

koopmarkt om te buigen van aanbod naar vraaggericht. De borging van het publiek belang moet hier leidend zijn; de zorginkoop het middel. Toetredingsregels moeten soepeler, winstoogmerk mag als zodanig geen contra-indicatie zijn. Extramuralisering, niet-instellinggebonden zorg en eerstelijns centra waar mogelijk bevorderen. Het risico op tweedelijns-zorg gelijktijdig vergroten. Op dit vlak zijn startsubsidies voor facility en overhead van de overheid uit een innovatiefonds denkbaar om de markt los te maken. Nog bestaande budgetgaranties moeten zo snel mogelijk verdwijnen (toets op beschermingsconstructies is nodig: NZa).

Schaalvergroting kritisch volgen

Een scherpere toetsing van fusies vanuit het perspectief van het zorginkoopbelang (is publiek belang) is nodig (zie de discussie in de Tweede Kamer bij de behandeling van de VWS-begroting 2008). De RVZ adviseert de minister hierover in 2008.

NZa: kijk of er voldoende nieuw aanbod wordt ingekocht

De NZa heeft de bevoegdheid (via 'aanmerkelijke marktmacht') na te gaan of zorgverzekeraars voldoende nieuwe toetreders contracteren en of de zorginkoop nieuwe kansen creëert voor innovatief, kleinschalig en extramuraal zorgaanbod. De Raad beveelt de verzekeringsbranche aan hier een benchmark op toe te passen.

Den Haag: accepteren de gevolgen

De gevolgen hiervan voor bestaand zorgaanbod kunnen groot zijn (maar dat geldt voor succesvolle zorginkoop in het algemeen). Politiek moet men deze gevolgen accepteren als onvermijdelijk en noodzakelijk gevolg van een gekozen beleidslijn (zie de Haagse axioma's).

7.5

Een tijdpad 2008-2011

In de achtergrondstudie Zorginkoop heeft de toekomst van Significant is de ideaaltypische ontwikkeling van de inkoopfunctie beschreven. Dit is gebaseerd op een model van de TU Eindhoven (s.a). Het model kent zes fasen en pas nadat de fasen 5 en 6 zijn ingetreden, functioneert de zorginkoop als beoogd. Dat is nog lang niet het geval. In de nu volgende figuur is een tentatief tijdpad aangegeven voor de ontwikkeling van de zorginkoopfunctie in Nederland.

Figuur 7.1 Ontwikkeling inkoopfunctie

Ontwikkelingsfase	Realisatie
1. transactional orientation	2006
2. commercial orientation	2007
3. purchasing coordination	2008 2009
4. process orientation	2010 2011
5. supply chain orientation	pm
6. value chain orientation	pm

Bron: RVZ, 2007.

Volgens Significant bevonden de meeste zorgverzekeraars zich medio 2007 tussen fase 2 en 3. De overgang van fase 3 naar fase 4 is een grote stap die, eenmaal gezet, onomkeerbaar is en die waarschijnlijk vroeg of laat zal leiden tot de beoogde fasen 5 en 6. In het scenario van dit advies zou de zorgverzekeringsbranche gemiddeld rond 2010-2011 al een beslissende keer nemen (van fase 3 naar fase 4).

Formuleer een
transitietarget

7.6

De minister zou dit als target richting Tweede Kamer kunnen formuleren. Ervaringen uit het bedrijfsleven leren dat dit een strakke procesregie vraagt. Alleen dan is het mogelijk in twee tot vier jaar een fase te doorlopen. De fasen 5 en 6 kunnen in de volgende kabinetsperiode worden doorlopen. De zorginkoop is in fase 4 een integraal onderdeel van het strategisch beleid van de verzekeraar en is zijn belangrijkste instrument om zich te onderscheiden. De zorginkoop concentreert zich dan op de kwaliteit van de zorg en er is voldoende aandacht voor ketenzorg.

Plausibiliteit

7.7

Presenteer een
beleidsprogramma
zorginkoop 2008-2011

Hoe plausibel is het RVZ-scenario? Dat hangt van een aantal omstandigheden af.

1. De realisatie van de aanbevelingen in 7.3 en 7.4 De RVZ beveelt de minister aan deze aanbevelingen een plek te geven in een beleidsprogramma zorginkoop 2008-2011 en prioriteit te geven aan: kwaliteitstransparantie (gericht op aanbieders én inkopers), ontwikkeling breed gedragen kwaliteitsnormen mét 'algemeen verbindend verklaring', afschaffing ex post verevening en daarna: vereenvoudiging DBC's. Prioriteit moet ook hebben: de ontwikkeling van een

Regionale pilots;
integrale prestatieprijzen

Communicatieplan
overheid-veld

BZK: ter discussie

Start met ziektegerichte
inkoop

eenduidige toezichtformule (IGZ/NZa) en steun aan patiëntenverenigingen.

2. Zo spoedig mogelijk starten met regionale pilots waarin ervaring kan worden opgedaan met inkoop-modaliteiten (o.m. de rol van de eerste lijn). In de pilots experimenteren met deregulering en prijsliberalisering (regelarme zones). Tegelijkertijd zo spoedig mogelijk de integrale prestatieprijzen invoeren.
3. Goede communicatie over wederzijdse verwachtingen tussen minister en veldpartijen. Targets formuleren over de vervanging van overheidsregulering door zelfordening.
4. Politieke acceptatie van risico's, bijvoorbeeld dat van productiestijging en dus van overschrijding van budgetplafonds. Politieke besluitvorming over het Budgettair Kader Zorg (BKZ) is dus nodig. Bereidheid de Haagse axioma's ter zijde te stellen.
5. Een implementatiestrategie die gebaseerd is op het starten met specifieke ziektecategorieën en leren van ervaringen op dit vlak in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,



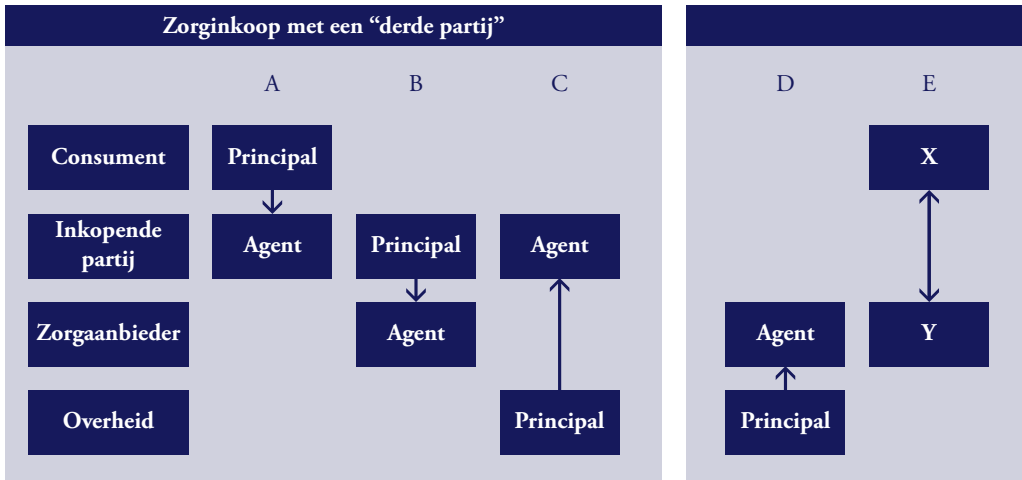
Rien Meijerink,
voorzitter



Pieter Vos,
algemeen secretaris

Appendix

Figuur 1 Principal-agent relaties rond de zorginkoop met een ‘derde partij’



Bron: RVZ op basis van Figueras et al., 2005.

In bovenstaande figuur zijn met behulp van de *principal – agent* theorie de belangrijkste relaties rond de zorginkoop met een ‘derde partij’ weergegeven. De *principal – agent* theorie analyseert de relaties tussen twee actoren waarbij de ene actor (de agent) besluiten neemt voor de andere actor (de principal) (Douma en Schreuder, 1992). Bij bovenstaande figuur moet worden opgemerkt dat het, zoals elk model, een gestileerde weergave van de werkelijkheid is. Onder de *agent* zorgaanbieder gaan bijvoorbeeld meerdere *principal-agent* relaties schuil, zoals de relatie tussen bestuur en medische staf in een ziekenhuis. Onder de *agent* consument gaan bijvoorbeeld verzekeren en patiënten schuil. Dit maakt de actoren in bovenstaande figuur niet zo homogeen als ze in bovenstaande figuur zijn weergegeven.

Op basis van bovenstaande figuur is het echter goed mogelijk de situatie rond de zorginkoop met een ‘derde partij’ te analyseren. Wat in de figuur duidelijk zichtbaar is, is dat de inkoopende partij in twee relaties de *agent* en maar in één relatie de *principal* is. Hij moet zowel de publieke doelen van de overheid borgen (relatie C) als ook wensen van de verzekerden en patiënten verzilveren (relatie A). In de Nederlandse situatie treedt vooral de verzekeraar op als inkoopende partij. De verzekeraar is echter geen zorgverlener, terwijl zowel de publieke doelen als de wensen van de verzekerden en patiënten juist in de zorgverlening zelf tot uitdrukking moeten komen. Dit zet een grote druk op de relatie tussen zorgverkeeraar en zorgaanbieder (relatie B). Het hanteren van deze druk stelt hoge

eisen aan zowel het responsieve vermogen als aan de sturende kracht van de inkopende partij. Daarover gaat dit advies.

Naast de *principal-agent* relatie die de overheid met de inkopende partij heeft, probeert de overheid nog via een andere relatie haar publieke doelen te borgen. Namelijk via de relatie met de zorgaanbieders zelf (relatie D). Deze relatie behoort strikt genomen niet tot de zorginkoop, maar heeft daar wel een relatie mee. Een voorbeeld kan dit verduidelijken. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ('de overheid') probeert namelijk het publieke doel 'kwaliteit' te borgen door toezicht te houden op individuele zorgaanbieders. Kwaliteit speelt ook een belangrijke rol in de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Zorgverzekeraars willen namelijk de beste kwaliteit voor de laagste prijs kopen. Hier doet zich een dilemma voor. Van toezicht gaat over het algemeen een uniformerende werking uit: getoetst wordt aan een norm. Van zorginkoop gaat een diversifiërende werking uit: het beste product voor de laagste prijs. Beide relaties brengen dus een spanning met zich mee waaraan in dit advies aandacht zal worden geschonken.

Tenslotte is de relatie tussen de consument in de hoedanigheid van de patiënt en de zorgaanbieder. Aan deze relatie komt geen 'derde partij' te pas en hij is niet in een termen van een *principal-agent*-relatie te beschrijven. Deze relatie kan als alternatief van de zorginkoop met een 'derde partij' worden opgevat.

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesaanvraag Zorginkoop

De RVZ brengt in 2007/2008 een advies uit over zorginkoop. Dit als uitwerking van het onderwerp ‘Beleidsscenario’s groeiende en veranderde zorgaanvraag’ uit het RVZ-werkprogramma 2007. De groeiende en veranderende zorgvraag zal immers onder meer door een goed functionerende zorginkoop geacommodeerd moeten worden.

Het doel van het advies is de minister van VWS inzicht te geven in de huidige werking van de zorginkoopfunctie en hem aanknopingspunten te bieden om deze functie te optimaliseren. Daarnaast krijgt hij een vernieuwend en integraal inzicht in de nationale en internationale empirie van het zorginkoopproces. Het zorginkoopproces vatten we daarbij breder op dan alleen de contractuele relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. We willen de invloed op dit proces van andere actoren zoals collectiviteiten, werkgevers en patiëntenverenigingen ook in de analyse betrekken.

Voor het advies willen we de Zorgverzekeringswet en de thans fungerende regelgeving als uitgangspunt nemen. Het advies zal gegeven de Zvw en andere wetten een risicoanalyse bevatten van de obstakels die een goede zorginkoop van in het bijzonder kwaliteit en zorgresultaat in de weg (kunnen) staan. Daarop aansluitend zullen verschillende beleidsopties voor de minister worden gepresenteerd. In nader overleg met een door u aan te wijzen contactpersoon werken wij deze aanpak graag verder uit.

Het advies onderscheidt zich van rapporten van de NZa, CPB en CVZ, omdat het niet de uitvoeringstechnische, maar meer de strategische functie van het zorginkoopproces voor verschillende partijen in het nieuwe stelsel behandelt. In de analyse worden de verschillende strategische handelingsopties van deze partijen betrokken. Het advies richt zich daarmee op de wat langere termijn. Uiteraard vindt wel afstemming plaats met bovengenoemde stakeholders. Met de NZa hebben we reeds over dit onderwerp gesproken.

Bijlage 2

Adviesvoorbereiding

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad

De heer prof. dr. W.N.J. Groot
Mevrouw mr. A-M. van Blerck-Woerdman
De heer mr. H. Bosma

Adviesvoorbereiding door de ambtelijke projectgroep

De heer drs. P. Vos	projectmanager
De heer drs. E.G. Brummelman	projectmedewerker
Mevrouw drs. H.M.M. Emanuel-Vink	projectmedewerker
De heer drs. P.P. T. Jeurissen	projectmedewerker
Mevrouw dr. W.G.M. van der Kraan	projectmedewerker
Mevrouw I.A. de Prieëlle	projectsecretaresse

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerking. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Gevolgde procedure

Het adviesproject is begonnen met een startgesprek tussen representanten en het ministerie van VWS als opdrachtgever en de RVZ als opdrachtnemer. Het startgesprek is gehouden op 24 mei 2007.

Achtergrondstudies en vignetten

De Raad heeft twee achtergrondstudies laten uitvoeren. De heer dr. J.P. Heida, Gupta, heeft een achtergrondstudie geschreven met de titel *Onderhandelen met zorg: achtergrondonderzoek naar het contracteren van zorg door verzekeraars en zorgaanbieders*. Door het bureau Significant (Barneveld) is een achtergrondstudie geschreven met als titel *Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen*. Beide achtergrondstudies zijn in een RVZ-publicatie uitgebracht tezamen met dit advies.

Medewerkers van de RVZ schreven ondersteunende vignetten over vier onderdelen van de zorginkoop. De vignetten zijn in de bijlagen opgenomen.

Bijeenkomsten

Tijdens het adviestraject zijn 5 debatten georganiseerd:

8 oktober 2007	Verzekeraars
8 oktober 2007	Zorgaanbieders
8 oktober 2007	'Andere zorginkopers'
30 oktober 2007	Brancheorganisaties
30 oktober 2007	ZBO's

Deelnemers debat met de verzekeraars 8 oktober 2007

- De heer mr. R.H.L.M. van Boxtel, Menzis Zorg en Inkomen
- De heer prof. dr. F. van Eenennaam, Nyenrode Business Universiteit
- De heer W. Ertty, Andersson Elffers Felix B.V.
- De heer dr. J.P. Heida, Gupta Strategists
- De heer drs. J.G.M. Hendriks, Ziekenhuis Bronovo
- De heer prof. dr. L. Koopmans, Emeritus hoogleraar Rijks-universiteit Groningen
- De heer drs. M.A.M. Leers, CZ-groep
- Mevrouw drs. D.J.M. Monissen, Agis
- De heer mr. J.M. van der Most, Pels Rijken & Drooglever Fortuijn advocaten en notarissen
- Mevrouw drs. M.H. Schulz van Haegen-Maas Geesteranus, Achema Zorg
- De heer drs. M. Stouten, Nyenrode Business Universiteit
- De heer drs. B. Karssen, Significant

Deelnemers debat met de zorgaanbieders 8 oktober 2007

- De heer drs. N.A.G. Bernts, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
- Mevrouw drs. L. Boonen, EUR/iBMG
- De heer W. van Ewijk, Medisch Centrum Haaglanden
- De heer dr. J.P. Heida, Gupta Strategists
- De heer drs. J. van den Heuvel, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis
- De heer drs. R.E.A. Goffin, Orbis medisch zorgconcern
- De heer prof. dr. N.S. Klazinga, AMC Universiteit Amsterdam
- De heer prof. dr. J.A.M. Maarse, Universiteit Maastricht
- De heer drs. J.F. Maljers, Plexus Medical Group
- De heer drs. R.N. van der Plank, Nederlands Psychoanalytisch Instituut
- De heer drs. J.W.P. Schnerr, Zuwe Hofpoort Ziekenhuis
- De heer M. Vente, PsyQ Nederland

Deelnemers debat met de 'anders zorginkopers' 8 oktober 2007

- De heer prof. dr. M.G. Boekholdt, De Zonnehuisgroep
- Mevrouw dr. E. Borst-Eilers, Nederlandse Vereniging van Kankerpatiëntenorganisaties
- De heer ir. B.J.M. Duurkoop RI, Mesitia
- De heer prof. dr. P. Groenewegen, Nivel

- De heer dr. J.P. Heida, Gupta Strategists
- De heer prof. dr. C.A.L. Hoogduin, HSK Groep
- De heer J.H. ten Hoove, Menzis Zorg en Inkomen
- De heer W. van Minnen, CSO
- De heer mr. M.E.M. Nuyten, VNO-NCW
- De heer M.J. Ploeg, Diabetesvereniging Nederland
- De heer J.C. van Putten, Thomashuizen
- Mevrouw mr. A.W.D. Saers, Per Saldo
- Mevrouw M. Schoneveld, Consumentenbond
- De heer J.G.A.J. Slagers MSc, Nederlandse CVA-vereniging
- De heer prof. dr. C. Spreeuwenberg, Universiteit Maastricht
- Mevrouw drs. J. Verhoeven, Reumapatiëntenvereniging
- Mevrouw C. Vogeler, Consumentenbond
- De heer Q.B. van Woerdekom, CG-Raad
- De heer B. Zegwaard, VTS Politie Nederland

Deelnemers debat met de brancheorganisaties 30 oktober 2007

- Mevrouw mr. M. Beljaars, GGZ Nederland
- De heer drs. H.B. Eenhoorn, KNGF
- De heer dr. S.R.A. van Eijck, LHV
- Mevrouw drs. B.J.M. Gallé, NVZ vereniging van ziekenhuizen
- De heer dr. B.P. Geerdes, ZN
- De heer dr. J.P. Heida, Gupta Strategists
- De heer J.M. Hermans, KNMP
- De heer P.C.H.M. Holland, arts, KNMG
- De heer drs. A. Koster, ActiZ
- De heer drs. A.J. Rijnsburger
- Mevrouw drs. M.J. Schrasser, NPCF
- De heer M. Wesseling, KNMG

Deelnemers debat met de ZBO's 30 oktober 2007

- De heer mr. F.H.G. de Grave, NZa
- De heer dr. P.C. Hermans, CVZ
- De heer drs. B. Karssen, Significant
- De heer dr. H.J. Lieverdink, NZa
- De heer M.H. Nieuwenhuis, DNB
- Mevrouw dr. J. Ravensbergen, ZonMw
- De heer drs. R.L.J.M. Scheerder, Cbz
- De heer dr. W.M.L.C.M. Schellekens, arts, IGZ
- De heer dr. M.J.W. Sprenger, RIVM

Tijdens het adviestraject zijn de volgende personen geconsulteerd:

- De heer mr. F.H.G. de Grave, de heer B. Boelema, en de heer dr. H.J. Lieverdink, NZa
- De heer dr. W.M.L.C.M. Schellekens, IGZ
- De heer prof. dr. F.T. Schut, Erasmus Universiteit/iBMG

- De heer H.J. Smid, de heer W. Joling en mevrouw dr. J. Ravensbergen, ZonMw

De NZa, het CVZ en de IGZ reageerden schriftelijk op een conceptadvies.

Op 6 november 2007 is de onderhavige materie besproken met de heer drs. M.J. van Rijn, directeur-generaal Gezondheidszorg van het ministerie van VWS.

De Raad heeft het conceptadvies op 17 januari 2008 besproken en vastgesteld.

Bijlage 3

Zorginkoop in het buitenland

Drs. E.G. Brummelman
RVZ

Inhoud

1	Inleiding	59
1.1	Aanleiding	59
1.2	Probleemstelling	59
2	Analytisch kader	60
2.1	Conceptualisering zorginkoop	60
2.2	Focus van het vignet	62
3	Positionering van de zorginkoop in verschillende landen	64
3.1	Verticale organisatie van de zorginkoop	64
3.2	Horizontale organisatie van de zorginkoop	65
4	De relatie inkopende partij – zorgaanbieder internationaal gezien	66
5	De relatie overheid - inkopende partij internationaal gezien	73
6	Conclusies en goede voorbeelden	77
	Referenties	79

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Het plan van aanpak van het RVZ-project zorginkoop voorziet in een vignet naar de situatie op het gebied van zorginkoop in het buitenland. Het gaat er dan vooral om goede voorbeelden op het gebied van zorginkoop in het buitenland in kaart te brengen en de rol van de overheid te belichten.

In 2005 is een uitgebreide internationale studie naar internationale ervaringen met zorginkoop uitgevoerd door de *European Observatory* onder leiding van Josep Figueras, Ray Robinson en Elke Jakubowski (*Purchasing to improve health systems performance*). Onderhavig vignet steunt voor een belangrijk deel op hun werk en is aangevuld met literatuur en kennis uit interviews en een werkbezoek aan het Verenigd Koninkrijk.

1.2 Probleemstelling

De probleemstelling van dit vignet is:

“Wat zijn goede voorbeelden op het gebied van zorginkoop in het buitenland en wat is de rol van de overheid? Wat kunnen wij daarvan leren?”

De kern van de Nederlandse stelselwijziging zou men het overdragen van de verantwoordelijkheid voor zorginkoop van de overheid naar privaatrechtelijke verzekeraars kunnen noemen. De overheid blijft, ondanks deze decentralisatie, verantwoordelijk voor de publieke doelen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt het analytisch kader voor dit vignet besproken. Het begrip ‘zorginkoop’ wordt in dit hoofdstuk hanteerbaar gemaakt. In hoofdstuk 3 wordt de positie van de zorginkoop in verschillende landen uitgewerkt. Welke verschijningsvormen kent zorginkoop internationaal? In hoofdstuk 4 wordt vervolgens internationaal gekeken naar de relatie inkoopende partij - zorgaanbieder en in hoofdstuk 5 naar de relatie overheid - inkoopende partij. In hoofdstuk 6 worden een aantal ‘goede voorbeelden’ uit de hoofdstukken 4 en 5 naar voren gehaald waarvan Nederland zou kunnen leren.

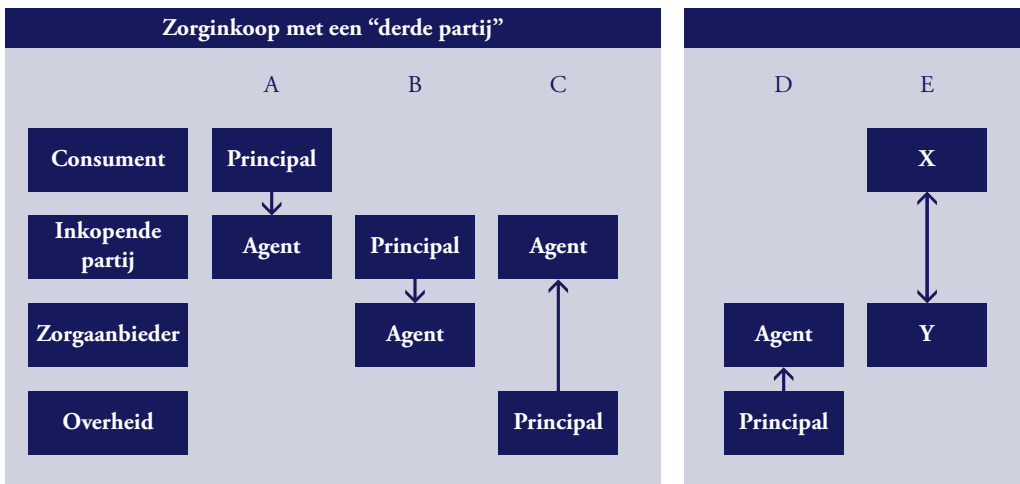
2 Analytisch kader

In dit hoofdstuk wordt een analytisch kader voor dit vignet gegeven. In paragraaf 2.1 wordt het concept ‘zorginkoop’ hanteerbaar gemaakt om daarmee modaliteiten in het buitenland te kunnen onderzoeken. In paragraaf 2.2 wordt met behulp van de definitie de focus van dit vignet uitgewerkt.

2.1 Conceptualisering zorginkoop

In onderstaande figuur zijn met behulp van de principal – agent theorie de belangrijkste relaties rond de zorginkoop met een ‘derde partij’ weergegeven. De principal – agent theorie analyseert de relaties tussen twee actoren waarbij de ene actor (de agent) besluiten neemt voor de andere actor (de principal) (Douma en Schreuder, 1992).

Figuur 1 Principal-agent relaties rond zorginkoop met een ‘derde partij’



Bron: RVZ op basis van Figueras et al, 2005.

Bij het figuur moet worden opgemerkt dat het, zoals elk model, een gestileerde weergave van de werkelijkheid is. Onder de *agent* zorgaanbieder gaan bijvoorbeeld weer meerdere *principal-agent* relaties schuil, zoals de relatie tussen bestuur en medische staf in een ziekenhuis. Dit maakt de actoren niet zo homogeen als ze in bovenstaande figuur zijn weergegeven.

De centrale vraag binnen de principal-agent theorie is hoe de beloningsstructuur van de agent er uit moet zien zodat hij het door de principal gewenste gedrag vertoont. Een bepalende factor daarbij is in hoeverre de principal zicht heeft op het gedrag van de agent. In Nederland gaat het er

dan bijvoorbeeld om in hoeverre de consument en de overheid zicht hebben op het inkoopgedrag van de verzekeraar of in hoeverre verzekeraars zicht hebben op het gedrag van de zorgaanbieders.

In het vignet van Jeurissen (2007) is een aantal modaliteiten van belonings- en organisatiestructuren uitgewerkt om het gedrag van de agents in de verschillende relaties te sturen. In het onderhavige vignet wordt in een aantal landen gekeken naar goede voorbeelden van structuren die het gewenste gedrag teweegbrengen. In het onderhavige vignet wordt als gewenst gedrag gedefinieerd die gedragingen die leiden tot 'gezondheids-winst, zorgresultaat en zorginnovatie, in het bijzonder van ketens van cure, care en preventie'. Zie voor de definiëring van het gewenste gedrag het plan van aanpak zorginkoop (RVZ, 2007).

Op basis van bovenstaande figuur is het goed mogelijk de situatie rond de zorginkoop met een 'derde partij' te analyseren. Wat in het figuur duidelijk zichtbaar is, is dat de inkopende partij in twee relaties de *agent* en maar in één relatie de *principal* is. Hij moet zowel de publieke doelen van de overheid borgen (relatie C) als ook wensen van de verzekerden en patiënten verzilveren (relatie A). In de Nederlandse situatie treedt vooral de verzekeraar op als inkopende partij. De verzekeraar is echter geen zorgverlener, terwijl zowel de publieke doelen als de wensen van de verzekerden en patiënten juist in de zorgverlening zelf tot uitdrukking moeten komen. Dit zet een grote druk op de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder (relatie B). Het hanteren van deze druk stelt hoge eisen aan zowel het responsieve vermogen als aan de sturende kracht van de inkopende partij. Een manier om hiermee om te gaan wordt door de WHO (2000) ook wel aangeduid met het begrip *strategic purchasing*. Dit in tegenstelling tot *passive purchasing*. Figueras et al. (2005, p. 45) geven de volgende definitie daarvan:

Strategic purchasing aims to increase health systems' performance through effective allocation of financial resources to providers, which involves three sets of explicit decisions:

- 1. which interventions should be purchased in response to population needs and wishes, taking into account national health priorities and evidence on cost-effectiveness;*
- 2. how they should be purchased, including contractual mechanisms and payment systems; and*
- 3. from whom, in light of relative levels of quality and efficiency of providers.*

Naast deze drie elementen noemt de WHO (2000) in haar rapport nog een dynamisch element:

*Strategic purchasing involves a **continuous** search for the best ways to maximize health system performance by deciding which interventions should be*

*purchased, how, and from whom. This means **actively choosing** interventions in order to achieve the best performance, both for individuals and the population as a whole, by means of selective contracting and incentive schemes.*

Strategische zorginkoop (*strategic purchasing*) wordt door de WHO (2000), als het preferente model van inkoop gezien. Dit in tegenstelling tot inkoop die zich alleen beperkt tot het betalen van de rekening (*passive purchasing*).

Naast de *principal-agent* relatie die de overheid met de inkomer de partij heeft, probeert de overheid nog via een andere relatie haar publieke doelen te borgen. Namelijk via de relatie met de zorgaanbieders zelf (relatie D). Deze relatie behoort strikt genomen niet tot de zorginkoop, maar heeft daar wel een relatie mee. Een voorbeeld kan dit verduidelijken. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ('de overheid') probeert het publieke doel 'kwaliteit' te borgen door toezicht te houden op individuele zorgaanbieders. Kwaliteit speelt echter ook een belangrijke rol in de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Zorgverzekeraars willen namelijk de beste kwaliteit voor de laagste prijs kopen. Hier doet zich een dilemma voor. Van toezicht gaat over het algemeen een uniformerende werking uit: getoetst wordt aan een norm. Van zorginkoop gaat een diversifieerde werking uit: het beste product voor de laagste prijs. Beide relaties brengen dus een spanning met zich mee waaraan in het advies aandacht zal worden geschonken.

Tenslotte is er de relatie tussen de consument in de hoedanigheid van de patiënt en de zorgaanbieder. Aan deze relatie komt geen 'derde partij' te pas en hij is niet in termen van een *principal-agent*-relatie te beschrijven. Deze relatie kan als alternatief van de zorginkoop met een 'derde partij' worden opgevat.

2.2 Focus van het vignet

In deze paragraaf wordt met behulp van de *principal agent*relaties in figuur 1 aangegeven op welke voorbeelden in welke relaties we ons zullen concentreren.

De focus van dit vignet zal vooral liggen op goede voorbeelden in de *principal-agent* relaties tussen:

1. Inkoopende partij – zorgaanbieder (relatie B in figuur 1; wordt behandeld in hoofdstuk 4 van dit vignet).
2. Overheid – inkoopende partij (relatie C in figuur 1; wordt behandeld in hoofdstuk 5 van dit vignet).

Relatie tussen consument en zorgaanbieder (relatie E)

In dit vignet wordt geen aandacht besteed aan de directe relatie tussen consument en zorgaanbieder. Omdat geen sprake is van een derde partij is deze relatie in bovenstaande figuur met een pijl naar beide kanten weergegeven. De relatie tussen consument- zorgaanbieder wordt behandeld in het vignet van W. van der Kraan en daarnaar wordt op deze plaats verwezen.

Relatie tussen consument en zorgaanbieder (relatie A)

Op de relatie tussen consument en inkopende partij wordt in dit vignet alleen ingegaan voor zover deze mede bepalend is voor de relatie inkopende partij – zorgaanbieder. In het vignet van W. van der Kraan wordt ingegaan op de invloed van de consument op het inkoopbeleid van de inkopende partij. Op deze plaats wordt daarnaar verwezen.

Relatie tussen overheid en zorgaanbieder (relatie D)

Tenslotte wordt aan de directe relatie tussen overheid en zorgaanbieder in dit vignet geen aandacht besteed. Ook deze relatie zou men als principal-agent kunnen omschrijven, waarbij de principal de overheid en de agent de zorgaanbieder is. Het gaat in deze relatie bijvoorbeeld om het staats-toezicht op de volksgezondheid dat in Nederland wordt uitgeoefend door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De relatie tussen IGZ en zorgaanbieders zou men kunnen opvatten als een apart kwaliteitssysteem dat randvoorwaardelijk is voor de zorginkoop. Naast de IGZ zijn er natuurlijk nog andere toezichthouders die een directe relatie met de zorgaanbieders onderhouden, waaronder de NZa, NMA en DNB. Voor een deel wordt in het vignet van H.M.M. Emanuel ingegaan op deze relatie.

3 Positionering van de zorginkoop in verschillende landen

Jeurissen (2007) betoogt in zijn vignet 'modaliteiten van zorgcontracten': de positie van de 'derde partij' dat er bij een systeem van zorginkoop door een derde partij verschillende actoren de functie van de 'derde partij' kunnen vervullen. Bijvoorbeeld de centrale overheid (Engeland), de private verzekeraar (Zwitserland) en de werkgever (Verenigde Staten).

De 'derde partij' niet altijd vanzelfsprekend geweest. 'De vergoeding van medische dienstverlening was voor de komst van de verzorgingsstaat primair een zaak tussen dokter en patiënt' (Jeurissen, 2007). De opkomst van een 'derde partij' is niet een typisch Nederlands fenomeen. Figueras et al. (2005) zien deze ontwikkeling als een gemeenschappelijke trend in de hervorming van gezondheidszorgsystemen. Volgens hen is er een verschuiving van hiërarchische, hoog geïntegreerde vormen van financiering en zorgverlening, naar decentrale modellen waarbij de verantwoordelijkheid voor het kopen van medische dienstverlening gescheiden is van de levering van de dienstverlening zelf. Door deze verschuiving ontwikkelt het inkopen van zorg zich langzamerhand tot een aparte functie binnen de gezondheidszorg.

De inbedding van deze functie is vaak contextueel en historisch bepaald. Het fysieke onderscheid tussen zorginkoop en zorgverlening is echter altijd een intrinsiek onderdeel geweest van de sociale verzekeringsstelsels die op de leest van Bismarck geschoeid zijn. In deze systemen was zorginkoop tot voor kort echter een passieve gebeurtenis. De laatste jaren is in landen als Oostenrijk, Duitsland, Israël en Nederland een beweging op gang gekomen van passieve naar strategische zorginkoop.

Het proces van zorginkoop kan langs twee assen worden beschreven: verticale en horizontale organisatie. Bij verticale organisatie gaat het om of de zorginkoopfunctie op macro (nationaal), meso (regionaal) en micro (lokaal) niveau wordt uitgevoerd. Het gaat dan niet alleen om een geografische ordening: inkoop door werkgevers kan men ook als zorginkoop op mesoniveau typeren. Bij horizontale organisatie gaat het vooral om de vraag of zorginkoop plaatsvindt in een concurrerende omgeving.

3.1 Verticale organisatie van de zorginkoop

Zorginkoop op macroniveau vindt voornamelijk plaats in voormalige landen uit het Oostblok. Er zijn in de regio's vaak wel vertegenwoordigers van het centrale gezag aanwezig, maar deze hebben weinig autonomie op het gebied van beslissingen over zorginkoop. Veel van deze landen zijn echter op zoek naar meer (functioneel of territoriaal) gedecentraliseerde vormen van zorginkoop.

Zorginkoop op mesoniveau komt vaker voor en meestal in twee modellen. Ten eerste in het model van de sociale verzekering (bijvoorbeeld Duitsland en Nederland) en ten tweede in het model van de regionale overheden met veel autonomie (Italië en Spanje).

Zorginkoop op microniveau komt ook voor in twee modellen. Ten eerste in een model waarin lokale overheden de zorginkoop verzorgen (Scandinavië) en ten tweede in modellen waarbij organisaties in de eerste lijn (bijvoorbeeld primary care trusts) dat doen.

3.2 Horizontale organisatie van de zorginkoop

De belangrijkste parameter op het horizontale niveau is of zorginkoop plaatsvindt in een concurrerende omgeving: moeten zorginkopers met elkaar concurreren?¹ Als belangrijke structuurparameter van de mate van concurrentie wordt vaak de mate van concentratie gebruikt. Het zal duidelijk zijn dat concurrentie moeilijk samengaat met zorginkoop op het macroniveau: per definitie is sprake van een monopolie. Figueras et al. (2005) laten zien dat er in Europa alleen in Duitsland en Nederland er een zekere mate van competitie tussen zorginkopers is. In alle andere landen is er sprake van een regionaal monopolie waarbij concurrentie door territoriale afscheidingen niet mogelijk is op zowel meso- als micro-niveau.

In een figuur zou men het bovenstaande als volgt kunnen samenvatten. Ter illustratie zijn enkele Europese landen als voorbeeld ingevuld.

Tabel 1 **Organisatie van zorginkoop**

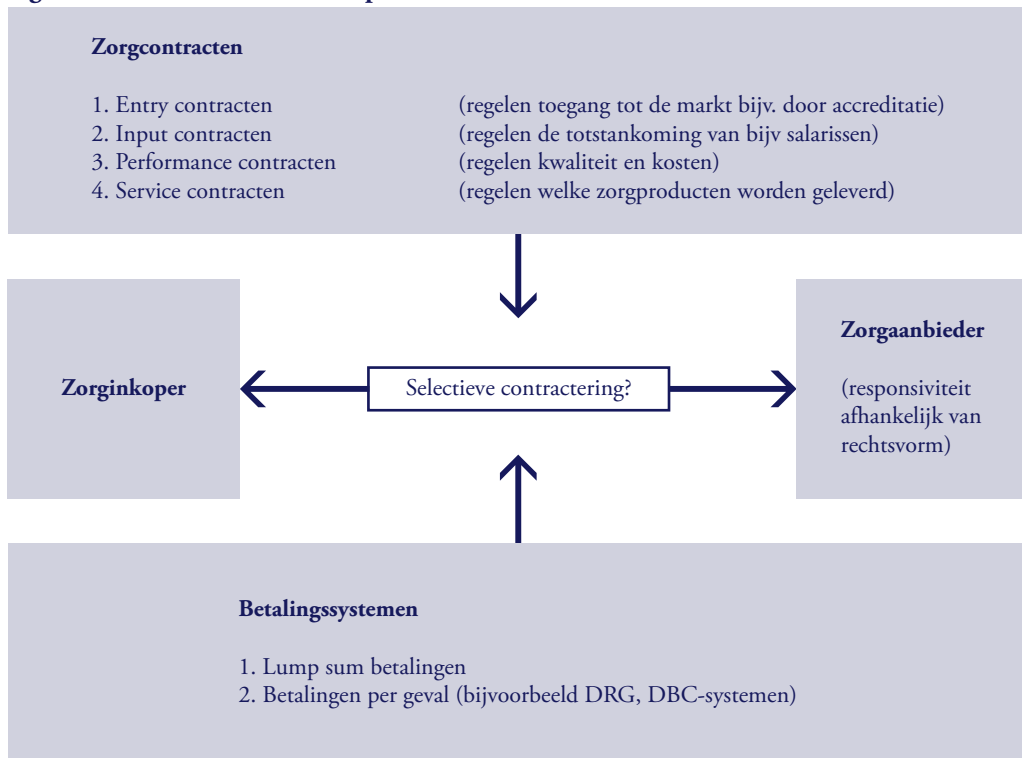
	Mate van concentratie van zorginkopers (horizontaal)	Monopolie	Oligopolie	Regionaal monopolie	Perfekte competitie
	Zorginkoop door: (vertikaal)				
1. Macro	Centrale overheid	Hongarije, Litouwen			
2. Meso	a. Sociale ziektekostenverzekering		Nederland (verzekeraars), Duitsland	Nederland (aanbieders), België	
	b. Sociale ziektekostenverzekering na transitie van centraal systeem		Tsjechië	Rusland	
	c. Regionale overheden			Spanje, Italië	
3. Micro	a. Lokale overheden			Finland	
	b. Organisaties in de eerste lijn			Verenigd Koninkrijk	

Bron: RVZ op basis van Figueras et al, 2005.

4 De relatie inkopende partij – zorgaanbieder internationaal bezien

De relatie tussen de inkoper, de derde partij, en de zorgaanbieder kan in twee processen worden gedefinieerd. Namelijk het contracteringsproces en het betalingsproces. Binnen elk proces zijn verschillende varianten van contracten en betalingssystemen mogelijk. Naast deze twee processen bepaalt de rechtsvorm van de zorgaanbieder mede in hoeverre hij kan en wil reageren op bepaalde prikkels in contracten of betaalsystemen. Dit is in onderstaande figuur weergegeven.

Figuur 2 Relatie tussen inkoper en aanbieder



Bron: RVZ op basis van Figueras, et al. 2005.

Service en performance contracten

Volgens Figueras, et al. (2005) is er een internationale trend waar te nemen van *inputcontracten* naar *service (cost-and-volume)* en *performance* contracten. Deze laatste lijken in beginsel de beste basis te bieden om over kwaliteit en zorgresultaat te onderhandelen. Vooral de *cost-and-volume* contracten lijken volgens hem de juiste prikkels voor aanbieders te bieden. Inkopers kunnen van een voorgedefinieerd product het benodigde volume bepalen en daarvan de meest kosteneff-

fectieve vormen van zorg inkopen. De definiëring van producten vindt in het beste geval plaats in termen van DBC's, DRG's of soortgelijke systemen, maar voorlopig vaak nog in termen van het aantal behandelingen of het aantal dagen het ziekenhuis. Een vervolgstap die nu nog niet vaak voorkomt is het toevoegen van performance indicatoren op het gebied van toegankelijkheid, kwaliteit en efficiency aan dergelijke contracten.

Van ex post naar ex ante financiering

Naast een internationale trend naar *service (cost-and-volume)* en *performance* contracten is er nog een andere internationale trend waar te nemen, namelijk een trend van retrospectieve (ex post) naar prospectieve (ex ante) financiering. Dit vaak vanwege redenen van kostenbeheersing. Globale prospectieve budgetten, gecorrigeerd voor casemix door een DBC-systeem lijken in een aantal landen goede resultaten te boeken.

Concurrentie tussen aanbieders?

Een belangrijke vraag voor de zorginkoop is of strategische zorginkoop alleen plaats kan vinden in een situatie waarin aanbieders met elkaar concurreren. Een belangrijke voorwaarde voor selectieve contractering is immers dat er een zekere mate van overcapaciteit is. Als er geen overcapaciteit is zit men aan elkaar 'vast'. In een dergelijk geval kan het lonen om als inkoper en aanbieder samen te gaan werken. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een Health Maintenance Organization (HMO). Figueras, et al. meldt dat 'er aanwijzingen zijn dat het betrekken van zorgaanbieders bij de planning positieve resultaten geeft ten opzichte van competitie' (Figueras, et al, 2005). Kaiser Permanente is een voorbeeld van een dergelijk HMO. (<http://www.kaiserpermanente.org/>).

HMO - Kaiser Permanente

Kaiser Health Plans is een non-profit zorgverzekeraar. Permanente Medical group is een winstgeoriënteerde groepspraktijk van dokters. Kaiser Health Plans koopt zijn zorg alleen bij Permanente Medical group in en dokters van deze laatste groep mogen voor niemand anders werken. Er is er sprake van wederzijdse exclusiviteit (Crommentuyn, 2007).

Kaiser Permanente is een Health Maintenance Organization (HMO) die zich ook richt op preventie van ziekten en ketenzorg door de inzet van disease management programs. Kaiser probeert door preventie de kwaliteit van leven te verhogen en de kosten voor haar verzekerden te reduceren. Daarnaast probeert zij door de inzet van Disease Managementprogramma's en een goede ziekenhuisplanning patiënten zoveel mogelijk in de eerste lijn te behandelen (o.a. WHO, 2002).

Traditioneel heeft een HMO haar dokters in loondienst. Omdat dokters dit niet altijd wenselijk vinden zijn er ook andere modaliteiten bedacht. Enthoven

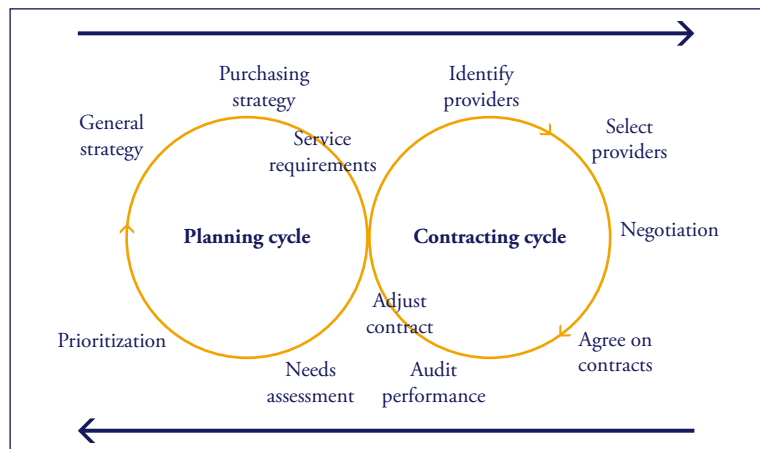
pleit in 2006 in een lezing in Nederland voor twee van zulke modaliteiten. Voorkeursaanbieders (preferred providers) of prepaid group physicians om eerstelijnscentra te stimuleren. Dit zijn lossere verbanden dan de traditionele HMO. Kaiser Permanente heeft volgens Enthoven succes geboekt met dergelijke prepaid group physicians (Zorg en Financiering, 2007).

HMO's zijn van oudsher verbonden aan werkgevers. Ze hebben de laatste decennia echter te maken met een slechte reputatie vanwege de beperkingen op keuzes van de patiënt buiten de gecontracteerde aanbieders. Cutler, et al. (2000) wijzen er in een vaak geciteerd artikel echter op dat HMO-polissen in vergelijking tot andere polissen bij dezelfde uitkomsten tot 30- 40 procent lagere kosten per product genereren.

Zorginkoop begint bij behoeftebepaling

Zorginkoop begint volgens Øvretveit (1994, in Figueras, et al, 2005) met een goede planning. Dit betekent allereerst het in kaart brengen van de behoeften van de populatie waarvoor men inkoop, de prioritering daarvan en het bepalen van de manier waarop men aan deze behoeften zo kosteneffectief tegemoet kan komen. Zie de onderstaande figuur.

Figuur 3 Purchasing for health



Bron: Øvretveit, J., 1994.

De behoeftebepaling van de populatie waarvoor men inkoop en de daarop geënte planning vormen het startpunt van de zorginkoop. Het gaat dan niet alleen om een jaarlijkse strategie, maar ook om een meerjarenstrategie. Dit laatste om zekerheid voor de aanbieders in de markt te creëren. Op basis van de meerjarenstrategie wordt voor aanbieders duidelijk wat de gevraagde kwaliteitsniveaus en prijsstellingen zijn waarop zij zich kunnen aanpassen (en kunnen inspelen door middel van innovaties).

Evidence-based medicine in het contract

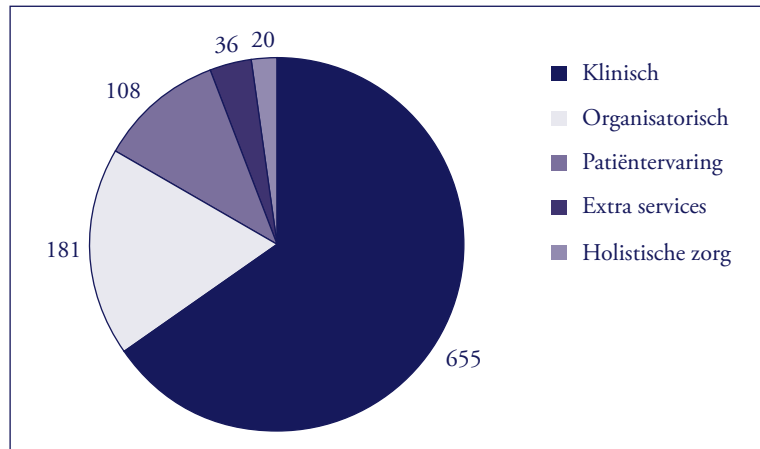
Een tweede essentieel onderdeel van contractering is het specificeren van de interventies die men inkoop. Het gaat er dan om dat *evidence-based* interventies worden ingekocht. In een contract kan dit de vorm krijgen van het opnemen van richtlijnen daarin. In de meeste landen staat dit nog in de kinderschoenen en maken richtlijnen geen onderdeel uit van het contract.

Een eerste stap om evidence-based zorginkoop mogelijk te maken is dat de inkopers op de hoogte zijn van de laatste stand van de wetenschap. Initiatieven op dit gebied zijn het Cochrane network, maar ook in Nederland de DBC-inkoopgids voor het vrij onderhandelbare deel van de ziekenhuiszorg. Een tweede stap is vervolgens het vertalen daarvan in werkbare contracten voor specifieke ziekten of deelpopulaties. Als *best practice* op dit gebied noemen Figueras, et al. (2005) en anderen de *National Health Service Frameworks* (NSF) in het Verenigd Koninkrijk. NSF's zijn lange termijn strategieën voor het verbeteren van specifieke aandoeningen. In het kader van de NSF worden voor bepaalde tijd meetbare doelen gesteld (website Department of Health, 2007). Momenteel zijn er 11 NSF's, waaronder NSF's voor langdurige aandoeningen, Kanker, CVA etc. De NSF biedt de mogelijkheid voor een alomvattende strategie voor behandeling van een bepaalde ziektecategorie en het opnemen daarvan in een contract. Het gaat dan ook om de prioritering van interventies en het opnemen van richtlijnen en prestatie-indicatoren in contracten.

Pay-for-performance in het Verenigd Koninkrijk en de V.S.

In het kader van de onderhandelingen over een globaal budget voor de huisartsen is het de centrale overheid in het Verenigd Koninkrijk in de onderhandelingen over het *General practitioner's contract* gelukt een *Quality and outcomes Framework (QOF)* uit te onderhandelen. Huisartsen(centra) zijn voor 15 % van hun budget afhankelijk van hoe zij scoren in de *QOF*. De *QOF* bestaat uit vijf domeinen. Binnen deze domeinen zijn verschillende aantallen indicatoren opgesteld. In onderstaand taartdiagram is de onderlinge verhouding tussen de domeinen weergegeven. Duidelijk te zien is dat de meeste indicatoren uit klinische indicatoren bestaan.

Figuur 4 Quality of outcomes Framework 2007/08



Bron: Department of Health V.K.,

Voor elke indicator kan men punten halen. In totaal zijn er 1000 punten te verdienen. De indicatoren zijn echter op dit moment zo gesteld, dat ze eenvoudig te halen zijn. In 2006/07 haalde een gemiddelde huisartsenpraktijk een score van 95.5%. De *QOF* moet men op dit moment dan ook vooral zien als een voet tussen de deur om tijdens onderhandelingen te praten over kwaliteit. Daarnaast is het door de *QOF* gelukt een bijna landelijk dekkend beeld krijgen op het gebied van een aantal indicatoren. 99.8 % van de populatie worden meegenomen in de *QOF*. De *QOF* is een initiatief van de centrale overheid. In het Verenigd Koninkrijk is er geen brancheorganisatie van commissioners (de 'inkopers' van de zorg in het V.K.) die hierin optreedt. De overheid springt in dit gat. Huisartsen hebben daardoor echter het idee dat ze vooral de nationale doelstellingen moeten halen, wat de positionering van de lokale zorginkopers (*commissioners*) verzwakt. De *QOF* gaat buiten de lokale zorginkopers (*commissioners*) om. Daarom is het Department of Health nu bezig met een meer in algemene termen geformuleerde *Health and Social care Outcomes Framework* (naast de *QOF*). Op basis van dit framework zullen lokale zorginkopers (Primary care trusts en Foundation Trusts) onderling vergeleken worden.

In vervolg op het bovengenoemde *pay-for-performance* – initiatief denkt men in het Verenigd Koninkrijk op dit moment na over het experimenteren met het Premier model (www.premierinc.com). Dit zogenaamde Hospital Quality Incentive Demonstration Project (HQID) is in de Verenigde Staten ontwikkeld door Premier Inc. en de *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)*. Premier Inc. is een non-profit samenwerkingsverband van ziekenhuizen. In het project worden door de CMS op basis van indicatoren in het Premier-model 266 ziekenhuizen verschillend vergoed op basis van de kwaliteit van de diensten die ze leverden.

Kwaliteit werd gemeten aan de hand van 36 variabelen: 27 proces variabelen en 7 outcome variabelen voor vijf budgettair omvangrijke clusters van ziektebeelden. Deze waren:

1. Hartinfarct (AMI);
2. Hartfalen;
3. Coronary artery bypass Graft (CABG);
4. Longontsteking;
5. Knie- en heupvervangning.

Ziekenhuizen in het beste deciel kregen 2 procent bonus bovenop hun reguliere budget. Ziekenhuizen in de tweede deciel kregen 1 procent bonus. Er was ook malus systeem, maar deze is om methodologische redenen nog niet van de grond gekomen. De ziekenhuizen in het beste deciel voor de desbetreffende aandoening worden ook op de website van Premier Inc. gepubliceerd.

Rol van preventie in de zorginkoop

Inkoop van zorg is relatief het eenvoudigst als producten goed zijn gedefinieerd en zich richten op individuen. Twee belangrijke producten zijn daarom moeilijk te contracteren: ketenzorg (voor chronisch zieken) en collectieve preventie (Figueras, et al, 2005). In de volgende twee paragrafen zal hierop worden ingegaan.

Een belangrijke les uit de studie van Figueras, et al. is de belangrijke rol van wetenschappelijk bewijs bij het bepalen van de behoeften die door de zorginkoop moeten worden bevredigd. Dit veronderstelt twee zaken. Ten eerste dat er op populatieniveau inzicht is in de behoeften en epidemiologie van de populatie waarvoor men inkoop (*health needs assessments*). Ten tweede veronderstelt het dat de zorginkoper weet welke interventies beschikbaar zijn om deze behoeften zo kosteneffectief mogelijk te bevredigen.

Om een stap verder te gaan en ook preventie mee te *kunnen* nemen in de zorginkoop is het van belang om de kennis van een populatie niveau te verzamelen door naast informatie over de *burden of disease* ook een *health risks assessment* uit te voeren.

Figueras, et al. (2005) komt ten aanzien van de *health needs assessments* tot de conclusie dat deze internationaal nauwelijks worden uitgevoerd. Hij wijst erop dat dit vooral het gebrek van integratie van de *public health* functie in de gezondheidszorg, en meer specifiek in het zorginkoopbeleid, weergeeft. Hij ziet daarvoor de volgende twee oplossingen.

1. De overheid moet *health needs assessments* en *health risk assessments* integreren in de zorginkoop, of
2. moet coördinatiemechanismen introduceren die prioriteiten op het gebied van public health samenbrengen met zorginkopers.

Als *best practice* van een dergelijk coördinatiemechanisme wordt gewezen op een onderzoek van Sandier (2004) waarin in Frankrijk een structuur wordt beschreven van de Franse regionale ziekenhuizen die een coördinerende taak hebben ten aanzien van *public health authorities*, verzekeraars en zorgaanbieders.

Rol van ketenzorg in de zorginkoop

Net zoals in andere landen is de DBC-ontwikkeling in Nederland erop gericht zo homogeen mogelijke producten te definiëren. Ketenzorg is echter een heterogeen (samengesteld) product. Busse, et al. noemt de disease management contracten in Duitsland als goed voorbeeld van zorginkoop van ketens (Busse, R. (2004); in Figueras, et al, 2005).

Disease management in Duitsland

Als een chronische patiënt in Duitsland deelneemt aan een disease management programma (DMP) wordt de verzekeraar daarvoor extra gecompenseerd in het vereveningssysteem. Deelname aan een disease management programma is een aparte parameter in het vereveningssysteem. Omdat alle ziekenfondsen in Duitsland verplicht moeten deelnemen aan het risico vereveningssysteem voelen ook alle ziekenfondsen de gevolgen van het wel of niet hebben hun patiënten in een disease management programma's. Er vindt immers op basis van deze parameter een herverdeling tussen ziekenfondsen plaats.

Het opnemen van de DMP-parameter staat echter niet op zichzelf. Parallel daaraan zijn, in samenspraak met beroepsgroepen, verzekeraars en de overheid, voor een aantal ziekten disease management programma's ontwikkeld, met richtlijnen en kwaliteitsstandaarden. De bedoeling is dat het mes voor de verzekeraars aan twee kanten snijdt. Enerzijds krijgen zij een hogere vergoeding als hun patiënten deelnemen aan disease management programma's voor geselecteerde aandoeningen. Anderzijds profiteren zij van een lagere schadelast door de inzet van kosten-effectieve zorg.

De vraag is echter, of hier sprake is van een *best practice* voor de Nederlandse situatie. Een belangrijke prikkel voor contractonderhandelingen over ketenzorg in Duitsland is de vormgeving van het risicovereveningssysteem. In het vereveningssysteem zijn aparte categorieën voor mensen in disease-management programma's gemaakt. Daardoor is het relatief aantrekkelijk voor deze groepen contracten te sluiten. Een belangrijke beleidsvraag voor de Nederlandse situatie is echter of men door middel van het risico vereveningssysteem 'beleid' wil gaan voeren. Oorspronkelijk is het doel van risico vereveningssysteem namelijk zuiver het creëren van een *level playing field*.

5 De relatie overheid - inkopende partij internationaal gezien

Inleiding

In 2000 introduceerde de WHO (2000) in haar *World Health Report* de term *stewardship* om de rol van de overheid bij een zorgsysteem te definiëren². Figueras, et al. (2005) gebruiken in hun internationale studie naar zorginkoop het concept van *stewardship* om de relatie tussen overheid en inkopende partij verder te analyseren (o.a. WHO, 2000 en Figueras, et al, 2005). In deze paragraaf zal het concept van *stewardship* worden gebruikt om de rol van de overheid bij zorginkoop te bespreken.

Stewardship encompasses the tasks of

1. *defining the vision and direction of health policy,*
2. *exerting influence through regulation and advocacy, and*
3. *collecting and using information.*

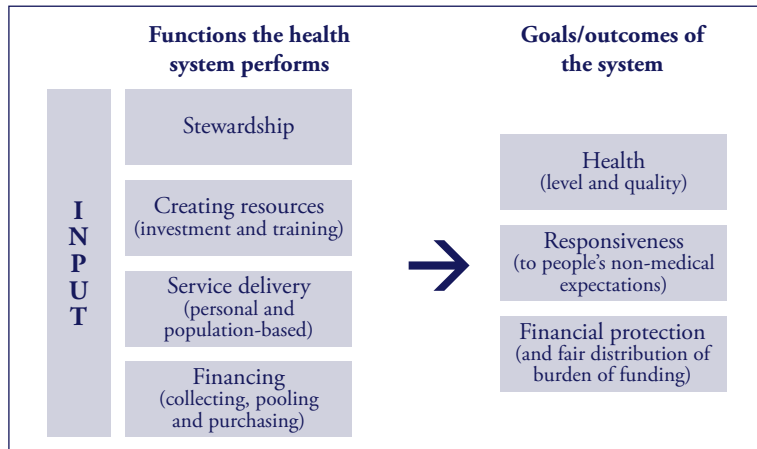
At the international level, stewardship means influencing global research and production to meet health goals. It also means providing an evidence base to guide countries' efforts to improve the performance of their health systems (WHO, 2000).

Stewardship kan worden gezien als de belangrijkste taak van de ministeries van Volksgezondheid en Zorg (WHO, 2005). De samenhang tussen de drie taken van de overheid bij bijvoorbeeld de zorginkoop is logisch. De overheid moet doelen stellen en een visie hebben op hoe de zorginkoop daaraan kan bijdragen. Afgeleid van die doelen probeert ze die te beïnvloeden onder andere door regulering van de zorginkoop. Tenslotte hebben zowel zorginkopers als de overheid informatie nodig om zorginkoop vorm te geven.

Overigens voelen veel (internationale) experts zich meer thuis bij de term *governance of health system guidance* (WHO, 2005). Het RIVM vertaalde de term *stewardship* in de VTV 2006 met de term 'rentmeesterschap'. In de discussie bij de totstandkoming van de Zorgbalans van het RIVM, maar ook bij takenanalyse van het ministerie van VWS is ook wel gesproken over de 'systeemverantwoordelijkheid' van de minister van VWS (Westert en Verkleij, 2006a; VWS, 2005).

De term *stewardship* kent een inbedding in het Health system performance framework van de WHO (WHO, 2005). Dit framework is hieronder kort weergegeven.

Figuur 5 WHO's Health system performance framework: functions and goals



Bron: WHO, 2005

Hoe vanzelfsprekend de rol van de overheid bij een zorgsysteem op een hoog abstractieniveau ook is, hoe moeilijk zij is te operationaliseren.

“The problem is that no solid body of evidence, nor any formal and comparative assessment of performance, exists at country or international level. A substantial amount of operational research is needed (WHO, 2005)”

en

“Stewardship is not yet a territory for cross-national learning, given the lack of global indicators amenable to objective comparison. Such comparisons would make it possible to build up knowledge on different approaches in different contexts and then extract best practices for each particular situation (WHO, 2005)”.

Bovenstaand conclusie komt terug in de studie van Figueras, et al. (2005), waarin Hunter et al. (2005) eigenlijk vooral aandachtspunten formuleren voor het uitoefenen van de *stewardship*-functie op het gebied van zorginkoop. Zij formuleren bijna geen *goede voorbeelden* op het gebied van de rol van de overheid bij de zorginkoop.

Slechts een klein aantal goede voorbeelden wordt benoemd en één daarvan is wederom het idee van regionale strategische planning van gezondheidszorg. Ditmaal in Frankrijk. Deze aanpak lijkt heel erg op *National Service Frameworks* uit het Verenigd Koninkrijk. De regionale plannen worden opgesteld rond bepaalde ‘grote ziektes’ als kanker, diabetes, geestelijke gezondheidszorg, pijnbestrijding, etc. (Hunter et al.

2005). De regionale plannen worden ‘gelinkt’ aan nationale plannen. Zie verder hoofdstuk 4 van dit vignet.

Op het gebied van het verzamelen en beschikbaar stellen van informatie voor de zorginkoop worden het Verenigd Koninkrijk en Nederland genoemd omdat zij flink hebben geïnvesteerd in *evidence based medicine* en *evidence based policy making* alhoewel ook wordt opgemerkt dat de impact van dergelijk onderzoek op de praktijk wordt betwijfeld.

Op het gebied van beïnvloeding en regulering bieden Hunter et al. een overzicht van mogelijkheden van de overheid om het proces van zorginkoop te beïnvloeden. Het gaat om de volgende aspecten:

- **Breedte, diepte en kwaliteit van het pakket**
Hier gaat het om het wat mag worden gecontracteerd. Wat zijn de productdefinities en welke richtlijnen moeten worden gevolgd? In Nederland is dit een belangrijke taak van het College voor Zorgverzekeringen.
- **Strategische planning**
Traditioneel gaat het om het bouwregime van bijvoorbeeld ziekenhuizen. In een meer moderne opvatting gaat het om een meer kwalitatieve en outputgeoriënteerde planning. Een voorbeeld hiervan zijn de reeds eerder genoemde National Service Frameworks.
- **Regulering van de budgetten van de zorginkopers en risicoverevening**
Grofweg zijn drie manieren mogelijk voor regulering van de budgetten. Ten eerste goedkeuring vooraf als het om een publiekrechtelijke zorginkoper gaat (Hongarije). Ten tweede een projectie van de uitgaven vooraf (raming). De projectie is een doel en geen hard budget (Frankrijk). Ten derde kan de overheid regels stellen voor de verdeling van het totale budget over de zorginkopers (Nederland). Aanvullend aan deze drie methoden is er vaak nog een vereveningsstelsel om risicoselectie tegen te gaan in landen waar verzekering voor een sociale ziektekostenverzekering verplicht is.
- **Regulering van de contracten**
Regulering van contracten kan verschillende vormen aannemen. In Nederland hebben we lange tijd de modelovereenkomst gekend. In Tsjecho-Slowakije kan de overheid gesloten contracten goed- of afkeuren. Ook contracteerprocedures kunnen worden gereguleerd. In Duitsland worden de doelen en de omvang van de onderhandelingen door de centrale overheid vooraf gedefinieerd. Regulering van contracten kan ook op verschillende niveaus plaatsvinden. Zo kan een contract over het budget op centraal niveau worden gesloten (Frankrijk, V.K.), kunnen sectorale contracten worden gesloten (voorheen de meerjarenjarenafspraken in Nederland) of kunnen decentrale

contracten ter goedkeuring aan het centrale gezag worden voorgelegd (Tsjecho-Slowakije).

- **Participatie in het bestuur van een zorgverzekeraar**
Vertegenwoordigers van de centrale of decentrale overheid kunnen in het bestuur van een zorgverzekeraar zitting nemen.

- **Regulering van consumenteninformatie en consumentenparticipatie**
In Frankrijk is in 2003 een wet aangenomen die verzekeraars verplicht een call-centrum te hebben waar verzekerden informatie kunnen opvragen over het zorgaanbod. In Nederland wordt informatie over verzekeraars openbaar gemaakt via verschillende kanalen als Kiesbeter en de Consumentenbond. Verder kunnen burgers in sommige landen invloed uitoefenen binnen zorgverzekeraars. In Nederland experimenteert Menzis met een dergelijk model.

- **Monitoring van de performance van zorgaanbieders**
In sommige landen worden formele criteria voor de rapportage van zorginkopers gesteld. Deze rapporten moeten dan worden goedgekeurd door het parlement. Vaak betreft het echter alleen een financiële toetsing en niet een toetsing van de kwaliteit en het volume van de geleverde zorg.

Voor Nederland kan nog worden opgemerkt dat zij een ander framework hanteert dan het hierboven genoemde framework van de WHO. Het Nederlandse *health care performance assessment framework* - De Zorgbalans - is een combinatie van het Lalonde model en het Balanced Scorecard model van Kaplan en Norton (WHO, 2007). In de zorgbalans wordt met behulp van indicatoren geprobeerd handen en voeten te geven aan de systeemverantwoordelijkheid van de overheid (Westert en Verkleij, 2006a).

Interessant is dat in de Zorgbalans ook is geprobeerd handen en voeten te geven aan de overheidsverantwoordelijkheid voor de zorginkoop. Voor dit onderdeel zijn echter geen indicatoren benoemd, maar wordt gewerkt met evaluatieonderzoek (Westert en Verkleij, 2006b).

De RVZ heeft in 2004 ook geadviseerd over de zorgbalans. Eén van de adviezen was de systeemverantwoordelijkheid van de overheid niet alleen in te vullen met output en outcome-indicatoren, maar ook met proces-indicatoren die duiden op een goede werking van de (zorginkoop)markt (RVZ, 2004).

6 Conclusies en goede voorbeelden

Algemene conclusie van dit vignet is dat er weinig goede voorbeelden uit de empirie van de zorginkoop te vinden zijn waarvan Nederland wat zou kunnen leren. Dit heeft ermee te maken dat de strategische zorginkoop, zoals gedefinieerd door de WHO, een relatief nieuw fenomeen is. Het deed als zodanig zijn intrede in het World Health Report uit 2000. Daarnaast zijn de landen die strategische zorginkoop proberen toe te passen in hun zorgsysteem, net op weg. De empirische basis om van elkaar te leren is daardoor mager. Ook speelt mee dat Nederland één van de voorlopers op dit gebied is. Figueras et al. merken op dat elementen van strategische zorginkoop, hoewel toen nog niet zo genoemd, door de commissie-Dekker in Europa als eerste zijn besproken.

Het geheel overziend is er een aantal ideeën waaruit Nederland inspiratie kan putten. Een eerste idee om te bereiken dat meer zorg in ketens wordt geleverd is dat van de *National Service Frameworks (NSF's)* in het Verenigd Koninkrijk (en onder een andere naam in Frankrijk). NSF's zijn lange termijn strategieën voor het verbeteren van specifieke aandoeningen. In het Verenigd Koninkrijk worden deze gemaakt door de *English National Institute for Clinical Excellence*.

Een tweede bron van inspiratie is de stimulering van Disease Management Programma's door aanpassing van het vereveningssysteem zoals dat in Duitsland gebeurt. Een belangrijke prikkel voor contractonderhandelingen over ketenzorg in Duitsland is de vormgeving van het risicovereveningssysteem. In het vereveningssysteem zijn aparte categorieën voor mensen in disease-management programma's gemaakt. Daardoor is het relatief aantrekkelijk voor deze groepen contracten te sluiten. Een belangrijke beleidsvraag voor de Nederlandse situatie is echter of men door middel van het risicovereveningssysteem 'beleid' wil gaan voeren. Oorspronkelijk is het doel van risico vereveningssysteem namelijk zuiver het creëren van een *level playing field*.

De combinatie van NSF's en financiële stimulering van ketenzorg via het risico vereveningssysteem kan een krachtige stimulans zijn voor zorgverzekeraars om deze zorg te contracteren.

Een derde bron van inspiratie is de vorming van HMO's. Een voorbeeld van een goed werkende HMO is KaiserPermanente. In de V.S. Hoewel er sprake is van een herbezinning op het functioneren van HMO's in de Verenigde Staten, kan Nederland op dit gebied toch inspiratie opdoen. Zeker als de concurrentie op de aanbiedersmarkt en het selectief contracteren onvoldoende van de grond komen en de collectivisering op de verzekerdmarkt doorzet, kan het vormen van een HMO-achtige organisatie voor partijen op de zorginkoopmarkt een aantrekkelijke optie worden.

Voor de overheid is het verstandig dat moment niet af te wachten, maar zich op de consequenties van een dergelijke beweging voor te bereiden.

Noten

- 1 We concentreren ons hier voorlopig op de competitie tussen zorginkopers. Dit laat onverlet dat er competitie tussen zorgaanbieders kan zijn.
- 2 In datzelfde rapport introduceerde zij overigens ook het concept van strategic purchasing.

Referenties

Busse, R. Disease management programs in Germany's statutory health insurance. In: System health affairs, 2004, 23, no. 3, p. 56–67.

Cutler, D.M., M. McClellan and J.P. Newhouse. How does managed care do it? In: RAND Journal of Economics, 2000, 31, no. 3, p. 526–548.

Crommentuyn, R. Goede zorg is niet alleen een artsending; chronisch zieken profiteren van de geïntegreerde aanpak. Medisch Contact, 6 juli 2007, no. 27.

Department of health, website bezocht op 29 oktober 2007.
http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/DH_4070951

Douma, S. and H. Schreuder. Economic approaches to organizations. New York: Prentice Hall, 1992.

Enthoven, A.C. Nederland voorloper met verplichte, private basisverzekering. In: Zorg en Financiering, 2007, no. 2.

Herten, L.M. van en L.J. Gunning-Shepers. Targets as a tool in health policy; Part II: guidelines for application. Health Policy, 2000, 53 13, no. 23.

Jeurissen, P.P.T. Modaliteiten van zorgcontracten: de positie van de 'derde partij'. Den Haag: RVZ, 2007.

Figueras, J., R. Robinson and E. Jakubowski. Purchasing to improve health systems performance, European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, New York, 2005

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, De departementale takenanalyse VWS 2010: een visie op de toekomst. Den Haag: VWS, 2005.

Øvretveit, J. Purchasing for health. Buckingham. Open University Press, 1994.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, De staat van het stelsel. Zoetermeer: RVZ, 2004.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zorgcontractering; Plan van aanpak door de Raad vastgesteld in zijn vergadering van 21 juni 2007, kenmerk: 4356-09. Den Haag: RVZ, 2007.

Sandier, S., et al. In: Thompson, S., et al. Health care systems in transition: France. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

Westert, G.P. en H. Verkleij. Achtergrond en aanpak Zorgbalans. Bilthoven: RIVM, <http://www.gezondheidszorgbalans.nl>, 24 mei 2006 a.

Westert, G.P. en H. Verkleij. Zorginkoop. In: Zorgbalans. Bilthoven: RIVM, <http://www.gezondheidszorgbalans.nl> Kosten Werking zorgmarkt, 24 mei 2006 b.

World Health Organization Europe. Improving health systems stewardship, meeting report. Madrid: WHO, 21-22 april 2005. (EUR/05/5049589).

World Health Organization. Assessing health systems performance: First preparatory meeting for the WHO European Ministerial Conference on Health Systems, 2008 - Brussels, 29–30 March 2007, EUR/06/5073823, 10 August 2007, 73786.

World Health Organization. World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO, 2000.

World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions. Geneva: WHO, 2002.

Bijlage 4

Modaliteiten van zorgcontracten: de positie van de ‘derde partij’

Drs. P.P. T. Jeurissen
RVZ

Inhoud

1	Inleiding	83
2	Hoe verliep – voor de komst van de Zorgverzekeringswet – de zorginkoop tussen ziekenhuizen en verzekeraars?	86
3	Welke mogelijkheden biedt de Zorgverzekeringswet voor zorginkoop door verzekeraars?	88
4	Welke modaliteiten mogen we verwachten bij de verdere ontwikkeling van de zorginkoop?	91
5	Wat is de invloed van verschuivende inkoopmodaliteiten op de borging van de publieke belangen?	97
6	Conclusie en samenvatting	99
	Noten en referenties	101

1 Inleiding

De aanwezigheid van een ‘derde partij’ - betaler en mederegisseur van medische zorg - is een wezenlijk kenmerk van de meeste moderne zorgsystemen. Dit is niet altijd zo geweest. De vergoeding, ordening en coördinatie van medische dienstverlening was lange tijd, in ieder geval voor de komst van de verzorgingsstaat, primair een zaak tussen de dokter en zijn patiënt. Dit leidde echter tot een behoorlijke mate van instabiliteit toen de complexiteit en de kosten van de zorg toenamen. De financiële risico’s voor patiënt en instelling waren aanzienlijk: burgers konden letterlijk verarmen door de hoge medische rekeningen en - mede daarom - bestond er een steeds groter incassorisico voor zorgaanbieders.

De verzorgingsstaat formuleerde een antwoord op deze problemen door een andere rolverdeling: er is een ‘driehoek’ ontstaan met daarin de hulpverlener/zorgaanbieder, de patiënt en een ‘derde’ partij. Het publieke belang - hoofdzakelijk de financiële toegang van burgers tot zorg en de gegarandeerde en gecollectiviseerde bekostiging daarvan - lagen ten grondslag aan het creëren van een ‘derde partij’. Haar kerntaak was het financieren van een sobere, maar adequate zorgstructuur. Dit bracht haar onvermijdelijk in aanraking met de transacties tussen zorgaanbieders en patiënten. Zij heeft daarbij te allen tijde de taak van administratiekantoor, maar zij is - juist door al haar informatie – ook heel goed bruikbaar als een uitvoeringsorgaan van overheidsbeleid. In de meest ruime taakopvatting coördineert en beïnvloedt de ‘derde partij’ de zorg die zij tevens inkoopt of zelfs levert.

De functie van de ‘derde partij’ is complex en niet onomstreden; de posities en functies van zorgaanbieders en patiënten zijn in de regel veel duidelijker. Er bestaan dan ook veel specifieke modaliteiten die de rol van de ‘derde partij’ structureren. Kenmerkend is dat de belangrijkste functies en taken van de ‘derde partij’ door meerdere actoren gezamenlijk - bijvoorbeeld overheid, verzekeraars en aanbieders - worden beïnvloedt en ingevuld. Een aantal stelselparadigma’s sturen deze verschillen. Zo heeft de filosofie van een door de overheid geregisseerde sociale verzekering, in ons land lange tijd de overhand gehad. De nadruk kan echter ook liggen bij de overheid (Engeland), de private verzekeraar (Zwitserland) of de werkgever (VS). Nederland kent sinds kort de figuur van een private basisverzekering met publieke randvoorwaarden. Al deze constructies impliceren dat er geen eenduidigheid bestaat over de vorm en de taken van de ‘derde partij’. Met andere woorden: er zijn meerdere modaliteiten (tabel 1.1).

Tabel 1.1 De ‘derde partij’

Funcities	Taken	Door wie (voorbeeld)
Administratiekantoor	Innen premies, betalingsverkeer; geen risicodrager	SUO ¹ , CAK
Uitvoeringsorgaan	Specifieke publieke taken zoals budgetbewaking, pakketbeheer en rechtmatigheidscontrole; beperkte risicodrager	ziekenfondsen, zorgkantoren
Schadeverzekeraar	Actief op verzekeringsmarkt door afstemming risico's en premies: premiedifferentiatie, selectiebeleid, eigen bijdragen; (gedeeltelijk) risicodrager	particuliere verzekeraars, aanvullend pakket
Regisseur en strategisch inkooper	Actief op zorgverzekerings- en zorgverleningsmarkt. Instrumenten: schaalvoordelen, financiële prikkels, selectieve contractering, utilization reviews en eigen aanbieders; (gedeeltelijk) risicodrager	zorgverzekeraars
Ondersteuning direct zorginkoop	pgb's: administratie, advies en specifieke uitvoeringstaken; geen risicodrager; TPA ²	Sociale verzekeringsbank

Bron: RVZ, 2007.

- 1 Stichting Uitvoeringsorgaan, het administratiekantoor van de oude Wet toegang zorgverzekeringen.
- 2 Third Party Administrator: de verzekeraar levert diensten (facturering, inkoop etc.), maar draagt zelf geen schadelastrisico.

De ontwikkeling van de verzekeraar binnen deze functionele ‘derde partij’ wordt duidelijk in tabel 1.1. De verzekeraar richtte zich aanvankelijk op het administreren, regelen en uitvoeren van de financiële toegankelijkheid. Als uitvoeringsorgaan kreeg zij vervolgens allerlei beheerstaken. Deze traditionele rol kwam in de loop der jaren op gespannen voet te staan met de groeiende en veranderende zorgvraag. De verzekeraar ontwikkelde zich daardoor steeds meer van financier (de schadeverzekering vormt daarvan het uitontwikkelde model) naar regisseur van het zorgsysteem met steeds meer ‘derde partij’ taken. Tegelijkertijd bestaat er veel discussie over de precieze invulling en het bijbehorende instrumentarium. In een verder doorontwikkeld systeem van marktwerking kan de verzekeraar zich misschien weer terugtrekken tot adviseur en administrateur van de zorgvrager in zijn rechtstreekse financiële ruilrelatie met de zorgaanbieder (pgb-model).

De vraag welke actor zich achter de ‘derde partij’ verschuilt is daarom nog steeds niet duidelijk beantwoord. Weliswaar liggen meer en meer formele taken bij de verzekeraar, maar diens regisserende rol is zeker niet onbetwist: patiënten, werkgevers, collectiviteiten, huisartsen, liaisonverpleegkundigen zijn ook actief op dit terrein. De formele taakopvatting van de verzekeraar als ‘derde partij’ heeft dus niet altijd een materieel pendant. Dit betreft niet zozeer omissies in wet- en regelgeving, maar hangt ook samen met de fundamentele vraag wie de preferente actor is voor specifieke functies van de ‘derde partij’. Optimalisering van deze regisserende taken is een belangrijk vraagstuk voor beleidsmakers. Het nieuwe zorgstelsel voorziet daarbij een belangrijke scharnierfunctie voor de zorginkoopfunctie.

Dit vignet bevat een bespreking van de belangrijkste modaliteiten - modellen die de inkooprelaties tussen instellingen en verzekeraars regelen -en de invloed die daarvan uitgaat op de publieke belangen van zorgbeleid. Een modaliteit is een analytische typering van de belangrijkste instituties op het terrein van de zorginkoop. We concentreren ons om praktische redenen op de medisch specialistische zorg.

Vier vragen sturen dit vignet:

1. *Hoe verliep – voor de komst van de Zorgverzekeringswet - de zorginkoop tussen ziekenhuizen en verzekeraars?*
2. *Welke mogelijkheden biedt de Zorgverzekeringswet voor zorginkoop door verzekeraars?*
3. *Welke modaliteiten mogen we verwachten bij de verdere ontwikkeling van de zorginkoop?*
4. *Wat is de invloed van zorginkoop op publieke belangen?*

2 Hoe verliep – voor de komst van de Zorgverzekeringswet – de zorginkoop tussen ziekenhuizen en verzekeraars?

Zorginkoop was lange tijd hoofdzakelijk een proces van administratie en uitvoering van beleid. De uitkomsten van dat proces werden gedomineerd door een complex van wet- en regelgeving dat bekend staat als de aanbodregulering. Capaciteit, prijzen, budgetten en premies werden centraal bepaald. Ziekenfondsen en ziekenhuizen hadden tot taak deze regelgeving op lokaal niveau te verwerken en uit te voeren. Zij hadden (of namen) soms enige (budgettaire) speelruimte: dit type discretionaire bevoegdheden, kenmerkend bij inputbudgettering¹, werden - hoewel de lokale vrijheidsgraden sinds de plannen van de commissie-Dekker wat zijn toegenomen - veelal betwist².

De particuliere verzekeraars werden effectief geïncorporeerd in het systeem van aanbodregulering. Het belangrijkste verschil tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars lag in het aanbieden van natura- of restitutiepolissen: dit had hoofdzakelijk betrekking op de wijze van betaling, namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder (natura) of vergoeding van de kosten aan de verzekerde (restitutie)³. Dit was overigens ook logisch: door de strikte regulering was het betalingsverkeer - veel meer dan het dragen of beïnvloeden van schadelast risico - de kern van het verzekeringsbedrijf. De uitkomsten van het proces van zorginkoop werden bepaald door de overheid en haar zelfstandige bestuursorganen. De 'derde partij' bestond feitelijk uit een relatief gescheiden configuratie van sturende (overheid, zelfstandige bestuursorganen) en uitvoerende (verzekeraars) instanties.

De kwaliteit en de zorginhoud waren strikt gescheiden van het inkoopproces tussen verzekeraars en aanbieders. Kwaliteitsbewaking was primair een zaak van professionals en instellingen; de overheid stimuleert het kwaliteitsproces met flankerend beleid en ziet er verder op toe dat de kwaliteit van de zorg niet door een bodem zakt. De verzekeraar had met dit alles weinig tot niets te maken. Zij beschikten dan ook niet over de instrumenten om te sturen op kwaliteit: er bestond daardoor, althans bij de zorginkoop, geen verband tussen bekostiging en kwaliteit. Deze situatie was overigens niet onlogisch. Zo was er bijvoorbeeld tot voor kort weinig zicht op kwaliteitsindicatoren, zorgresultaten en de daarmee gemoeide kosten waarover men daadwerkelijk kon onderhandelen. Kwaliteitsafspraken, buiten de traditionele ordening van verantwoordelijkheden, waren bovendien moeilijk afdwingbaar.

Wat vertelt dit systeem van zorginkoop ons over het borgen van de publieke belangen? Drie zaken vallen op. Als eerste: kostenbeheersing was lange tijd het primaire publieke doel van de zorginkoop. Men probeerde

dit te bereiken door een strikte regulering. Instellingen en verzekeraars kregen voor deze overheidsbemoeienis wel iets terug: zij droegen nauwelijks financieel risico over hun activiteiten. Ten tweede: de toegang tot de zorg bleef lange tijd in stand doordat de meeste professionals een prikkel hadden om toch aan de vraag te voldoen. Medisch specialisten werden tot het midden van de jaren negentig op verrichtingenbasis gehonoreerd. Tos slot: het derde publieke belang, de kwaliteit van de zorg, speelde geen rol van betekenis en doelmatig werken op het niveau van de zorgaanbieders was ondergeschikt aan het doel van kostenbeheersing op macroniveau.

3 Welke mogelijkheden biedt de Zorgverzekeringswet voor zorginkoop door verzekeraars?

Een private basisverzekering met publieke randvoorwaarden is het uitgangspunt van de Zorgverzekeringswet die op 1 januari 2006 van kracht werd. Conceptueel sluit dit gedachtegoed naadloos aan op het idee van de gereuleerde marktwerking. De Wet marktordening gezondheidszorg en de Wet toelating zorginstellingen zijn op dezelfde concepten gebaseerd. Marktpartijen zijn primair zelf verantwoordelijk voor hun beslissingen en de gevolgen daarvan. De overheid toetst en borgt dat de uitkomsten van deze onderhandelingen het publieke belang geen onevenredige schade berokkenen. Het zwaartepunt van de functie van 'derde partij' komt daarmee veel nadrukkelijker bij de zorgverzekeraar te liggen. Maar welke concrete sturingsmogelijkheden krijgt hij om deze taken uit te voeren? De zorgverzekeraar moet invloed kunnen uitoefenen op zowel het gedrag van zijn verzekerden als de door hem gecontracteerde aanbieders. Kern daarbij: kwaliteit van zorg en doelmatig handelen.

Het is vooral de Zorgverzekeringswet die invloed heeft op de mogelijkheden van de verzekeraar om het gedrag van verzekerden en patiënten daadwerkelijk te beïnvloeden, een randvoorwaarde om met zorginkoop te sturen op doelmatigheid en kwaliteit. De kern daarbij is in hoeverre de zorgverzekeraars de behaalde inkoopvoordelen kunnen en mogen doorgeven aan verzekerden⁴. Indien deze voordelen beperkt van omvang zijn, bijvoorbeeld door wet- en regelgeving, of dat deze bijvoorbeeld via een verevening - grotendeels aan andere verzekeraars worden doorgegeven, vindt er door het systeem van de verplichte acceptatie in feite een kruissubsidie plaats naar 'ruimere' of ondoelmatigere zorgpolissen en niet-gecontracteerde zorg.

De Zorgverzekeringswet biedt beperkte mogelijkheden om patiënten te sturen.

De mogelijkheden van zorgverzekeraars om verzekerden en patiënten op basis van de Zorgverzekeringswet te sturen zijn beperkt. Zo bestaat er, met uitzondering van de zogenaamde collectieve contracten (maximaal 10 procent) en de uitvoeringsvarianten (natura- en restitutiepolis), geen mogelijkheid tot het heffen van verschillende premies; het kiezen van een eigen risico levert voor verzekerden geen aantrekkelijke korting op. De mogelijkheid om patiëntengedrag te sturen wordt verder ingeperkt door het in de Wet verankerde recht op de 'vrije artsenukeuze'.

Het materiële verschil tussen de verschillende uitvoeringsvarianten is onduidelijk. De zorgplicht - zorg of vergoeding daarvan met zorgbemiddeling - ligt bij de verzekeraar (art. 11 Zvw)⁵; verzekerden met een naturopolis hebben bovendien een reële mogelijkheid om voor hun zorg naar niet-gecontracteerde aanbieders te gaan (art. 13 Zvw); en, het is onzeker

hoe het recht van vrije artsenkeuze zich – in het uiteindelijk beoogde model van vrije prijsvorming - verhoudt tot mogelijke en hoge eigen betalingen bij restitutie⁶. De NZa stelt dat bij niet-gecontracteerde zorg transparantie een voldoende voorwaarde is voor het heffen van eigen betalingen⁷, maar de rechter zou dit kunnen verbieden, althans de Zvw lijkt geen ruimte te bieden voor eigen betalingen boven het maximale wettelijke eigen risico⁸. De bestaande premieverschillen tussen de verschillende uitvoeringsvarianten zijn beperkt van omvang. Dat het aantal restitutiepolissen toch is afgenomen komt door de mogelijkheid van ziekenfondsverzekerden om in een collectiviteit te stappen; de mogelijkheid van particuliere verzekerden om een naturapolis af te sluiten; en de, voor veel verzekeraars noodzakelijke, mogelijkheid gebruik te maken van hybride uitvoeringsvarianten van natura en restitutie (collectiviteiten, verre verzekerden etc.).

Het eigen risico is zo vormgegeven dat het niet daadwerkelijk als prikkel voor verzekerden functioneert⁹. Het aantal polissen met een substantieel vrijwillig eigen risico is in het nieuwe stelsel dan ook geminimaliseerd. Blijkbaar was het niet aantrekkelijk om te kiezen voor een polis met een vrijwillig eigen risico. De reden: de hoge mate van verevening zorgt ervoor dat de zorgverzekeraars een korting geven die behoorlijk lager is dan de oude particuliere verzekeraars. Het is daardoor relatief goedkoper geworden voor verzekerden om geen eigen risico te kiezen. Dit onderstreept de toch al beperkte werking van het eigen risico als een instrument voor gedragsverandering. Men is wel op zoek naar nieuwe prikkels: verzekeraars bepleiten om het nieuwe verplichte eigen risico te laten vervallen voor mensen die zich bij voorkeursaanbieders laten behandelen.

De Zorgverzekeringswet heeft de financiële risico's voor verzekeraars en verzekerden vooralsnog doen af- in plaats van toenemen. Dit heeft te maken met het tijdelijk terugdraaien van het risico dat verzekeraars via normuitkering en verevening lopen, maar ook met het min of meer volledig in stand houden van de vrije artsenkeuze. Dit alles beïnvloedt de afweging van de verzekerde: hij krijgt wel de kosten (geen vrije artsenkeuze), maar niet alle baten (lagere premie) van efficiënte zorginkoop. Dit kan problematisch zijn omdat onderzoek erop wijst dat modaliteiten met een sterke focus op zorginkoop en het navigeren van patiënten door het zorgsysteem kwaliteit en doelmatigheid combineren¹⁰.

Beperkte mogelijkheden voor zorginkoop

De mogelijkheid van verzekeraars om op de inkoopmarkt relatieve voordelen te behalen zijn eveneens beperkt. Het grootste deel van de prijzen blijft vooralsnog gereguleerd. Verzekeraars kunnen, per 1 januari 2008, vrij onderhandelen over de prijzen van twintig procent van de medisch specialistische zorg. Tachtig procent blijft vooralsnog gereguleerd, hoewel verzekeraars waarschijnlijk in de marge wel enige aanvullende afspraken kunnen maken die de prijzen kunnen beïnvloeden¹¹. Verzekeraars

hebben weinig belang bij het inkopen van aanvullende kwaliteit, omdat de instellingen hier extra geld voor zullen vragen en dit geen wettelijke verantwoordelijkheid betreft. Hoewel verzekerden in toenemende mate bereid lijken om te betalen voor kwaliteit van zorg¹², blijft het doorberekenen daarvan vaak een probleem. Steeds meer onderzoek maakt duidelijk dat kwalitatief goede zorg niet per se duurder is¹³, iets dat zorgverzekeraars ook steeds beter beseffen¹⁴. Zorgverzekeraars werken op beperkte schaal met bonussen bij het behalen van bepaalde kwaliteitscores. Zorgaanbieders werken soms met ‘garanties’ op bepaalde medische diensten: recidive wordt dan gratis behandeld. De financiële prikkels die zorgverzekeraars kunnen hanteren zijn echter beperkt van omvang. Het gevolg is dat verzekeraars proberen zoveel mogelijk intramurale instellingen te contracteren. Selectief contracteren is tot dusver min of meer afwezig.

Er bestaan, vanuit het perspectief van de verzekeraar, nog enkele andere belangrijke belemmeringen. De verwijfsfunctie blijft bestaan wat betekent dat ‘utilization review’ - een kernpunt van managed care organizations – hier geen grote vlucht zal nemen. Het is overigens de vraag hoe erg dit is omdat vriend en vijand het er immers over eens zijn dat de verwijfsfunctie een positieve invloed heeft op zowel de kwaliteit, de toegang en de doelmatigheid van het zorgsysteem. Tot slot nog de eigen instelling. De nieuwe wetgeving heeft het verbod op de eigen instelling weliswaar formeel opgeheven, maar dit betekent niet dat er geen belemmeringen zijn voor verticale integratie. Dit heeft te maken met de gegroeide verhoudingen tussen verzekeraar en instelling, maar ook met allerlei impliciete drempels: toetredingsdrempels voor nieuwe aanbieders, de onduidelijkheid over de feitelijke waarde van een bestaand ziekenhuis en de fundamentele opportuniteit van een geïntegreerd bedrijfsmodel waarin verzekeringsdeel en het aanbiederdeel elkaars concurrenten zijn.

4 Welke modaliteiten mogen we verwachten bij de verdere ontwikkeling van de zorginkoop?

De huidige stelselwijziging is een majeure operatie die grote consequenties zal gaan hebben voor de gezondheidszorg. Dit nieuwe orderingsmodel is echter pas sinds kort operationeel en nog volop in ontwikkeling. De formele wijzigingen, vaak kaderwetgeving, zijn nog maar beperkt 'ingedaald' in de praktijk van de zorginkoop en bovendien omkleed met veel waarborgen. De verschillen tussen de formele en informele (de gegroeide praktijk) instituties zijn daardoor aanzienlijk¹⁵ en zoals de theorie vaststelt blijven de actoren in dit soort situaties veelal vertrouwen op de gevestigde informele regels. Dit verklaart waarom de zorgverzekeraars nog nauwelijks gebruik maken van nieuwe mogelijkheden, zoals een selectief contracteerbeleid.

De beide uitersten van de verschillende (inkoop)modaliteiten tussen de verzekeraars en de aanbieders, bestaat enerzijds uit de volledige integratie van betalers en aanbieders in een HMO (privaat) of een NHS¹⁶ (publiek) of, anderzijds, het inkopen en vergoeden van zorg zonder nadere afspraken (case by case bargaining and purchasing on the spot market): het gaat hier om de klassieke 'make-or-buy' beslissing. De praktijk laat overigens zien dat beide uitersten weinig voorkomen¹⁷: het Verenigd Koninkrijk is één van de zeer weinige landen dat een archetype NHS heeft; klassieke staff-HMO's met eigen instellingen vinden we terug in de Amerikaanse westkust, met Kaiser Permanente als meest sprekende voorbeeld. Dit alles wil niet zeggen dat er geen dingen veranderen. De laatste decennia hebben we namelijk in veel zorgsystemen een verschuiving gezien van zuivere restitutiepolissen naar vormen van managed care: het institutionele jargon spreekt in dat geval over relationship-specific contracts¹⁸. Deze nadere articulatie van de instituties van inkoop heeft te maken met de sterk stijgende zorguitgaven, maar ook met het complexer worden van de zorg (ketenzorg, chronische ziekten).

Hoe kunnen we begrijpen welke modaliteiten de zorginkooprelaties domineren en optimaliseren? De institutionele economie biedt daarvoor aanknopingspunten. Drie economische problemen beïnvloeden de keuze en vorm van inkoopmodaliteiten tussen verzekeraar en aanbieder: transactiekosten, contracttheorie (principaal-agent model) en de allocatie van eigendomsrechten.

- De transactiekosten. Hier gaat het om de vraag met welke institutionele configuratie, in dit geval dus zorginkoop, transacties het meest doelmatig kan worden uitgevoerd. Als algemene regel geldt dat hoe hoger de transactiekosten zijn, hoe meer functionaliteit er bestaat voor een 'derde partij' of zelfs eigen instellingen.
- Contracttheorie. Hier gaat het om het optimaliseren van prikkelstructuren, het verhinderen van opportunistisch gedrag en het reali-

seren van nakomen van afspraken tussen principalen en hun agenten. De contracttheorie vormt de gereedschapskist die, tot op zekere hoogte, transactiekosten kan verlagen. De mate waarin dit mogelijk is hangt, naast kennis en vaardigheden van het contracteren, samen met de omvang en soort van marktperfecties.

- Eigendomsrechten. Hier gaat het erom dat een principaal daadwerkelijk belang heeft bij het verlagen van de transactiekosten en het optimaliseren van contracten. De theorie stelt dat absolute eigendomsrechten - de residual claimancy op een zaak als er aan alle verplichtingen voldaan is - hiervoor de beste garantie vormen. Met andere woorden: heeft zorginkoop een 'echte' eigenaar.

Het bepalen van de precieze omvang van de transactiekosten is een lastige operatie en mede daarom zien economen veelal de specifieke instituties zelf als de belangrijkste indicator daarvoor¹⁹: het bestaan van allerlei intermediaire partijen, zoals zorgverzekeraars, indiceert dat er aanzienlijke transactiekosten aanwezig zijn. Hiernaast zijn er ook theoretische criteria die de omvang van de transactiekosten bepalen. Drie attributen bepalen grotendeels de inhoud van een transactie: de onzekerheid en de frequentie van de transacties en de zogenaamde asset specificity²⁰. Een 'derde partij' of een volledig geïntegreerd zorgsysteem is doelmatig als er veel transactiekosten bestaan: het zijn, onder voorwaarden, vormen die de marktperfecties van de rechtstreekse ruilrelatie tussen producent en consument kunnen mitigeren.

Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen ex ante²¹ en ex post²² transactiekosten. Hoe complexer en uitgebreider de contracten zijn, hoe belangrijker het bewaken van de naleving, en hoe meer de nadruk verschuift naar de ex post transactiekosten (denk aan gedetailleerde bekostigingsmodellen met veel mogelijkheden tot variabiliteit in de uitkomsten). Globale contracten met een vooraf bepaalde eenduidige uitkomst kennen juist een grote nadruk op de ex ante transactiekosten. Zo heeft Engeland het oude budgetteringssysteem van block-contracting vervangen door een prestatiebekostiging met vaste tarieven. Dit structureert de onderhandelingen langs de lijn van zorgproducten, maar leidt ook tot hogere kosten die samenhangen met de naleving van de inkoopcontracten (compliance). We kunnen daarbij denken aan de mogelijkheid van up-coding en aan extra monitoring door het feit dat volumes en prestaties worden losgelaten²³. Dit type kosten moet worden afgewogen tegen verbeteringen van de allocatieve en technische efficiency. De noodzakelijke vereenvoudiging van de ziekenhuis-DBC's in ons land suggereert dat dit type transactiekosten aanzienlijk is en dat deze begrensd dienen te worden.

De theorie stelt dat er een positief verband bestaat tussen de omvang van de transactiekosten en de asset specificity en onzekerheid van de dienst of het product; er bestaat een negatief verband tussen de omvang van

deze kosten en de frequentie van de betreffende transacties. Dit is in de ziekenhuiszorg zeker het geval: het betreft zeer specifieke voorzieningen en er is veel onzekerheid over de precieze kosten en de resultaten van deze zorg. De frequentie van sommige behandelingen kan groot zijn, maar het omgekeerde komt evengoed voor. Het is doelmatig om die instituties te kiezen die het beste passen bij de mate van onzekerheid, asset specificity en frequentie van de transacties²⁴. De complexiteit van de transacties in de zorg is dusdanig groot dat het veelal - maar niet altijd - efficiënt is om deze gedeeltelijk uit te besteden aan een 'derde partij'.

Managed care versus consumer-driven health care

De omvang van de transactiekosten is eveneens de - onuitgesproken - kern van het recente debat dat de voorstanders van managed care (Enthoven) voeren met de aanhangers van product- en consument gerichte strategieën (Porter/Teisberg en Herzlinger). Porter en Herzlinger gaan er van uit dat de transactiekosten van medische zorg sterk kunnen dalen door meer gebruik van informatietechnologie en een focus op kwaliteit en resultaten: kortom de zorg als product. Consumenten kunnen dit product vervolgens zelf inkopen op basis van een afweging tussen kwaliteit en prijs²⁵. Alain Enthoven, grondlegger van gereguleerde concurrentie, vindt dit te simpel. Hij bevindt zich aan de andere kant van het spectrum en is sceptisch over zo'n scenario van lage transactiekosten die een directe ruil tussen zorgvrager en aanbieder mogelijk maakt:

*'One proposal for fixing health care markets is to eliminate provider networks and encourage informed, financially responsible consumers to choose the best provider for each condition. We argue that this 'solution' will lead our health care markets towards even greater fragmentation and lack of coordination in the delivery system. Instead, we need markets that encourage integrated delivery systems, with incentives for teams of professionals to provide coordinated, efficient, evidence-based care, supported by state-of-the-art information technology'*²⁶.

Managed care past dus, volgens Enthoven, beter bij een zorgmarkt met hoge transactiekosten, die, zoals we eerder aangaven, inderdaad kenmerkend voor het grootste deel van de dienstverlening door ziekenhuizen.

Managed care is echter ook niet geheel zonder problemen. Een veel geciteerd onderzoek over de prestaties van managed care van David Cutler maakt duidelijk dat het voordeel vooral zit in lagere eenheidsprijzen en niet zozeer in een kwalitatief beter zorgproces²⁷. Met andere woorden: de meerwaarde zit in schaaffecten door bulkinkoop, niet zozeer in een betere zorg. Managed care organisaties kunnen dus blijkbaar ook niet zonder inzicht in de kwaliteit van zorg en de mogelijkheid tot prestatie-bekostiging, beide centrale punten in Porter's value-based competition, willen zij meer bereiken dan lage eenheidsprijzen²⁸. Onderzoek maakt duidelijk dat dit type pay-for-performance contracten nog verder moeten

worden ontwikkeld om daadwerkelijk een substantiële prikkel voor aanbieders te vormen²⁹.

De uiteindelijke meerwaarde van zowel Porter/Teisberg en Enthoven is afhankelijk of men er daadwerkelijk in slaagt de kwaliteit van zorg te stimuleren en dit, onder voorwaarden, te 'vermarkten' naar verzekerden en burgers. Het instrumentarium dat daarvoor nodig is, transparantie van kwaliteit en pay-for-performance, is voor beide standpunten grotendeels hetzelfde. Het feit dat patiënten nog nauwelijks kiezen op basis van kwaliteit, zoals onlangs door Enthoven en anderen³⁰ is opgemerkt, betekent niet dat het geen effect heeft op aanbieders en verzekeraars. Daarom heeft managed care ook belang bij dit type publieke informatie.

Wat mogen we nu verder verwachten?

Een absoluut monopolie van de verzekeraar op de functies van de 'derde partij' is allerm minst onomstreden. Dit blijkt niet alleen uit het debat tussen Porter en Enthoven, maar ook uit de variabiliteit waarmee zorgsystemen invulling geven aan deze functies³¹ - de verzekeraar heeft bijna nergens een volledig monopolie op deze rol. Allerlei specifieke regulering, brengt vaak een eigen dynamiek rondom de zorginkoop op gang. Patiënten, collectiviteiten, indicatiestellers, aanbieders en de overheid zijn eveneens belanghebbend en bemoeien zich nadrukkelijk met de zorginkoop. De rol van de 'derde partij' is behoorlijk ingewikkeld en laat zich niet goed beschrijven met het standaard duale principaal-agent model: er zijn meerdere principalen en agenten. Dit leidt ertoe dat er veel wordt gewerkt met typologieën en scenario's om de toekomst te verkennen.

Twee recente scenariostudies illustreren dat de modaliteiten waarmee verzekeraars in de Nederlandse situatie invulling geven aan hun rol verschillen: administrateur, zorgadviseur, inkoper en regisseur zijn genoemde opties en strategieën³². Het rapport maakt wel duidelijk dat verzekeraars de ambitie hebben om zich meer te profileren als de natuurlijke 'derde partij'. Tot welke marktuitskomsten dit leidt is overigens onduidelijk. 'Atos consulting' definieert vier scenario's: optimale marktwerking, verzekeraars oligopolie, stagnatie en uitvoeringsorganen³³. De laatste twee scenario's zijn, volgens de auteurs, onwaarschijnlijk en beleidsmatig ongewenst; de eerste twee scenario's maken duidelijk dat de kans op succes en falen blijkbaar dicht bij elkaar liggen. Dit impliceert een sterke behoefte aan stewardship en marktmeesterschap.

Wat mogen we van de zorginkoop verwachten nu de stelselherziening steeds verder doorzet? Verlaagt zij de transactiekosten voor de patiënt? Kunnen verzekeraars efficiënte contracten opstellen en zijn zij nadrukkelijk probleemeigenaar? Nu de brede algemene toegang (contractplicht) en de macro-budgettering gedeeltelijk worden losgelaten verschuift de kerndoelstelling van de zorginkoop naar doelmatigheid en

kwaliteit. De hoge toegevoegde waarde van gezondheidswinst (gezondheid is heel veel geld waard) zorgt ervoor dat doelmatigheidsverbetering sterk samenhangt met meer kwaliteit en minder met eenmalige prijskortingen. Gaan verzekeraars dat soort modaliteiten opzetten die dat proces faciliteren en zo ja hoe zien deze er dan uit?

In een kritisch betoog over de markthervormingen in ons land verwachten Custers, Arah en Klazinga dat deze nauwelijks invloed op de kwaliteit van zorg zullen hebben; en, denken zij, in het slechtste geval kunnen kwaliteitsverbeteringen zelfs worden geblokkeerd. Zij werpen bovendien de belangrijke en principiële vraag op of kwaliteit voor verzekerden en patiënten wel een onderscheidend criterium moet zijn en of een generiek kwaliteitsbeleid niet de voorkeur verdient boven een meer marktgerichte benadering³⁴. Het één hoeft het ander echter niet uit te sluiten. Het generieke kwaliteitsbeleid heeft ook niet kunnen voorkomen dat er momenteel grote kwaliteitsverschillen binnen de ziekenhuiszorg bestaan. De natuurlijke variabiliteit in de zorgresultaten³⁵, ook bij gebruik van dezelfde evidence based criteria, betekent inderdaad dat het individueel 'vermarkten' van dat soort medische uitkomsten geen begaanbare en wenselijke weg vormt. Dat betekent echter niet dat zorgverzekeraars de kwaliteit van de totale gecontracteerde zorg niet zouden kunnen verbeteren. Ze kunnen individuele vraag- en aanbod op elkaar afstemmen (wachtrijbemiddeling), onnodige en daardoor risicovolle zorg ontmoedigen en kwaliteitsindicatoren laten meewegen in de zorginkoop. Prikkel en mogelijkheid voor verzekeraars om kwaliteit te stimuleren zijn nog steeds beperkt, maar zeker niet minder dan onder het oude systeem.

Een aantal trends zal de vorm van de toekomstige zorginkoopmodaliteiten beïnvloeden. De transactiekosten van de ziekenhuiszorg nemen toe en dit vraagt om een krachtige regisseur, een 'derde partij'. Een aantal redenen ligt aan dit proces ten grondslag. De (financiële) onzekerheid groeit door het loslaten van de aanbodregulering; de zorgverzekeraar moet meer aandacht besteden aan monitoren en enforcement van de inkoopcontracten waardoor de ex post transactiekosten zullen stijgen³⁶; de ziekenhuiszorg wordt door technologische en epidemiologische (vergrijzing, chronische ziektelast) ontwikkelingen steeds complexer; de specifieke vragen van patiënten worden steeds meer een zelfstandige factor die de zorgverlening beïnvloedt; de asset specificity van de medisch specialistische voorzieningen blijft hoog.

De contracten die de zorgverzekeraars met de aanbieders afsluiten, moeten dit soort trends weerspiegelen en zullen daardoor steeds verfijnder worden. Verzekeraars met eigen zorginstellingen vormen misschien een robuuste oplossing om veel specifieke contracteringsproblemen te omzeilen, maar de hoogtijdagen van de volledig integratieve zorgsystemen liggen al weer enige tijd achter ons. De Engelse NHS werd in 1947 opgericht en de grote private HMO's hebben hun wortels in de

Amerikaanse westkust van de jaren dertig. Het meest voor de hand liggen nieuwe verzekeraarsmodaliteiten die bestaan uit selectieve contracten met een groot aantal (financiële) prikkels voor verzekerden, patiënten en zorgaanbieders. Verzekerden leveren keuzevrijheid in, in ruil voor lagere premies en/of een hogere kwaliteit; patiënten halen het grootste deel van hun zorg bij voorkeursaanbieders of betalen een hogere prijs; verzekeraars kunnen ook bonussen geven, maar patiënten zijn over het algemeen gevoeliger voor negatieve prikkels zoals eigen betalingen³⁷; aanbieders geven verzekeraars een omzetskorting en spannen zich, tegen contractuele vergoedingen, in om de kwaliteit te verbeteren. De complexiteit van inkoopcontracten zal in alle gevallen toenemen en bewaken van het nakomen van de contractuele afspraken (compliance) wordt een apart en belangrijk issue. Assertieve verzekeraars zullen zich nadrukkelijker met de kwaliteit van de zorg bemoeien. Deze ontwikkeling wordt extra gestimuleerd door de steeds grotere transparantie op dit vlak.

5 Wat is de invloed van verschuivende inkoopmodaliteiten op de borging van de publieke belangen?

De belangrijkste publieke belangen in het zorgsysteem zijn de volksgezondheid, de toegang tot zorg, de doelmatigheid en betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg. De rol van de zorginkoop binnen dit geheel was tot voor kort een administratief en uitvoerend proces met als belangrijkste doel het op elkaar aansluiten van de instellingsbudgetten en het macro-budgettaire kader. De kwaliteit van zorg had soms nog enig gewicht, doordat lokale partijen een enkele keer volumemiddelen heralloceerden voor kwaliteitsverbeteringen. De toegang tot zorginstellingen, de verbetering van de micro-doelmatigheid en van de volksgezondheid vormden geen van alle onderdeel van het zorginkoopproces.

De invloed van zorginkoop op de publieke belangen zal in het nieuwe systeem van gereguleerde concurrentie fors toenemen. Dit roept de vraag op in hoeverre de politiek dit acceptabel vindt. De onderlinge verschillen op de publieke aspecten van zorg zullen expliciet worden omdat zij nadrukkelijk onderdeel worden van de concurrentie tussen zorgverzekeraars. Verzekeraars zullen strategieën ontwikkelen die van invloed zijn op de toegang, de kwaliteit, de prijs en de microdoelmatigheid van de gezondheidszorg. De brede toegang tot de zorg zal bijvoorbeeld worden ingeperkt door het selectief contracteren; de prijsverschillen zullen toenemen en bijbetalingsregelingen kunnen fors uitvallen; de expliciete concurrentie op kwaliteit zal de vraag oproepen hoe we met de daaruit voortvloeiende verschillen omgaan en of een nationaal kwaliteitsbeleid niet een betere optie is³⁸; marktontwikkelingen kunnen tot slot op gespannen voet komen te staan met de macrobetaalbaarheid.

Al deze ontwikkelingen roepen vragen op die in het publieke domein zullen worden bediscussieerd en besproken. Het gaat dan om het opnieuw op elkaar afstemmen van het nieuwe ordeningsmodel en de publieke belangen. Dit betreft een langdurig evolutionair proces en verdere institutionele aanpassingen aan de gereguleerde marktwerking zijn daarvan een logisch gevolg. Doordat de zorginkoop de publieke belangen ook een nieuw gezicht geeft, hoeven we dit overigens zeker niet als iets negatief te beoordelen.

De overheid krijgt door de vernieuwde zorginkoop als het ware de kans om de - nu veelal versluisde - publieke belangen te herijken en beleidsmatig verder in te vullen. De principaalagent relatie tussen de overheid, als de behartiger van de publieke belangen, en de verschillende veldpartijen kan opnieuw worden gedefinieerd. Het gaat dan

om een aantal keuzes die moeten worden gemaakt:

- de spanning tussen selectief contracteren en de vrije artsenuitvoering en de financiële grenzen van prikkels ten aanzien van de toegang tot de zorg;
- de mogelijkheden om te sturen op de verzekeringsmarkt: eigen risico en premiedifferentiatie;
- de maatschappelijk acceptabele spreiding van het kwaliteitsniveau en het vormgeven van een instrumentarium om het kwaliteitsniveau te verbeteren;
- de coördinatie tussen de needs en de demands: grenzen aan de zorg;
- de algehele coördinatie en regie van het zorgproces (ketenzorg) en het instrumentarium daarvoor;
- de toekomst van de prijsvorming.

Als de besluitvorming over deze keuzes kan plaatsvinden in een dynamiek van zorginkoop die de transactiekosten omlaag brengt, werkt dat positief uit op de publieke belangen gediend. Differentiatie zal waarschijnlijk het sleutelwoord zijn: een divers proces naar gereguleerde marktwerking dat verloopt op verschillende snelheden. De weg, zo die uiteindelijk bestaat, naar een meer directe ruilrelatie tussen patiënt en zorgverlener zal waarschijnlijk via managed care modaliteiten lopen.

6 Conclusie en samenvatting

Dit vignet maakt duidelijk dat een ‘derde partij’ grote toegevoegde waarde kan hebben in de gezondheidszorg. De basale oorzaak ligt in het feit dat er (nog steeds) aanzienlijke marktimperfecties en transactiekosten bestaan. Het publieke belang vraagt in dit soort situaties om een professionele ‘makelaarsfunctie’ tussen vraag aan aanbod. De complexe intermediaire instituties die zijn ontwikkeld om de geregleerde marktwerking te laten slagen, maken dit belang niet per se minder (DBC’s, compliance costs). Dit publieke belang van een ‘derde partij’ neemt nog verder toe door de almaar stijgende zorgkosten (dit maakt doelmatigheid steeds belangrijker) en doordat kwaliteit van zorg steeds beter valt te vangen in contractuele overeenkomsten; het is daardoor mogelijk om kwaliteit met zorginkoop te stimuleren. Dit levert niet alleen gezondheidswinst op, maar draagt - zo maken steeds meer studies duidelijk - ook bij aan beheersing van de zorgkosten.

De ‘derde partij’ kan deze toegevoegde waarde bereiken door middel van selectieve zorginkoop. Hij heeft dan wel een werkbaar instrumentarium nodig om dit effectief te kunnen realiseren. Het gaat dan om mogelijkheden om aantrekkelijk te zijn voor verzekerden (lage premie en een goede kwaliteit) en deze te kunnen sturen naar voorkeursaanbieders (financiële prikkels en indicatiestelling). Dit zorgt dan voor een totaal andere dynamiek dan tot de komst van de Zvw toen zorginkoop vooral een proces was van administratie en uitvoer van wet- en regelgeving. Zover is het echter nog niet. De voordelen die zorgverzekeraars hun verzekerden kunnen bieden als deze voor een preferred provider polis kiezen, zijn beperkt. Het gaat dan in ieder geval om begrenzen prikkels in premiestelling, eigen betalingen, ‘vrije artsenkeuze’ en prijsvorming. Net als de specifieke marktomstandigheden, de compliance costs en de mogelijkheden om kwaliteit transparant te maken zal dit consequenties hebben op de specifieke modaliteiten die verzekeraars ontwikkelen. Het meest waarschijnlijk is een graduele maar robuuste trend naar managed care polissen.

Noten en referenties

- 1 Marini G. and A. Street. A transaction costs analysis of changing contractual relations in the English NHS. *Health Policy*, 83, 2007, no. 21.
- 2 Zo werden er allerlei ‘grijze’ afspraken gemaakt tussen verzekeraars en aanbieders: budgetten werden dan op het lokale niveau anders aangewend dan de wet- en regelgeving voorschreef. Deze praktijk werd door de verantwoordelijke ZBO’s ter discussie gesteld en betwist, maar vervolgens niet echt aan banden gelegd.
- 3 Zie bijvoorbeeld J.M. van der Most, *De zorg of het geld, natura en restitutie in de zorgverzekering*. Den Haag, 2007.
- 4 Een van de belangrijke redenen van de zogenaamde managed care backlash in de Verenigde Staten is, dat de financiële voordelen van deze polissen niet bij de verzekerden, maar bij de belangrijkste financiers – de werkgevers - terechtkwamen.
- 5 Van der Most (2007:12) vindt de zorgplicht om de reden een wettelijke overbodigheid omdat deze niet meer behelst dan wat elke verzekeraar doet.
- 6 Nu geeft restitutiezorg nog recht op een volledige vergoeding van de prijzen, maar denkbaar is dat dit beginsel onder spanning komt te staan als de prijsverschillen tussen aanbieders verder toenemen, wat ook de algemene verwachting is (Memorie van toelichting Zvw, pag. 31).
- 7 NZa, *Richting geven aan keuzes, Kunnen verzekeraars consumenten stimuleren naar gecontracteerde voorkeursaanbieders te gaan?* Visiedocument. Mei 2007.
- 8 De NZa (2007:14) zou dit ook kunnen bedoelen als zij opmerkt: ‘Uit de polissen (...) blijkt dat de restitutievergoeding voor niet-gecontracteerde zorg varieert van 80% van het WMG of marktconforme tarief met een eigen bijbetaling tot maximaal 500 euro per behandeling tot een volledige vergoeding van het WMG of marktconforme tarief’.
- 9 Van Kleef, Van de Ven en Van Vliet stellen bijvoorbeeld dat het effect van een beperkt eigen risico aan de voet valt te verwaarlozen omdat veel verzekerden te allen tijde meer kosten zullen maken en hun gedrag hierdoor niet zullen laten beïnvloeden. Zij bepleiten een eigen risico aan de marge: dat wil zeggen een eigen risico dat ingaat nadat de ‘onvermijdbare’ kosten zijn gemaakt. *ESB*, 2007, p. 459-461).
- 10 Zie Enthoven, A. *Theory and practice of managed competition in health care finance*. Elsevier, 1988, Cutler D.M., M. McClellan and J.P. Newhouse, *How does managed care do it?* *Rand Journal of Economics*, 2000, 31, no. 30.
- 11 We kunnen bijvoorbeeld denken aan specifieke nacalculatieafspraken en invloed op de bouwplannen van een ziekenhuis.

- 12 In 2006 gaf bijna de helft van de Nederlanders aan hiertoe bereid te zijn, in 2002 was dit nog 34 procent. Zie SCP, De sociale staat van Nederland, 2007
- 13 Goetzel, R. et. al. Return on investment in diseasemanagement: a review. *Health Care Financing Review*, 2005, 26. no. 4. Herzlinger, R. *Consumer Driven Health Care*, Cambridge 2004; Porter, M.E. and E.O. Teisberg. *Redefining Health Care. Creating value-based competition on results*, Harvard Business School Press, 2006; Christensen C.M., R. Bohmer and J. Kenagy. Will disruptive innovations cure health care? *Harvard Business Review on managing health care*, 2007.
- 14 Het klinkt misschien gek, maar in de zorg is kwaliteit goedkoper, Interview met M. Schultz van Haegen. *Staatscourant* dinsdag 4 september 2007.
- 15 Meyer, J.W. and B. Rowan. Institutionalized organizations. *American Journal of Sociology*, 1977, 83, p. 340-363.
- 16 Health Management Organization: verzamelterm voor private organisaties die zelfstandig een geïntegreerd zorgaanbod leveren en financieren.
National Health Service: verzamelterm voor publieke financiering en uitvoering van een geïntegreerd zorgaanbod.
- 17 Klein, P.G. The make-or-buy decision: lessons from empirical studies, in *Handbook of new institutional economics*. Springer Dordrecht, 2005.
- 18 Williamson, O. *The economic institutions of capitalism: firms, markets, relational contracting*. The Free Press, New York, 1985.
- 19 Ménard, C. 2005:286.
- 20 Williamson, O. 1985.
- 21 Het zoeken en verkrijgen van informatie en de eigenlijke onderhandelingskosten tijdens het zorginkoop proces.
- 22 De kosten die worden gemaakt nadat het contract afgesproken is: kosten met betrekking tot monitoring en enforcement (bijvoorbeeld door onduidelijkheden in het contract).
- 23 Zie Marini, G. and A. Street. A transaction costs analysis of changing con-tractual relations in the English NHS. *Health Policy*, 2007, 83, no. 24.
- 24 Ménard, C. A new institutional approach to organization, in *Handbook of new institutional economics*, Springer, Dordrecht, 2005.
- 25 Porten en Teisberg, How physicians can change the future, *JAMA* March 22nd 2007; Consumerism and controversy: a conversation with Regina Herzlinger, *Health Affairs*, 24th July 2007.
- 26 Enthoven, A. and L.A. Tollen, Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency. *Health Affairs*, 2007, 5, p. 420.
- 27 Cutler, D.M., M. McClellan and J.P. Newhouse. How does managed care do it? *Rand Journal of Economics*, 2000, 31, no. 3.
- 28 Een additioneel systeemrisico is dat (te) lage prijzen onder bepaalde

- voorwaarden kunnen worden afgewenteld op andere zorgvragers. De lage prijzen die HMO's afdwingen hebben de tarieven voor restitutieverzekerders en - opvallend - de onverzekerden flink doen stijgen.
- 29 Glickman, et. al, Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. *JAMA*, 2007, 297, no. 21, p. 2373-2379. PWC Health Research Institute, Keeping Score, A comparison of pay-for-performance pro-grams among commercial insurers. www.pwc.com/hri
 - 30 Enthoven, A. and L.A. Tollen. *Health Affairs*, 2007, 5. Th. Custers, O.A. Arah en N. Klazinga, 2007.
 - 31 Zie achtergrondstudie G. Brummelman.
 - 32 Eenennaam, F. van en M. Stouten. De toekomst van het Nederlandse zorgstelsel: opties en rollen van zorgverzekeraars. Breukelen, april 2007.
 - 33 Atos Consulting, De zorgverzekeraar: als een vis in het water?!, juli 2007.
 - 34 Custers, Th., O.A. Arah and N. Klazinga. Is there a business case for quality in the Netherlands? A critical analysis of the recent reforms of the health care system, in *Health policy*, 2007, 82, p. 235.
 - 35 Zorguitkomsten zijn bij dezelfde behandeling veelal niet precies gelijk (niet iedereen wordt op dezelfde manier beter), maar vormen een soort van normale verdeling. Bij kwaliteitsbeleid, generiek of door de markt, zou het moeten gaan om het beïnvloeden van de vorm, spreiding en startpunt van die verdeling van zorguitkomsten.
 - 36 Marini, G. and A. Street. *Health Policy*, 2007, 83, p. 24.
 - 37 Boonen, L. en E. Schut, Effect van prikkels op keuze voor zorgaanbieders. *ESB*, 2007, p. 651-653. NZa, Richting geven aan keuzes, 2007, p. 31-32.
 - 38 Custers, Th., O.A. Arah en N. Klazinga, 2007, p. 237.

Bijlage 5

Zorgconsument als marktpartij

Dr. W.G.M. van der Kraan
RVZ

Inhoud

1	Inleiding	107
2	Doelstelling van patiëntenbetrokkenheid	110
3	Vormen van betrokkenheid	112
4	Invloed vanuit de aanbodzijde	122
5	Conclusie	123
	Referenties en noten	126

1 Inleiding

De Zorgverzekeringswet legt de taak van de zorginkoop primair bij de zorgverzekeraar. Deze moet in onderhandeling met de zorgaanbieders zorg inkopen. De zorgaanbieders concurreren op de zorginkoopmarkt om de gunsten van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraars moeten op hun beurt zorg inkopen als zaakwaarnemer van de verzekerde. Op de zorgverzekeringsmarkt moeten zorgverzekeraars, mede door een goed inkoopbeleid, concurreren om de gunsten van de verzekerden. Dit alles vindt plaats binnen het bredere kader van een vraaggestuurde gezondheidszorg.

In de ontwikkeling van aanbodregulering naar vraagsturing wordt de zorgvrager centraal gesteld. Op de *zorgverzekeringsmarkt* moet hij zich gedragen als een rationele consument die stemt met de voeten tussen verschillende zorgverzekeraars. Op de *zorgverleningsmarkt* moet hij allereerst kiezen tussen verschillende zorgaanbieders en daarnaast binnen de zorgrelatie een mondige patiënt zijn die (op zijn minst) een partner is van de zorgverlener. De vraag is hoe deze versterkte positie van de zorgvrager uiteindelijk wordt vertaald naar de *zorginkoopmarkt*.

Traditioneel speelt de zorginkoop zich af tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder of tussen zorgkantoor en zorgaanbieder. De zorgverzekeraar vertaalt de wensen en behoeften van zijn verzekerden naar een inkoopbeleid, maar hoe vindt deze vertaalslag plaats? Creëert de concurrentie tussen verzekeraars voldoende waarborgen om de verzekeraars als perfecte 'agents' te laten optreden? Verzekeraars hebben verzekerdenraden om hun beleid en service richting hun verzekerden te toetsen. Daarnaast hebben verzekeraars contacten met patiëntenorganisaties (zowel algemeen als categoriaal) om het patiëntenperspectief mee te kunnen nemen in hun inkoopbeleid. Ook worden net als bij de zorgaanbieders in toenemende mate marketinginstrumenten ingezet om hun klanten te (leren) kennen.

Aanleiding voor het advies is, dat in de zorgcontractering kwaliteit, resultaat en innovatie nog onvoldoende centraal staan. De vraag is hoe de betrokkenheid van zorgvragers daaraan zou kunnen bijdragen. Ofwel op welke wijze kunnen zorgvragers als 'principals' hun zorgverzekeraars (agents) beter stimuleren hun belangen te behartigen?

Daarnaast is in 2007 een experiment gestart met een persoonsgebonden budget (pgb) in de curatieve-sector. Een pgb voor visueel gehandicapten om zelf hulpmiddelen aan te schaffen. In 2008 zal een pgb geïntroduceerd worden voor de GGZ, dit zal een aanzienlijk grotere groep zorgvragers betreffen. Het pgb is in de jaren negentig voor het eerst in de care-sector geïntroduceerd om de zorgvrager de middelen in handen te geven om zelf regie te voeren over het zorgproces. Met de introductie

van het pgb is de rol van het zorgkantoor als zaakwaarnemer komen te vervallen. Er is sprake van een directe ruilrelatie tussen vraag en aanbod, ofwel sturing door de vraag. Uit de evaluaties van het pgb blijkt met name dat mensen het als positief ervaren om zelf regie te hebben over de wijze waarop zorg wordt verleend. Daarnaast zijn er echter veel haken en ogen aan het pgb als financieringssysteem. De vraag is of de baten opwegen tegen de lasten en of binnen de Zorgverzekeringswet een meer directe relatie tussen vraag en aanbod tot dezelfde positieve uitkomsten zal leiden. Met andere woorden, wat is de meerwaarde van een directe inkooprelatie tussen vraag en aanbod ten opzichte van de zorginkoop door de zorgverzekeraar?

Tot slot bestaan er op de zorgverleningsmarkt ook allerlei regelingen om de invloed van de zorgvrager op de kwaliteit van zorg te waarborgen. Denk hierbij aan de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. De zorgaanbieder moet niet alleen dingen naar de gunsten van de zorgverzekeraars, maar moet in het kader van vraaggestuurde zorg ook steeds meer investeren in zijn relatie met patiënten. De organisatie en levering van zorg wordt steeds meer in interactie met de zorgvrager vormgegeven, niet alleen vanuit het oogpunt van concurrentievoordeel, maar ook vanuit het oogpunt van kwaliteit. De vraag is in hoeverre de betrokkenheid van zorgvragers aan de aanbodzijde voldoende is om kwaliteit te waarborgen en/of de betrokkenheid van zorgvragers bij zorgcontractering daarbij een (noodzakelijke) aanvulling is?

Het bovenstaande laat zich vertalen in de volgende centrale vraag:

Op welke wijze kan de betrokkenheid van zorgvragers bijdragen aan de optimalisering van zorgcontractering?

Uit deze centrale probleemstelling worden de volgende deelvragen afgeleid:

1. Welke doelstelling wordt er nagestreefd met de betrokkenheid van zorgvragers in het contracteringsproces?
2. Op welke wijze worden zorgvragers betrokken bij het zorgcontracteringsproces door de zorgverzekeraars?
3. In hoeverre draagt de betrokkenheid van de zorgvrager bij zorgcontractering bij aan een betere kwaliteit van zorg?
4. Zijn er mogelijkheden om zorgvragers meer en/of anders te betrekken bij zorgcontractering door zorgverzekeraars?
5. In hoeverre is directe zorginkoop door zorgvragers een alternatief voor zorgcontractering door zorgverzekeraars?
6. Welke groep zou het vragersperspectief moeten vertegenwoordigen: patiënten/cliënten; verzekerden/ burgers. Individuen of collectieven/ organisaties?

Volgorde van bespreking

Allereerst wordt gekeken wat de doelstelling is van het betrekken van zorgvragers bij het zorgcontracteringsproces. Vervolgens wordt nader bekeken op welke wijze zorgvragers betrokken kunnen worden bij de zorgcontractering en welke vormen het meest effectief zijn. Daarbij wordt ook gekeken naar directe zorginkoop door zorgvragers als alternatief voor zorginkoop door de zorgverzekeraar.

2 Doelstelling van patiëntenbetrokkenheid

De Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) worden primair uitgevoerd door zorgverzekeraars. Dit houdt in, dat zorgverzekeraars in principe vanuit de aanbodzijde zorg inkopen bij de zorgaanbieders. De zorgvrager is daarbij geen directe partij, maar wel direct belanghebbende als afnemer van de zorg. De zorgvrager moet daarom wel worden betrokken bij het zorginkoopproces. Dit gebeurt enerzijds vanuit een wettelijke verplichting. In artikel 28 van de Zvw staat dat de zorgverzekeraar waarborgen dient te creëren voor een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraar. Daarnaast hebben zorgverzekeraars in toenemende mate een intrinsieke motivatie om het vragersperspectief mee te nemen in het zorginkoopproces. De introductie van marktwerking in de gezondheidszorg heeft er voor gezorgd, dat er sprake is van een toenemende concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. Het wordt daarom voor zorgverzekeraars steeds belangrijker om de wensen en behoeften van de verzekerden mee te nemen in het zorginkoopproces.

Met de betrokkenheid van zorgvragers bij het zorgcontracteringsproces wordt een aantal doelstellingen nagestreefd: kwaliteitsverbetering, legitimatie en democratisering. Door zorgvragers te betrekken bij het proces kan hun ervaringsdeskundigheid worden benut om die zorg te contracteren wat het beste aansluit bij de wensen en behoeften van de zorgvragers (Barnes & Wistow, 1993). Daarnaast kan de zorgverzekeraar de zorgvrager inzetten om de kwaliteit van zorg te toetsen. De betrokkenheid van zorgvragers draagt ook bij aan de legitimering van het zorginkoopbeleid van een zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars hebben de verantwoordelijkheid om vanuit publiek belang zorg in te kopen dat tegemoet wordt gekomen aan de publieke doelstellingen van toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid. De rol van de zorgverzekeraar wordt daarbij omschreven als 'maatschappelijk ondernemer'. Verantwoording richting burgers/verzekerden en zorgvragers leidt daarbij tot legitimiteit (Florin & Dixon, 2004). Een derde doelstelling is de emancipatie van de zorgvrager. In een streven naar democratisering van besluitvorming wordt de betrokkenheid van zorgvragers gestimuleerd. Door zorgvragers een rol in het besluitvormingsproces te geven wordt hun positie in de zorg versterkt (Barnes & Wistow, 1993).

In het advies staat de vraag centraal welke obstakels er zijn voor de optimalisering van het zorgcontracteringsproces en hoe daarbij de publieke en private verantwoordelijkheden liggen. Hierbij wordt vooral aandacht besteed aan kwaliteit, zorgresultaat, gezondheidswinst en ketenzorg. De betrokkenheid van zorgvragers waarborgt de aandacht voor kwaliteit van zorg in het zorgcontracteringsproces vanuit het patiëntenperspectief. Daarnaast kunnen patiënten zorgverzekeraars aanspreken op hun private

én publieke verantwoordelijkheden als inkooppartij. In het hiernavolgende zal verder worden ingegaan op de wijze waarop de betrokkenheid van zorgvragers vorm moet krijgen om deze doelstellingen daadwerkelijk te behalen.

3 Vormen van betrokkenheid

De doelstellingen, die worden nagestreefd met de betrokkenheid van zorgvragers bij het contracteringsproces, kunnen enerzijds instrumenteel worden ingevuld. De zorgverzekeraar bepaalt dan op welke wijze de zorgvragers invloed krijgen en waarop. De doelstellingen kunnen anderzijds ook worden ingevuld vanuit het patiëntenperspectief, waarbij de mate waarin en de wijze waarop zorgvragers invloed hebben op het zorgcontracteringsproces, niet bepaald wordt door de zorgverzekeraars. De zorgvragers moeten dan wel middelen tot hun beschikking hebben om vanuit een onafhankelijke positie het gedrag of beleid zorgverzekeraars te beïnvloeden dan wel bij te sturen (NZa, 2007).

Om de betrokkenheid van zorgvragers bij zorgcontractering, te concretiseren, kan gebruik worden gemaakt van de participatieladder van Arnstein (1969). Deze ladder bestaat uit acht treden die hiërarchie aanbrengen in de verschillende vormen van betrokkenheid: manipulation, therapy, informing, consultation, placation, partnership, delegated power, citizen control. De eerste twee treden van de participatieladder hebben vooral betrekking op het beïnvloeden van de zorgvrager en zullen hier verder buiten beschouwing blijven. Bij de volgende drie treden vormen de zorgvragers een informatiebron voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders, die de beslissingsmacht geheel behouden. Bij partnership en delegated power is er sprake van gedeelde verantwoordelijkheid. De zorgvrager is dus medeverantwoordelijk voor besluitvorming. In dit specifieke geval zal de zorgvrager dus een beslissende rol spelen in het zorgcontracteringsproces. Bij de laatste trede, zal de zorgvrager zelf de zorg contracteren en daarmee in feite de rol van de zorgverzekeraar overnemen.

De Nederlandse zorgautoriteit (NZa, 2007) onderscheidt in een onderzoek naar de invloed van verzekeren op zorgverzekeraars de volgende instrumenten die de verzekeren ter beschikking staan:

1. Interne klachtenregeling van zorgverzekeraars;
2. De onafhankelijke geschillencommissie;
3. Inschakelen van de rechter;
4. Invloed via verzekeren- of ledenraad;
5. (Dreigen met) overstappen naar een andere zorgverzekeraar (exit-optie).

De 'exit-optie' en de 'voice-optie', zoals besproken door Hirschmann (1970), zijn handelingsopties van de consument als reactie op de afnemende kwaliteit van het geleverde aanbod. Bij de 'exit-optie' gaat de zorgvrager naar een andere aanbieder of verzekeraar wanneer de aangeboden diensten niet voldoen aan zijn wensen. De exit-optie wordt veelal gepositioneerd in een vrije markt met concurrerende aanbieders. Bij de voice-optie gaat de zorgvrager de communicatie aan in een streven het

aanbod te verbeteren c.q. beter af te stemmen op zijn wensen en behoeften. De voice-optie wordt vooral gerelateerd aan publieke organisaties die een monopoliepositie hebben. Bij de versterking van de positie van de zorgvrager is de voice-optie lange tijd de norm geweest. Op meerdere niveaus werd de zorgvrager toegerust om als gesprekspartner op te treden. Met de introductie van gereguleerde marktwerking is ook de exit-optie meer naar voren gekomen, maar nog slechts in beperkte mate. Hirschman acht de exit- en voice-optie noodzakelijk om leerprocessen op gang te brengen en daarmee de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren (Horstman & Van der Made, 2004).

In het hiernavolgende zullen de eerste drie vormen van invloed, die de NZa heeft benoemd (klachtenregeling, geschillencommissie en inschakelen rechter), in samenhang worden besproken als vorm van consulteren. Er is hierbij namelijk niet echt sprake van interactie, maar een eenzijdige uiting van onvrede door de zorgvrager. De zorgverzekeraar zal de informatie die voortkomt uit klachtenbehandeling etc. wel mee kunnen nemen als informatie bij het zorginkoopproces. De invloed via verzekerden- of ledenraad is meer een vorm van interactie, waarbij zorgvragers adviseren en medezeggenschap hebben. Deze vorm van invloed wordt besproken onder 'partnerschap'. De exit-optie zal apart worden besproken.

Consulteren

Verzekeraars trachten op verschillende manieren inzicht te krijgen in de wensen en behoeften van hun verzekerden. In de gedragscode van zorgverzekeraars staat dat 'De zorgverzekeraar op passende wijze de stem van de verzekerde tot zijn recht laat komen.' (ZN, 2006). Zorgverzekeraars voeren hiertoe klanttevredenheidsonderzoeken uit; er worden panelgesprekken georganiseerd en verzekeraars hebben contacten met patiëntenorganisaties (o.a. Agis, 2006). De ontwikkeling van de CQ-index is in dit kader een belangrijke ontwikkeling. De CQ (Consumer Quality)-index is voortgekomen uit de CAHPS (Consumer Assessment Health Plan Survey)-methodiek. Deze methodiek is afkomstig uit Amerika en is in een samenwerking van het NIVEL en de afdeling sociale geneeskunde van het AMC (UvA) aangepast voor de Nederlandse situatie. De Opdrachtgevers hiertoe waren Agis, Miletus en ZonMw (www.centrum-klantervaringzorg.nl). In 2006 is de systematiek overgedragen aan het ministerie van VWS en ondergebracht bij het centrum voor klantervaring Zorg (Agis, 2006). De CQ-index meet aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijsten de ervaringen (en dus niet alleen de tevredenheid) van consumenten met de zorg. De informatie die uit dit onderzoek komt kan door de zorgverzekeraars worden gebruikt om op kwaliteit in te kopen. De CQ-index kan door iedereen gratis gebruikt worden. Wanneer een zorgaanbieder echter in aanmerking wil komen voor een keurmerk dan moet de vragenlijst worden uitgezet door een geaccrediteerde meetorganisatie (www.centrumklantervaringzorg.nl).

Naast het doen van actief onderzoek naar de wensen en behoeften van zorgvragers of verzekerden, kunnen zorgverzekeraars ook gebruik maken van de informatie die voortkomt uit klachten. In de gedragscode van de zorgverzekeraars wordt aangegeven welke procedures zorgverzekeraars moeten organiseren. Alle zorgverzekeraars beschikken over een klachtenprocedure en bij de afhandeling van de klachten voldoen de meeste verzekeraars aan de gedragscode. Slechts een enkeling wijkt hier van af (NZa, 2007). Een grote meerderheid van de zorgverzekeraars analyseert de klachten ook daadwerkelijk en benut deze om procedures en processen te wijzigen (NZa, 2007). Een nadeel van klachten als informatiebron, is dat het afhankelijk is van de activiteit van zorgvragers. Daarnaast betreft het alleen negatieve informatie (Horstman & Van der Made, 2004).

Naast het indienen van een klacht kunnen zorgvragers ook terecht bij een onafhankelijke geschillencommissie. Deze mogelijkheid is echter niet breed bekend. Tot slot kan er ook een juridische procedure worden gestart, maar dat gebeurt alleen bij hoge uitzondering (NZa, 2007). Uit het onderzoek van de NZa komt naar voren dat slechts 39% van de ondervraagden op de hoogte is van de klachtenregeling bij de verzekeraar en 38% weet van het bestaan van de geschillencommissie. Dit beperkt de effectiviteit van deze instrumenten in sterke mate (NZa, 2007).

Door zorgvragers op verschillende manieren te consulteren krijgen zorgverzekeraars inzicht in het patiëntenperspectief op de (kwaliteit van) zorg. Dit inzicht kan vervolgens worden meegenomen in het zorgcontracteringsproces. De betrokkenheid van de zorgvragers blijft hierbij indirect. De wijze waarop de opvattingen en wensen van zorgvragers impact hebben op de zorgcontractering wordt geheel bepaald door de zorgverzekeraar. Deze situatie hoeft niet per se ongewenst te zijn als de zorgverzekeraar zich maar voldoende verantwoordt voor zijn handelen. Zorgvragers kunnen echter slechts indirect en achteraf hun (on)genoegen laten blijken over de uitkomsten van het contracteringsproces en niet direct interveniëren.

Partnerschap

Een volgende stap op de participatieladder is 'partnerschap'. Hierbij participeren zorgvragers direct in besluitvormingsprocessen en is er sprake van gedeelde verantwoordelijkheden. Voor zorgverzekeraars die een onderlinge waarborgmaatschappij zijn en die de Zvw uitvoeren geldt dat de inspraak van verzekerden wettelijk geregeld is (ZN, 2006). In artikel 28 van de Zvw staat dat zorgverzekeraars de verzekerden een redelijke mate van invloed moeten geven op het beleid. Dit moeten de zorgverzekeraars in hun statuten regelen, maar ze geven daar op verschillende manieren invulling aan. Over het algemeen is de invloed van verzekerden geregeld in de statuten van de leden- of verzekerdenraad van een verzekeraar. Sommige hebben een adviesraad. Zorgverzekeraars hanteren ook consumentenpanels en enquêtes om de mening van verzekerden te peilen, maar

zoals eerder werd aangegeven is dat een meer beperkte vorm van invloed. Een verzekerdenraad is een instrument om, voordat er problemen ontstaan, invloed uit te oefenen op het beleid van de zorgverzekeraar (NZa, 2007). Volgens de NPCF hebben verzekerdenraden de volgende functies:

- Inzet van ervaringsdeskundigheid;
- Strategische inbreng in beleid van de zorgverzekeraar;
- Bewaking van de kwaliteit bij inkoop en contractering.

(Van Bennekom, 2007)

De meeste zorgverzekeraars hebben een ledenraad (zes) of een verzekerdenraad (21). Deze raden kennen de volgende bevoegdheden:

- Vaststellen jaarrekening en jaarverslag;
- Benoemen bestuurders, toezichhouders dan wel commissarissen;
- Betrokkenheid bij wijzigen van statuten.

Ze kunnen ook gevraagd en ongevraagd advies uitbrengen.

Dit zijn echter niet de onderwerpen waar de verzekerden invloed op zouden willen uitoefenen. Verzekerden zouden vooral invloed willen uitoefenen op de volgende onderwerpen: kwaliteit van zorg, hoogte van premies, inhoud van de pakketten, communicatie en duidelijke informatie (NZa, 2007). Uit eerder onderzoek kwam naar voren dat deze (niet-statutaire) onderwerpen voor de invoering van de Zvw wel op de agenda van de ledenvergaderingen stonden (Van der Schee et al, 2000).

Een onderzoek van de NPCF toont aan dat in de praktijk de functie van verzekerdenraden langzaam verschuift van besluitvormend orgaan richting een klankbord (Govers, 2007). De NZa geeft, op basis van haar onderzoek, aan dat een groeiend aantal zorgverzekeraars (11) een adviesraad heeft; soms naast de ledenraad en soms als vervanging van de ledenraad (NZa, 2007). Bij een adviesraad is vooral deskundigheid leidend in plaats van representativiteit (Govers, 2007). De adviesraad brengt gevraagd en ongevraagd advies uit over aspecten van de zorgverzekering, zowel over inhoudelijke, beleidsmatige als maatschappelijke componenten. Deze adviesraden kennen echter geen statutaire verankering, in tegenstelling tot de leden- of verzekerdenraad. De NZa wijst op het belang van deze verankering, omdat dan formeel is vastgelegd dat de verzekeraar iets moet doen met de advisering. Wanneer de positie van de patiënteninbreng niet geformaliseerd is, behoudt de verzekeraar de vrijheid om, los van de wensen van verzekerden, zijn beleid en standpunten te bepalen. Daarbij moet echter wel de kanttekening worden geplaatst dat op dit moment nog geen norm is bepaald om invulling te geven aan de wettelijke eis, zoals vastgelegd in artikel 28 van de Zvw. In dit artikel staat dat er sprake moet zijn van een redelijke mate van invloed, maar wat dat betekent is nog onduidelijk. De praktijk kan daardoor ook nog niet getoetst worden. In een eerder onderzoek werd door verzekeraars zelf aangegeven dat de ledenraadsleden, als leken, veelal moeilijk over bepaalde onderwerpen konden oordelen en dat daarom de ledenraad vooral een functie als klankbord had. De houding van de leden werd daarbij omschreven als

passief instemmend (Van der Schee, et al. 2000). Uit het recente onderzoek van de NPCF (Govers, 2007) komt nog steeds hetzelfde beeld naar voren. De raadsleden zelf verschillen vaak van mening over de onderwerpen waarop zij ervaren invloed uit te kunnen oefenen, daarnaast brengen een groot aantal raadsleden weinig of geen agendapunten aan en maken ze hun mening niet vaak kenbaar (Govers, 2007).

Het is ook van belang dat instrumenten gekend en benut worden door de verzekerden. Net als bij de consultatieve instrumenten blijkt dat de verzekerden-, leden- of adviesraden echter niet erg bekend te zijn bij verzekerden. Uit een onderzoek van het TNS-NIPO bleek 80% van de respondenten niet te weten dat hun zorgverzekeraar een leden- of verzekerdenraad had (NZA, 2007).

Naast verzekerdenraden kunnen patiëntenorganisaties door samenwerkingsrelaties en/of convenanten met zorgverzekeraars aan te gaan ook de zorginkoop voor specifieke aandoeningen beïnvloeden (Oudenampsen, et al. 2007). Een voorbeeld is de diabetesvereniging die samen met zorgaanbieders een zorgstandaard heeft opgesteld voor diabetes type II. Vervolgens hebben vijf zorgverzekeraars zich geëngaat aan de invoering van de zorgstandaard (Oudenampsen, et al. 2007).

Uit recent onderzoek is gebleken dat patiëntenverenigingen nog kansen laten liggen met betrekking tot het aangaan van collectieve contracten. De patiëntenverenigingen hebben zich vooral gericht op premiekorting en minder op het beïnvloeden van de zorginkoop (Kraal in Oudenampsen, et al. 2007). Verder blijkt dat een aanzienlijke achterban van invloed is op genegenheid van zorgverzekeraars om een samenwerking aan te gaan. Kleinere organisaties zullen zich daarom moeten bundelen (Oudenampsen, et al. 2007). Een nadeel is dat patiëntenbeweging op dit moment als versnipperd wordt ervaren met diverse achtergronden en belangen. De andere partijen ervaren dat als een probleem in hun contacten met de vraagzijde (HMF, 2007).

Een ander voorbeeld van samenwerking tussen patiëntenorganisaties en zorgverzekeraar is de Pilot zorginkoop en patiëntenperspectief in de regio Utrecht. In deze pilot werken de NPCF, vijf patiëntenorganisaties en de zorgverzekeraars Agis en Menzis samen om het patiëntenperspectief een plaats te geven in het zorginkoop. Daarnaast nemen ook vier ziekenhuizen en één revalidatiecentrum deel. De patiëntenorganisatie en de zorgverzekeraars hebben ziekenhuizen in de regio Utrecht en Groningen benaderd om mee te werken aan het verder integreren van het patiëntenperspectief in hun bestaande kwaliteitsbeleid. De ziekenhuizen gaan samen met patiëntenorganisaties projecten ontwikkelen die (zichtbare) verbeteringen voor de betrokken patiënten opleveren (Agis & NPCF, 2007; UMCG, 2007). Dit project is onderdeel van het programma Zekerezorg, waarin fonds PGO en de NPCF de

marktpositie van de zorgvrager versterken. Het programma loopt tot december 2007.

Partnerschap heeft als voordeel ten opzichte van consultatie dat zorgvragers direct invloed kunnen uitoefenen op het contracteringsproces. Daarnaast zijn het de zorgvragers zelf die het patiëntenperspectief inbrengen. Hierdoor kan er geen vertekening of manipulatie plaatsvinden. Tevens hoeven er achteraf geen aanpassingen te worden doorgevoerd, omdat feedback al onderdeel van het proces is. Een nadeel is wel dat partnerschap, ofwel directe participatie, eisen stelt aan de zorgvrager wat betreft tijd en vaardigheden. Het feit dat de betrokkenheid van de patiënten bij zorginkoop als project is gefinancierd kan de continuïteit van de patiëntenbetrokkenheid in gevaar brengen.

Wat betreft de verzekerden- of ledenraden kan ook kritiek geuit worden op de representativiteit en objectiviteit van deze raden. Partnerschap door patiëntenorganisaties lossen deze laatste kritiekpunten (gedeeltelijk) op. Door met meerdere patiëntenorganisaties samenwerkingsverbanden aan te gaan is de representativiteit gewaarborgd, mede ook door de contacten die de patiëntenorganisaties hebben met hun achterban. Alleen de ongeorganiseerde zorgvragers worden niet meegenomen. Daarnaast blijft er meer afstand bestaan tussen verzekeraar en zorgvrager, waardoor een kritische houding van de zorgvragers meer gewaarborgd is. Belangrijk is wel dat patiëntenorganisaties een aanzienlijke groep representeren om daadwerkelijk impact te hebben op zorgverzekeraars. Meer afstemming tussen patiëntenorganisaties richting zorgverzekeraars is dus gewenst (Oudenampsen, 2007).

(Collectieve) inkoopmacht

De invloed van zorgvragers wordt nog groter wanneer zij zelf inkoopmacht organiseren. Zorgvragers kunnen dan meer bieden dan alleen informatie en ervaringsdeskundigheid. Ze vormen dan voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders een financiële prikkel om rekening mee te houden. Hierdoor kunnen ze ook eisen stellen aan de zorg die wordt ingekocht (wie betaalt bepaalt). Al langer sluiten werkgevers collectieve contracten af met zorgverzekeraars voor hun werknemers. In de Zvw is de mogelijkheid nu ook opgenomen voor zorgverzekeraars om collectieve contracten af te sluiten met maatschappelijke organisaties. Dit betekent dat patiëntenorganisaties nu invulling kunnen geven aan collectieve inkoopmacht, één van de vijf toerustingsniveaus die in 'De vraag aan bod' is geformuleerd ter versterking van de positie van de zorgvrager. De meeste collectieve contracten hebben betrekking op korting op polissen (Oudenampsen, et al. 2007).

Zo is er door 19 patiëntenorganisaties 'Het patiëntencollectief' opgezet dat er voor moet zorgen dat patiëntenorganisaties samen een onderhandelingsmacht vormen richting zorgverzekeraars. Het patiëntencollectief

heeft in 2007 14 contracten afgesloten, waardoor in totaal bijna 40.000 leden van patiëntenorganisaties zich collectief kunnen verzekeren (www.ondersteuningsburo.nl; www.patientencollectief.nl). Hierbij vervult de zorgverzekeraar nog wel de rol van zorginkoper, maar is de principal-rol van de zorgvrager veel sterker.

Zorgvragers kunnen ook direct zorg inkopen, waardoor de agent-rol van de zorgverzekeraar in zijn geheel vervalt. In het kader van het project kiezen in zorg van ZonMw is het project inkoopbureau van patiënten gestart om de inkoopmacht van zorggebruikers te bundelen. Het inkoopbureau biedt op internet diensten en producten aan op het gebied van zorg en welzijn (www.zorg6.nl). per Saldo is penvoerder van het project. De overige deelnemers zijn: de Nierpatiëntenvereniging Nederland, de Vereniging van motorisch gehandicapten en hun ouders (BOSK), de Crohn en Colitus Ulcerosa vereniging Nederland, de reumapatiëntenbond, de Algemene Nederlandse Gehandicaptenorganisaties (ANGO), de epilepsievereniging Nederland, de Nationale Vereniging Sjögrenpatiënten en de ME en CVS vereniging. (www.zorg6.nl). De uitvoering van het inkoopbureau ligt bij de Algemeen Thuiszorg Centrale (ATC) uit Zoetermeer en wordt ondersteund door de CG-Raad, de NPCF en de consumentenbond (Oudenampsen, et al. 2007).

Naast collectieve inkoopmacht is er ook individuele inkoopmacht mogelijk. Wanneer een zorgvrager geïndiceerd is voor zorg die onder de AWBZ valt, kan hij aanspraak maken op een persoonsgebondenbudget. Hiermee kan de zorgvrager dan zelf zorg inkopen bij AWBZ erkende zorgaanbieders, of bij private zorgaanbieders. In 2004 waren er 65.000 pgb-houders (Van den Berg & Hassink, 2005). In 2006 was het aantal opgelopen tot 86.618. De pgb's zijn goed voor ruim 1 miljoen euro (Knollema, 2006). Onder de Zvw is het pgb ook mogelijk gemaakt voor mensen die visuele hulpmiddelen nodig hebben. In 2008 zal het ook voor cliënten in de GGZ mogelijk worden om een pgb aan te vragen. Dit betekent een aanzienlijke uitbreiding van pgb-houders in de curatieve sector. Wanneer zorgvragers gebruik maken van een persoonsgebondenbudget vervalt de rol van zaakwaarnemer voor de zorgverzekeraar. Deze heeft dan alleen nog een administratieve taak om de besteding van de budgetten te controleren. De vraag is in hoeverre directe zorginkoop door zorgvragers ook daadwerkelijk leidt tot een betere kwaliteit van zorg. In 2006 is door HHM een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de kwaliteit van zorg ingekocht met een pgb in vergelijking met zorg in natura. De eindconclusie van het onderzoek is dat budgethouders de kwaliteit van de zorg goed tot zeer goed vinden. Toch worden er wel een aantal aandachtspunten geformuleerd:

- Opleiding: Een grote groep zorgverleners heeft geen erkende opleiding.

- Bij ondersteunende begeleiding is daarnaast een aandachtspunt de aanwezigheid van een ondersteuningsplan. In dit plan worden afspraken neergelegd tussen cliënt en zorgverlener.
- Klachten: Bij activerende en ondersteunende begeleiding ligt het percentage klachten bij pgb-houders hoger dan bij zorg in natura. Door de klachten hebben pgb-houders vaker gewisseld van hulpverlener.
- Bij activerende begeleiding zijn de pgb-houders minder positief over doelbereiking dan de cliënten die zorg in natura krijgen. Bij ondersteunende begeleiding zijn budgethouders positiever (Dragt, et al. 2006).

Beredeneerd vanuit een economisch perspectief op de zorg is een directe ruilrelatie tussen vraag en aanbod de meest ideale situatie, omdat dan de transactiekosten zo minimaal mogelijk zijn. Daarnaast is een direct contact tussen vraag en aanbod ook het beste voor de aansluiting tussen de zorgbehoeften en het zorgaanbod. De gezondheidszorg kent echter maar in beperkte mate directe ruilrelaties tussen vraag en aanbod. Ook binnen de Zvw wordt de zorgverzekeraar primair als zorginkoper aangemerkt. Hiervoor zijn verschillende overwegingen:

- De complexiteit van de zorg. Dit maakt het moeilijk voor een individuele zorgvrager om het juiste zorgaanbod te kiezen voor zijn specifieke behoeften.
- De borging van publieke belangen. De gezondheidszorg wordt gezien als een publiek goed. Dat betekent dat in de afstemming tussen vraag en aanbod niet alleen gekeken moet worden naar de behoeften van individuele zorgvragers, maar dat ook de belangen van de samenleving als geheel, nu en in de toekomst moeten worden meegewogen. Wanneer de gezondheidszorg op basis van een afstemming tussen vraag en aanbod op individueel niveau georganiseerd is, dan zijn de collectieve belangen niet gewaarborgd.
- Onzekerheid. Vooraf is het onduidelijk hoeveel zorg een zorgvragers nodig heeft, van welk type zorg en wanneer hij die zorg nodig heeft. Dit maakt een individuele afweging moeilijk (zie ook vignet Modaliteiten).

Het zijn deze overwegingen waardoor een derde partij als zorginkoper noodzakelijk wordt geacht. Toch worden er in toenemende mate mogelijkheden gecreëerd om de directe ruilrelatie tussen vraag en aanbod te (her)introduceren, zelfs in de complexe markt van de curatieve zorg. Momenteel wordt individuele inkoopmacht vooral vormgegeven rondom langdurige, laagcomplexe zorg (AWBZ) en chronische zorg (visuele handicap). Daarnaast wordt vooral aan patiëntenorganisaties inkoopmacht toegekend. Hieruit kan worden afgeleid dat er enerzijds wordt gekeken naar de complexiteit van de zorg. In hoeverre kan een individu inhoudeijk bepalen welke zorg hij nodig heeft? Daarnaast wordt er gekeken naar (ervarings)deskundigheid. Patiëntenorganisaties beschikken over

gebundelde kennis en chronisch zieken hebben langdurig ervaring met hun ziekte.

Wanneer wordt gekeken naar de kwaliteit van zorg dan kan een onderscheid worden gemaakt tussen subjectieve en objectieve kwaliteit, ofwel een onderscheid tussen needs, wants en demands. Needs zijn objectieve, door professionals vastgestelde, behoeften. Wants zijn de wensen van de zorgvrager met betrekking tot de zorg en demands zijn de zorgwensen (wants) afgewogen tegen de daarvoor te brengen offers (Van der Most, 2003). Door directe inkoopmacht worden de 'wants' van de zorgvragers meer direct doorvertaald naar de inkoop van zorg. Ook de afstemming tussen verschillende zorgvormen op individueel niveau kan door de zorgvrager zelf beter worden gecoördineerd. De vraag is, hoe daarbij de collectieve belangen zullen worden meegenomen. Het kan worden beredeneerd dat bij inkoop door patiëntenorganisaties de collectieve c.q. publieke belangen een grotere rol zullen spelen dan bij de inkoop door individuele zorgvragers.

Tot slot zijn er de kosten die verbonden zijn aan de afstemming tussen vraag en aanbod. Zorgverzekeraars kopen voor grote groepen in en dit leidt tot een verlaging van de transactiekosten. Daarnaast vormen zorgverzekeraars door de vertegenwoordiging van een grote groep een sterke inkoopmacht tegenover zorgaanbieders. Bij individuele budgethouders is er sprake van een kleine inkoopmacht. Een zorgaanbieder verliest niet veel wanneer één budgethouder wegloopt. Daarnaast zijn de administratieve lasten vrij groot voor een individuele budgethouder.

Alternatieven voor het persoonsgebonden budget zijn persoonsvolgende budgetten en vouchers. Deze kennen weinig administratieve lasten, maar bieden wel dezelfde inkoopmacht (Bannenbergh, 2006). Het persoonsvolgend budget creëert voor de zorgvrager dezelfde mogelijkheden als het persoonsgebonden budget, om de zorg zelf te organiseren zodat deze goed aansluit bij zijn wensen, maar zonder de administratieve lasten (Zeijlstra, 2002). Het persoonsvolgendebudget bestond tot 2004 voor mensen met een handicap en is in 2005 als experiment in de jeugdzorg geïntroduceerd. De zorgzwaartepakketten werken volgens dezelfde systematiek.

De inkoop door patiëntenorganisaties vormen een tussenvorm tussen de inkoop door zorgverzekeraars en de inkoop door individuele zorgvragers. Patiëntenorganisaties kopen voor specifieke patiëntengroepen in, in tegenstelling tot zorgverzekeraars die voor een algemene verzekeringsgroep inkopen. Ze vormen daarmee wel een grotere inkoopmacht dan individuele zorgvragers, maar minder groot dan verzekeren. Patiëntenorganisaties kunnen ook de specifieke ervaringsdeskundigheid van zorgvragers inbrengen in het zorginkoop proces en daarmee de kwaliteit verhogen.

Exit-optie

In het begin van deze paragraaf is ook de exit-optie genoemd als optie om invloed uit te oefenen op zorgverzekeraars. Wanneer verzekerden niet tevreden zijn over de dienstverlening door hun verzekeraar of de ingekochte zorg, dan kunnen ze overstappen naar een andere verzekeraar. In Nederland mogen verzekerden één keer per jaar overstappen en dan geldt er een acceptatieplicht voor verzekeraars. In 2006 is een vijfde deel van de Nederlanders overgestapt van zorgverzekeraar. Consumenten lijken hun keuze vooral te baseren op de hoogte van de premie en niet zozeer de kwaliteit van de service en de geleverde zorg (NIVEL, 2006). Bij de exit-optie wordt echter alleen duidelijk dat zorgvragers ontevreden zijn. De voice-optie is meer informatief dan exit-optie. De voice-optie biedt meer inzicht in de reden waarom zorgvragers ontevreden zijn en biedt daarom ook meer aanknopingspunten voor verbetering (Horstman & Van der Made, 2004). Voor het verbeteren van de kwaliteit van ingekochte zorg is de voice-optie dus meer waardevol. Daarbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen de exit-optie bij verzekeraars en exit-optie bij zorgaanbieders. Wanneer verzekeraars mogelijkheden bieden om op de zorgverleningsmarkt makkelijk over te stappen naar een andere aanbieder, dan biedt dat ook informatie omtrent de kwaliteit van zorg zonder dat mensen overstappen naar een andere verzekeraar. Wanneer dit wordt gecombineerd met een vouchersysteem of een persoonsvolgend budget dan is dit een sterk instrument voor de zorgvragers om invloed uit te oefenen op (de kwaliteit van) het zorgaanbod.

4 Invloed vanuit de aanbodzijde

In het voorgaande is met name gesproken over de beïnvloedingsmogelijkheden van zorgvragers richting de zorgverzekeraar. Door de zorgverzekeraar te beïnvloeden en informatie te verschaffen over het patiëntenperspectief op goede zorg, zou deze er toe moeten worden aangezet om zorg van zodanige kwaliteit te contracteren dat tegemoet wordt gekomen aan de wensen en behoeften van de zorgvragers.

Er bestaat echter ook al uitgebreid contact tussen zorgvragers en zorgaanbieders om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Deze contacten zijn wettelijk geborgd (KWZ, WMCZ, WGBO, etc.), maar er bestaan ook allerlei contacten die op ziektespecifiek niveau zijn ontstaan om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Hierbij moet vooral gedacht worden aan contacten tussen patiëntenorganisaties en specialisten.

De vraag is in hoeverre de contacten tussen zorgverzekeraars en zorgvragers een noodzakelijke aanvulling vormen op de contacten tussen zorgvragers en aanbieders, om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Hierbij is het belangrijk om allereerst te kijken wie zich aan de vraagzijde bevindt. Op de zorgverleningsmarkt bestaat de vraagzijde uit patiënten, ofwel mensen die zorg nodig hebben. Dit is een bonte verzameling van patiënten. Op de zorgverzekeringsmarkt bestaat de vraagzijde echter ook uit mensen die (nog) geen zorg nodig hebben. Deze mensen hebben wellicht andere wensen (wants) en zullen ook andere afwegingen maken met betrekking tot zorginkoop (demands). Wanneer de zorgvrager dus alleen aan de aanbodzijde invloed zou uitoefenen dan zou dat een eenzijdig en wellicht vertekend beeld kunnen geven van de wensen en behoeften van de vraagzijde.

Een ander aspect is het moment van invloed. Wanneer men uitgaat van de Zvw dan bepalen zorgverzekeraars mede de kaders waarbinnen de zorg verleend wordt aangezien zij de zorg inkopen. Op het moment dat zorgvragers alleen de zorgaanbieders zouden beïnvloeden dan kunnen zij dat alleen binnen de kaders doen die reeds zijn bepaald door de zorgverzekeraar. Invloed op deze kaders kan alleen achteraf, door middel van consultatie. Wanneer zorgvragers echter ook de mogelijkheid hebben om de zorgverzekeraars te beïnvloeden, dan kunnen zij ook vooraf invloed uitoefenen op de kaders.

5 Conclusie

Bij een streven naar betere kwaliteit van zorg vormt de zorgvrager een cruciale partner. Het is algemeen erkend dat kwaliteit meer behelst dan voldoen aan medisch-technische standaarden, maar dat ook de beleving van de zorgvrager een belangrijk aspect is. In dit advies wordt gekeken naar aandacht voor kwaliteit in het zorgcontracteringsproces en hoe dit geoptimaliseerd kan worden. In dit vignet is verkend welke bijdrage de zorgvrager hieraan kan leveren. Daarbij hebben de volgende vragen als uitgangspunt gediend:

- Welke doelstelling wordt er nagestreefd met de betrokkenheid van zorgvragers in het contracteringsproces?
- Op welke wijze worden zorgvragers betrokken bij het zorgcontracteringsproces door de zorgverzekeraars?
- In hoeverre draagt de betrokkenheid van de zorgvrager bij zorgcontractering door de zorgverzekeraars bij aan een betere kwaliteit van zorg?
- Zijn er mogelijkheden om zorgvragers meer en/of anders te betrekken bij zorgcontractering door zorgverzekeraars?
- In hoeverre is directe zorginkoop door zorgvragers een alternatief voor zorgcontractering?
- Welke groep zou dan het vragersperspectief moeten vertegenwoordigen: patiënten/cliënten; verzekerden/ burgers. Individuen of collectieven/organisaties?

Doelstelling van patiëntbetrokkenheid

Door de zorgvrager te betrekken bij het zorgcontracteringsproces kan de ervaringsdeskundigheid worden benut om de kwaliteit van de gecontacteerde zorg te toetsen en te verbeteren. Daarnaast legitimeert de betrokkenheid van de zorgvrager bij besluitvormingsprocessen ook het handelen van de zorgverzekeraar als 'maatschappelijk ondernemer' en als 'zaakwaarnemer' van de verzekerden.

De praktijk

De zorgvragers worden op verschillende manieren betrokken bij het zorgcontracteringsproces. Enerzijds worden ze *indirect* betrokken door op allerlei manieren geconsulteerd te worden. De zorgvragers vormen dan een informatiebron die de zorgverzekeraars benutten bij het contracteren van zorg. Anderzijds worden zorgvragers ook (in toenemende mate) *direct* betrokken als verzekerden- of ledenraden en door samenwerkingsverbanden met patiëntenorganisaties. Door *collectieve contracten* af te sluiten met zorgverzekeraars kunnen zorgvragers nog meer invloed uitoefenen op de zorgcontractering. Zorgvragers kunnen ook zelf *direct zorg inkopen*. Daarmee ontstaat een directe ruilrelatie tussen vraag en aanbod en vervalt de bemiddelende rol van de zorgverzekeraar.

De nieuwe Zorgverzekeringswet biedt meer mogelijkheden voor zorgvragers om direct invloed uit te oefenen op de zorgcontractering door zorgverzekeraars. De ervaringen met andere wetgeving heeft ons echter geleerd dat een wettelijke bepaling niet voldoende is om de dagelijkse praktijk te veranderen. Enerzijds wordt door de zorgvragers (en zorgaanbieders) het belang van patiëntbetrokkenheid onderkend, maar aan de andere kant wordt er nog niet uitgehaald wat er in zit. Bij de bespreking van de verschillende vormen van betrokkenheid is onderscheid gemaakt tussen instrumentele patiëntbetrokkenheid en betrokkenheid waarbij de regie bij de zorgvragers ligt. In de huidige constellatie ligt de regie nog sterk bij de zorgverzekeraars. Ook artikel 28 van de nieuwe Zorgverzekeringswet laat veel ruimte aan de zorgverzekeraar om de invloed van zorgvragers te organiseren. Dit zorgt er voor dat zorgvragers niet meepraten over de onderwerpen die zij belangrijk vinden en dat de zorgverzekeraars bepalend zijn in de mate van invloed die zorgvragers hebben. Daarnaast zijn initiatieven op het gebied van partnerschap en collectieve zorginkoop door zorgvragers nog kleinschalig en onvoldoende financieel geborgd.

Directe zorginkoop waar mogelijk

Directe zorginkoop komt steeds meer tot ontwikkeling in de gezondheidszorg, maar vormt het ook daadwerkelijk een alternatief voor inkoop door zorgverzekeraars? Belemmeringen bij directe zorginkoop zijn de complexiteit van de zorg, de kennis van zorgvragers en de administratieve lasten. Dé zorgvrager is in de gezondheidszorg geen homogene groep. Reeds eerder werd aangegeven dat de verzekerden en patiënten geen overeenkomstige groepen zijn. Verzekeraars omvatten ook personen die (nog) niet gebruik maken van de zorg of slechts incidenteel gebruik maken van de zorg. Deze mensen bouwen onvoldoende kennis op om op een effectieve en efficiënte manier zorg in te kopen. Directe zorginkoop zal dus voor een grote groep zorgvragers het meest effectief en efficiënt door een zorgverzekeraar uitgevoerd kunnen worden. Directe zorginkoop krijgt nu vooral vorm bij langdurige zorg (AWBZ) en chronisch zieken. De zorg die vanuit de AWBZ wordt geleverd is veelal minder complex dan de zorg die in de curatieve sector wordt geleverd. Daardoor is het voor zorgvragers beter te overzien en in te schatten welke zorg het beste aansluit bij hun behoeften. Chronische zieken bouwen ervaringsdeskundigheid op waardoor zij beter in staat zijn om het zorgaanbod te beoordelen.

Collectieve zorginkoop door patiëntenorganisaties komt tegemoet aan bezwaren van zorginkoop op individueel niveau (o.a. administratieve lasten), maar blijft daarmee wel beperkt voor de georganiseerde zorggebruiker. Dit zijn veelal ook langdurig zieken. Hiermee zal directe zorginkoop nooit volledig de zorginkoop door verzekeraars vervangen, vooral voor de incidentele zorggebruiker. Het persoonsvolgende budget kan wellicht een mooi alternatief zijn, om toch een directe vertaling te creëren van de ervaringen van zorgvragers direct in financiële consequenties voor de zorgaanbieders. Door (een deel van) het budget van de zorginstellingen te

koppelen aan individuele zorgvragers wordt deze gestimuleerd om meer oog te hebben voor de wensen en behoeften van de zorgvrager. Is deze immers niet tevreden en gaat hij naar een ander, dan loopt de zorgaanbieder een deel van zijn budget mis.

Naast exit ook voice

De exit-optie wordt sterk gestimuleerd in de zorg, maar in veel gevallen is dat nog geen reële optie om de stem van de zorgvrager te laten doorklinken. Voice blijft belangrijk. In een situatie waarin de zorgverzekeraar de inkoop doet zijn er nog wel mogelijkheden om de invloed van zorgvragers te verhogen: door directe participatie. Het aangaan van collectieve contracten en convenanten zijn daar vormen van. Patiëntenorganisaties kunnen hierbij als vertegenwoordigers voor patiënten optreden en werkgevers en/of consumentenorganisaties zouden daarbij als vertegenwoordigers van de meer incidentele zorggebruiker kunnen fungeren.

Daarnaast vormen ook de verzekeren- en ledenraden een belangrijk instrument. Belangrijk is dat er wel sprake is van een continue participatie van zorgvragers. Daarvoor zijn dus ook continue middelen noodzakelijk. Daarnaast is het belangrijk dat er sprake is van onafhankelijkheid. De zorgvragers moeten niet afhankelijk zijn van de welwillendheid van zorgverzekeraars om te luisteren naar zorgvragers. Invloed moet kunnen worden afgedwongen en vormgegeven worden door de zorgvragers zelf. Dit vereist ook toezicht en verantwoording over de wijze waarop de zorgvrager invloed krijgt op het beleid van de zorgvrager.

Referenties en noten

Agis en NPCF. Persbericht: Ziekenhuizen sluiten aan bij pilot zorginkoop. Utrecht; Amersfoort: NPCF: Agis, 2007.

Arnstein, S. A ladder of citizen participation. Journal of the American planning association, 1969, 35, no. 4, p. 216-224.

Bannenberg, G. Inkoopmacht aan de klanten. Zorgvisie, 2006, 11, p. 47-48.

Barnes, M. and G. Wistow. User involvement in community care: origins, purposes and applications. Public administration, 1993, 71, p. 279-299.

Crawford, M.J., et al. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. BMJ, 2002, 325. no. 30.

Damman, O.C., et al. Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars. Utrecht: NIVEL, 2006.

Dragt, W., B.H. Hoeksma en M.L. Pansier-Mast. Kwaliteit van zorg ingekocht met een persoonsgebondenbudget. Enschede: Hoeksma, Homans & Menting, 2006.

Florin, D. and J. Dixon. Public involvement in health care. BMJ, 2004, 328, p. 159-161.

Govers, M. Invloed van verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars. Utrecht: NPCF, 2007.

HMF. Positionering patiëntenorganisaties als marktpartij. Webverslag HMF-bijeenkomst, juni 2007.

Horstman, K. en J. van der Made. Exit en voice in de verzekeringswereld. Gebrekkige gezondheid gebrekkig verweer? B&M, 2004, 31, no. 1, p. 42-51.

Knollema, J. Uitvoeringsverslag pgb nieuwe stijl. Diemen: CVZ, 2006.

Nederlandse Zorgautoriteit. Verzekerdeninvloed Zorgverzekeringwet. Utrecht: NZa, 2007.

Oudenampsen, D., S. ter Woerds en T. Nederland. Inventariserende case studie effectieve beïnvloeding marktpartijen, 2007.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De rollen verdeeld. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Universitair Medisch Centrum Groningen. Patiënten bepalen wat er verbeterd gaat worden. Polsslag, 2007, no. 11.

Van Bennekom, I. Strategieën voor beïnvloeding verzekeraars. Powerpoint presentatie voor bijeenkomst collectieve contracten en zorginkoop. Utrecht: NPCF, 2007.

Van den Berg, B. en W.H.J. Hassink. Consequenties van het pgb voor prijzen en hoeveelheden van zorg. ESB, 2005, p. 55-57.

Van der Kraan, W.G.M. De vraag naar vraagsturing. Rotterdam: Eur, 2006.

Van der Most, J.M. Vraaggestuurde zorg als recht vanuit verzekeringsperspectief (ZFW en AWBZ). Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 2003, 27, p. 160-173.

Van der Schee, E., et al. De invloed van verzekerden op het bestuur van ziekenfondsen. Utrecht: NIVEL, 2000.

www.cenrumklantervaringzorg.nl. geraadpleegd. 26.09.2007

www.ondersteuningsburo.nl

www.patientencollectief.nl

www.zekerezorg.nl/uploads/nieuws/190207. geraadpleegd: 23.09.2007

www.zorg6.nl geraadpleegd op 26.09.2007

Zeijlstra, J.H.M. Starten met het persoonsvolgend budget: lessen uit de praktijk. Zorg en financiering, 2002, no. 9, p. 11-20.

Zorgverzekeraars Nederland. Gedragscode van de zorgverzekeraar. Zeist: ZN, 2006.

Bijlage 6

Kwaliteit en zorgcontractering

Drs. H.M.M. Emanuel-Vink
RVZ

Inhoud

1	Advies over Zorginkoop: probleemstelling	131
1.1	Definities van kwaliteit en zorg	131
1.2	Alles heeft zijn prijs	132
2	Hoe is de kwaliteit van zorg te operationaliseren in het proces van zorgcontractering	134
2.1	Randvoorwaarden voor kwaliteitsbewuste zorginkoop door zorgverzekeraars	134
2.2	Checklist voor kwaliteitsafspraken bij DBC-contractering	134
3	Kwaliteit van Zorg	138
3.1	Professionele standaard.	138
3.2	Patiëntveiligheid	139
3.3	Herinrichting van het zorgproces	139
4	Ketenzorg, disease management en preventie	141
5	Conclusies en aanbevelingen	143
	Literatuur	145

1 Advies over zorginkoop: probleemstelling

De RVZ brengt een advies uit over ‘zorginkoop’, nagegaan wordt hoe de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) de kwaliteit van zorg verbetert. In het kader van het advies worden zes achtergrondstudies uitgevoerd. De onderhavige studie betreft ‘Kwaliteit en zorgcontractering’ met als centrale vraag, kunnen wij de zorgverzekeraar als inkoper van zorg interesseren voor kwaliteit, hoe komt kwaliteit op de agenda en hoe bevorder je selectief inkopen op kwaliteit?

1.1 Definities van kwaliteit en zorg

Om de bovenstaande centrale vraag te kunnen beantwoorden, wordt uitgegaan van een aantal bestaande en getoetste definities van kwaliteit van zorg. Het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg mag zich al vele jaren verheugen in een grote populariteit. Dit blijkt niet alleen uit een toenemend aantal nieuwe begrippen (kwaliteitsbeleid, kwaliteitszorg, kwaliteitsborging en kwaliteitsverbetering), steeds meer aspecten van zorg (doeltreffendheid, doelmatigheid, patiëntgerichtheid) en potentiële bronnen van gegevens daarover (ziekenhuissterfte, variaties in zorgverlening, tevredenheid van patiënten) worden met kwaliteit in verband gebracht. Bovendien worden verschillende methoden en technieken ontwikkeld om de kwaliteit van zorg te beoordelen, te bewaken of te verbeteren (uitkomstmetingen, concensusvormingen, intercollegiale toetsing, procesanalyse en benchmarking). Door de sterk uiteenlopende kwaliteitsgerichte denk en handelwijzen is de betekenis van het begrip kwaliteit verre van eenduidig.

Harteloh (2000) onderzocht het begrip kwaliteit van zorg met behulp van een filosofisch analyse kader. Zijn conclusie is dat een formele definitie van het begrip kwaliteit niet altijd voorziet in beleidsrelevantie. Daarom is gekozen voor een aspectbenadering van kwaliteit. Boelema (2005) definieert kwaliteit als volgt: Kwaliteit is wat de verzekerde belangrijk vindt bij de zorgverlening. Het gaat dan vaak om effectiviteit, veiligheid en bejegening. Het CVZ rapport ‘Onderhandelen over kwaliteit’ (2005) voegt daar nog aan toe: efficiency en toegankelijkheid. Uitgangspunt in het Meerjarenbeleidsplan 2008- 2011 van de IGZ is dat aanbieders van preventie, zorg en medische producten zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg die zij leveren. IGZ handhaaft risicogericht. Dit betekent dat de Inspectie toezicht houdt, daar waar risico’s de kwaliteit en veiligheid van de zorg het meest bedreigen. De belangrijkste aspecten voor de IGZ (Harteloh) zijn:

1. De kwaliteit van zorg bevorderen.
2. Preventie effectiever maken. De effecten van de publieke gezondheidszorg moeten worden vergroot.

3. De transparantie van geleverde kwaliteit van zorg vergroten. In de komende jaren moet een breedgedragen set openbare informatie over de kwaliteit van zorg ontstaan.
4. Meer aandacht besteden aan kwetsbare groepen, zoals gehandicapten, psychiatrische patiënten, jonge kinderen, asylzoekers en eerste generatie allochtonen.

In Nederland is de laatste jaren grote vooruitgang geboekt in het verbeteren en zichtbaar maken van de kwaliteit van de gezondheidszorg. De RVZ hanteert de definitie van kwaliteit zoals geformuleerd in hoofdstuk 3.

1.2 Alles heeft zijn prijs

Een concurrerende prijs die vraag en aanbod afstemt (clears the market) werkt als een thermostaat via feedback. Transparantie levert de noodzakelijke informatie, de verantwoording en sluit kartelvorming en bedrog uit. De kwaliteitsnorm is de temperatuur, waarop de thermostaat is afgesteld. Indien dit niet kan worden gekwantificeerd, zijn alle discussies over deugdelijkheid of kwaliteit zeer complex. Bij verkwisting heeft niemand baat.

1. De patiënt zoekt een doeltreffende behandeling voor zijn specifieke noden.
2. De zorgaanbieder levert een lean production met behulp van interne kwaliteitscontrole, waarbij prijsopdrijvende vervuiling door foutenherstel wordt voorkomen. De begroting op basis van prijsafspraken wordt zo niet overschreden.
3. De zorgverzekeraar kan door deze geleverde kwaliteit van de zorgaanbieder aan zijn contractuele verplichtingen voldoen zonder premieverhoging achteraf. De zorgverzekeraar/inkoper wil dat zijn verzekerden tevreden zijn met de door hem gecontracteerde zorg.

Hiermee is de cirkel rond.

Via verbeteringen en innovaties wordt deze cirkel in de tijd een opwaartse spiraal. De overheid dient actief als marktmeester de kwaliteit en prijs te bewaken en te faciliteren. De dienstverlening voor de noden en de wensen van de patient wordt zo voor een faire prijs gerealiseerd.

In dit vignet wordt van drie belangrijke aannames uitgegaan:

1. Transparantie, waardoor consumenten bewust kunnen kiezen tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Wat valt wel of niet onder het te hanteren kwaliteitsbegrip? Transparantie biedt externe instanties de mogelijkheid druk uit te oefenen om de kwaliteit te verhogen.
2. Selectieve inkoop waardoor zorgaanbieders extra geprikkeld worden om de beste kwaliteit/prijsverhouding te leveren.
3. Een nieuw systeem van financiering, de Diagnose Behandel Combinatie in plaats van het verrichtingenstelsel.

Het volgende hoofdstuk behandelt het operationaliseren van kwaliteit van zorg in het proces van zorgcontractering.

2 Hoe is de kwaliteit van zorg te operationaliseren in het proces van zorgcontractering

2.1 Randvoorwaarden voor kwaliteitsbewuste zorginkoop door zorgverzekeraars

In het nieuwe stelsel is de verantwoordelijkheid van de overheid: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

Wat kan de zorgverzekeraar brengen tot kwaliteitsbewuste zorginkoop? Boelema (2005) noemt enige randvoorwaarden om hierop te kunnen vertrouwen.

1. Het effect moet door de zorgverzekeraar meetbaar en vergelijkbaar worden gemaakt voor de verzekerde. Dit vereist onderzoek naar wat verzekerden met een bepaalde aandoening belangrijk vinden en naar hun ervaringen.
2. Het hele proces kost tijd. De verzekerde zal er aan moeten wennen om op een zakelijke manier naar de zorg te kijken. De persoonlijke relatie verzekerden-zorgaanbieder is vaak sterk en verzekerden stappen niet zomaar over. Bovendien beoordeelt een aantal zorgverzekeraars opnieuw het recht op een verstrekking na een overstap.
3. Zorgverzekeraars moeten ook bij de inkoop letten op structurele borging van de kwaliteit. Zij moeten concrete initiatieven ontplooiën om zich te bewijzen als belangenbehartiger van hun verzekerden, ook ten aanzien van kosten en preventie.

Gezonde verzekerden kiezen voor een lage premie, terwijl de zieke verzekerden de beste zorg willen hebben. Door cliënten te betrekken bij het bepalen van de zorgbehoeften en dus de inhoud van de in te kopen zorg krijgen deze een actieve rol in het proces.

2.2 Checklist voor kwaliteitsafspraken bij DBC-contractering

Evenals de zorgverzekeraar, moet ook de zorgaanbieder investeren in zorginkoop. Hij loopt immers risico op de zorginkoopmarkt en op de zorgverleningsmarkt.

Mede ingegeven door het feit dat zorgverzekeraars kwaliteit steeds meer tot onderwerp van gesprek willen maken in de contracten met zorgaanbieders, komt meer informatie hierover beschikbaar. In vrijwel alle zorgsegmenten is men bezig met kwaliteitsindicatoren, klantervaring of tevredenheidsmetingen. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de zorginkoop nog weinig effect blijkt te hebben op de patiëntervaringen (Significant 2007). De KNMG heeft in het rapport 'Kans of risico voor de zorg' in opdracht van de Orde van Medisch Specialisten (2005) een

onderzoek uitgevoerd waarin onder andere het onderwerp operationalisering van kwaliteitsafspraken is behandeld. In het onderzoek worden diverse vormen van kwaliteit van zorg onderscheiden.

1. Professionele kwaliteit van de zorgverlener.
2. Functionele kwaliteit: past de DBC in het regionale functie herverdelingsbeleid van de zorgverzekeraar, dat beoogt bepaalde functies te spreiden en andere te concentreren.
3. Relationale kwaliteit: wachtruimte, parkeergelegenheid, openbaar vervoer.
4. Inhoudelijke kwaliteit (medisch technisch handelen, complicatieregistratie, inzage in visitatierapporten).
5. Organisatorische kwaliteit: toegangs- en wachttijden.
6. Kwaliteit vanuit klantperspectief, efficiency, veiligheid.

Naar aanleiding van dit rapport heeft de Orde van Medisch Specialisten (OMS) een checklist laten opstellen voor het maken van kwaliteitsafspraken voor haar leden. Deze kan behulpzaam zijn voor medisch specialisten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars bij het maken van de DBC-contractering.

Samengevat zijn de belangrijkste punten van deze checklist:

1. Professionele standaard, differentiëren naar medische kwaliteit moet mogelijk zijn. De medische veiligheid bepaalt de kwaliteitsbodem.
2. Best practices betreft het na te streven kwaliteitsniveau met de optimale prijs-kwaliteitsverhouding.
3. Het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf en de zorgverzekeraar dienen openheid te betrachten over hun kwaliteitsbeleid en dit schriftelijk aan elkaar ter beschikking te stellen.
4. De zorgverzekeraar kan afspraken maken over de deelname van medisch specialisten in het kader van kwaliteit, veiligheidsbeleid, uitkomstindicatoren waaronder complicatieregistratie, veiligheid-managementsysteem, veilig melden van incidenten, elektronisch medicatie dossier, elektronisch patiënten dossier en een systeem van peer review met betrekking tot het individueel functioneren.

In vervolg op het rapport van de OMS KNMG is op 12 juli 2007 het congres 'Kiezen voor kwaliteit' gehouden. Uitgangspunt hierbij was de kwaliteit in de zorginkoop en de positionering en profilering van zorgaanbieders. Vanuit het DBC-systeem onderhandelen zorgverzekeraars met ziekenhuizen over de prijs en kwaliteit van zorg. Voor het 'oude' 10 procent B-segment is nu een aantal indicatoren vastgesteld, voor de uitbreiding van het B-segment naar 20 procent is dit nog niet gebeurd. Tot op heden is de kwaliteit van zorg maar beperkt aanbod geweest bij de onderhandelingen.

Veel zorgverzekeraars willen kwaliteitsafspraken met ziekenhuizen maken op DBC overstijgend niveau. De belangrijkste reden hiervoor is het grote aantal DBC's. In het nieuwe stelsel benadrukt de overheid de zorginkoop

als spilfunctie van de zorgverzekeraar binnen de beoogde marktwerking. De zorgverzekeraars dienen zich te manifesteren als kritische inkoopers die zorgaanbieders dwingen om doelmatige zorg (goede kwaliteit tegen een acceptabele prijs) te leveren. Van zorgsturing door patiënten, een noodzakelijke voorwaarde in deze, is tot op heden echter, slechts beperkt sprake.

Zorgverzekeraars geven verder invulling aan het kwaliteitsbeleid door de Locale Productie Component (LPC) die ruimte biedt voor de financiering van kwaliteitsverbeteringen, afspraken bestaan vooral met betrekking tot het transparant maken van de kwaliteit door operationalisering van kwaliteitsindicatoren.

De NZa beveelt aan dat zorgverzekeraars de toestemmingsprocedures korter en minder ingewikkeld te maken. Daardoor kunnen administratieve lasten voor alle betrokken partijen verminderen en kan het aantal afwijzingen dalen, omdat vooraf duidelijk is waarop de zorgverzekeraar toetst.

Een tweede vervolgactie op het rapport van de OMS-KNMG is de Orde Binnenhof Conferentie (26 september 2007) over kwaliteitsthema's die in de politieke discussie de boventoon voeren. Doelstelling is het bewerkstelligen dat zorg beter is, werk aantrekkelijker, de patiënt beter af en de professional meer voldoening heeft in een betere werkomgeving. De OMS definieert kwaliteit als het steeds beter tegemoet komen aan de wensen en noden van de patiënt. Er dient sprake te zijn van openbare, verantwoorde en vergelijkende kwaliteitsinformatie door middel van uitkomstindicatoren per DBC of per medisch product. Het is de vraag of verzekeraars wel voldoende gemotiveerd zijn in een betere kwaliteit. Gebleken is dat zorgverzekeraars op projectbasis kwaliteitsafspraken maken met ziekenhuizen, dus moeten zij bij de inkoop beter letten op structurele borging van de kwaliteit als onderdeel van de zorgplicht. Ambitie van de OMS en de wetenschappelijke verenigingen is te komen tot een prestatiegericht kwaliteitsbeleid waarbij de basis van IGZ de ondergrens aangeeft. Gebleken is verder dat kwaliteitsafspraken met ZBC nauwelijks worden gemaakt (Nza, Monitorspecial: De rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg 2007). ZBC's willen zichtbaar maken dat zij concurreren kunnen met ziekenhuizen. Daarvoor is goede vergelijkingsinformatie nodig die de kwaliteitsverschillen kan weergeven.

Conclusie: goede zorginkoop is onmogelijk zonder transparantie. Om kwalitatief hoogwaardige zorg te kunnen inkopen, moet de verzekeraar objectieve informatie hebben over de kwaliteit van het aanbod. Het gaat hier om meet – en zichtbaar gemaakte kwaliteit van zorg. Het zichtbaar maken van kwaliteit en van kwaliteitsverschillen is belangrijk voor de werking van het gezondheidszorgsysteem. Zonder informatie over veiligheid, effectiviteit en patiëntgerichtheid van zorg is kiezen of contracteren op basis van prestaties niet mogelijk. Het gaat in het bijzonder om informatie over

de professionele prestaties (uitkomsten van zorg en behandeling) en over de ervaringen van patiënten/clienten. Zulke informatie biedt de patient/client de mogelijkheid om de zorgaanbieder (of zorgverzekering) te kiezen die het beste bij hem past.

Zorgverzekeraars waken over de kwaliteit-prijsverhouding over de gehele linie om de juiste koppeling tussen prestaties en werkwijzen aan te geven. De kwantitatieve benchmarking geeft inzicht WAAR een verbetering mogelijk en noodzakelijk is. Aan de hand van de best practices, namelijk de innovatieve werkwijzen van de best presterende zorgaanbieders, inventariseert men door kwalitatieve benchmarking HOE de verbetering van eigen prestaties zijn te realiseren. Zorgaanbieders moeten zich met elkaar vergelijken ten behoeve van permanente interne kwaliteitsverbetering. Zorgverzekeraars kunnen de informatie betrekken bij hun zorginkoop.

3 Kwaliteit van zorg

In de zorg staat de patiënt centraal. Zorg kan gaan over complexe medische ingrepen, maar ook over een zinvolle dagbesteding. RVZ hanteert de volgende definitie van kwaliteit van zorg: kwalitatief goede zorg is zorg die patiëntgericht, effectief, veilig en op tijd is. De kwaliteit van zorg moet meetbaar en transparant zijn. Het zichtbaar maken van de geleverde kwaliteit van zorg en van verschillen in zorg is essentieel voor de werking van het nieuwe zorgstelsel. Hiervoor is vergelijkbare en betrouwbare informatie nodig. Alleen op die manier kunnen prestaties van zorgaanbieders met elkaar worden vergeleken. Patiënten willen kiezen voor de beste zorg, zorgverzekeraars willen zorg inkopen op basis van een goede prijs - kwaliteit verhouding en zorgaanbieders moeten zich onderling kunnen vergelijken en profileren op de zorg die zij leveren. De uitdaging ligt in het realiseren van duidelijke informatie over gemeten kwaliteit en kwaliteitsverschillen in ziekenhuizen. Alleen als die informatie beschikbaar is kan de kwaliteit van zorg worden verbeterd.

Een belangrijke stap is gemaakt met de samenwerkingsafspraken ‘Transparantie Medisch – specialistische Zorg’ (NPCF, Consumentenbond, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), NVZ vereniging van ziekenhuizen, IGZ, Orde van Medisch Specialisten, V&VN en ZN). Hierin stellen de Nederlandse ziekenhuizen, medisch-specialisten, verpleegkundigen, zorgverzekeraars, patiëntenvereniging, consumentenbond en inspectie zich ten doel om het meten van kwaliteitsprestaties onder een bestuurlijke structuur te bundelen, te implementeren en te onderhouden. Hierdoor wordt het mogelijk-specialistische zorg in Nederland betrouwbaar, relevant, valide en algemeen beschikbaar te maken. Daarbij wordt gebruik gemaakt van activiteiten en resultaten (ook internationaal) die lopen of al zijn gerealiseerd.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in opdracht van VWS het bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit opgericht ter ondersteuning. Het is de ambitie van het kabinet dat vanaf 2010 alle sectoren in de zorg, de veiligheid, de effectiviteit en de klantgerichtheid van de zorg meten en publiceren.

3.1 Professionele standaard

Artsen en andere zorgprofessionals moeten maatregelen nemen om het vertrouwen in hun professies te behouden.

Dat wil zeggen:

- de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden systematisch ter hand nemen en toezien op de naleving ervan;

- toezicht houden op de kwaliteit van de individuele-beroepsuitoefening en zo nodig maatregelen nemen;
- prestatiegegevens beschikbaar stellen;
- multidisciplinaire samenwerking bevorderen.

In een recent rapport van het Engelse Royal College of Physicians (Londen, 2005) wordt medische professionaliteit gedefinieerd als het geheel van waarden, gedragingen en relaties dat het vertrouwen in dokters ondersteunt.

Professionalisering dient een dubbel doel:

1. Het vertrouwen van de cliënt in de professional.
2. De invloed en het inkomen van de professional.

Patiënten vinden het belangrijk dat de behandelend arts beslist over de diagnose en de therapie, mede vanwege zijn vakinhoudelijke kennis en kunde en zijn integriteit. Dit laatste wil zeggen dat hij het belang van de patiënt voorop stelt (Vertrouwen in de arts, RVZ 2007)

3.2 Patiëntveiligheid

Het in 1999 verschenen rapport ‘To err is human’ van het Institute of Medicine (IOM) bleek een belangrijke stimulans voor het kwaliteitsdebat. Hoewel de vooruitgang sinds die tijd langzaam is geweest, veranderde het IOM-rapport het debat naar een focus op veranderende systemen, patiëntveiligheid en motiveerde het ziekenhuizen om tot veilige werkwijzen over te gaan. Vijf jaar later melden Leape en Berwick (JAMA, May, 18, 2005-Vol 293, No. 19), dat hoewel deze pogingen effect hebben op veiligheid in de marge, hun invloed moeilijk te zien is in de statistieken. Er bestaat geen nationaal monitoring systeem voor patiëntveiligheid. Een recente poging van het Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2005) om een nationale schatting te maken, toonde weinig verbetering. Leape en Berwick noemen als barrières voor veiligheidsbevordering van medische zorg de toenemende complexiteit van zorg, de heersende cultuur binnen de geneeskunde, onder anderen de nadruk op professionele autonomie, de fragmentatie van zorg, maar ook het gebrek aan leiderschap. Initiatieven op het gebied van kwaliteitsnormering van zorg lijken primair te komen van gezondheidsjuristen, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en toezichthouders en van de medisch wetenschappelijke verenigingen.

3.3 Herinrichting van het zorgproces

De bevolking vergrijsst en het aantal behandelmogelijkheden voor ziekten groeit. Hierdoor stijgt de vraag naar zorg en wordt deze complexer, waardoor de druk op de eerstelijnsgezondheidszorg toeneemt. Door de vergrijzing van de bevolking verschuift de afbakening van taken van cure naar care. Dit stelt eisen aan de manier waarop de zorg is ingericht en

vraagt eerder om meer verbindingen tussen beroepsbeoefenaren en voorzieningen, dan om strikte afbakeningen van taken en verantwoordelijkheden. Waar het om gaat is het (h)erkenen van de vragen van de patiënt.

Inmiddels is er een groot aantal projecten in uitvoering of reeds afgerond, gefocust op kwaliteit en transparantie. Een goed voorbeeld daarvan is het Sneller Beter programma 'Herinrichting van het zorgproces'. Het gaat om herinrichting van behandeltrajecten voor bepaalde patientengroepen. Dit zijn zorgprogramma's waarbij gestreefd wordt naar een verkorting van de doorlooptijd voor diagnostiek en behandeling en van de ligduur van patiënten, zaken die de zorg voor de patient betrouwbaarder en veiliger maken. Deze verandering van het zorgproces kan tot meer efficiency leiden en mogelijk tot gezondheidswinst. Binnen het Sneller Beter programma voeren 24 ziekenhuizen verbeterprojecten uit op de logistiek. Uit evaluatieonderzoek van het NIVEL (2007) blijkt dat verbeterprojecten alleen slagen als de betrokken artsen, verpleegkundigen, stafmedewerkers en managers deelnemen en enthousiast zijn over het project.

De bereidheid om te investeren in kwaliteit is afhankelijk van de mate waarin een project duidelijke resultaten of waardevolle inzichten oplevert. Kenmerkend is, dat de projecten zijn gebaseerd op een model voor continue probleemoplossing. Uit het onderzoek blijkt dat dit model niet alleen op de werkvloer wordt toegepast. Directies maken concrete kwaliteitsdoelen en – normen tot onderdeel van het ziekenhuisbeleid en ze maken hierover prestatieafspraken met de afdelingen.

De relatie tussen kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing is nog geen dagelijkse gang van zaken, terwijl de noodzaak tot kostenreductie in bijna ieder ziekenhuis aanwezig is. Sneller Beter ziekenhuizen worden dan ook door de directie gestimuleerd om voor projecten een kosten – baten analyse op te stellen, zowel beschreven in kwalitatieve als kwantitatieve (financiële) termen en vanuit verschillende belanghebbenden. De medische professe moet een eind maken aan het vrijblijvende karakter van haar interne kwaliteitsbeleid. Patiënten, verzekeraars en ziekenhuizen willen zicht krijgen op de kwaliteit van hun artsen. Kwaliteit van zorg is een maatschappelijk fenomeen geworden.

Het succes van het zorginkoopstelsel hangt, zoals gezegd, onlosmakelijk samen met de mate waarin zorgverzekeraars actief aan de slag gaan met selectie en gedifferentieerde contractering (onder meer preferred providers). Vanuit de veronderstelling: hoge kwaliteit is lage kosten wordt kwaliteit op termijn het belangrijkste aspect bij de zorginkoop. Nu wordt nog voornamelijk geselecteerd op prijs en kwaliteit.

Met hetgeen in het voorgaande aan de orde is geweest hangt het volgende item nauw samen: disease management, ketenzorg en preventie.

4 Ketenzorg, disease management en preventie

Onder kwaliteit van zorg moet ook worden verstaan de bevordering van de volksgezondheid en de realisatie van ketenzorg (zie brief RVZ: 'De strategische beleidsagenda zorg 2007-2010'). De zorgcontractering kent nog te weinig ambitie op het vlak van de zorginnovatie, die nodig is gelet op de veranderende en toenemende zorgvraag. Aandachtspunt daarbij is: ketens van cure, care en en preventie ofwel disease management (DM). Disease management is een integrale benadering van zorg waarbij de gehele zorgketen van een ziekte of aandoening wordt geoptimaliseerd. Nederland heeft vooral op het terrein van diabetes ervaring met disease management opgedaan. Initiatieven voor deze aanpak breiden zich uit naar hartfalen, CVA, depressie, palliatieve zorg, gewrichtsklachten, COPD en bij enkele zeldzame aandoeningen. Disease management onderscheidt zich van de individuele gezondheidszorg door de programmatische en systematische aanpak. Disease management is niet alleen gericht op de curatieve aspecten van de zorg voor chronisch zieken, maar ook op preventie en op care. Er is voldoende bewijs dat preventie bij een aantal chronische aandoeningen bijdraagt aan het bereiken van gezondheidswinst en meer kwaliteit van leven (vroegdiagnostiek in de eerste lijn bij bevolkingsgroepen, screeningsprogramma's).

Tot nu toe zijn zorgverzekeraars vooral vanuit de eerstelijns actief bezig met het stimuleren en vormgeven van ketenzorg. Daarbij richten zorgverzekeraars zich in eerste instantie op het stroomlijnen van processen, maar ook wordt gekeken hoe de financiering stimulerend kan werken voor de ketenzorg. Zorgverleners worden daarbij door zorgverzekeraars aangesproken op kwaliteit, inhoud van de zorg en innovatie. De initiatieven richten zich op versterking van de eerste lijn door de verbetering van de samenwerking, vroege diagnostiek en invoeren van geprotocolleerde behandelwijzen. Organisatie van ketenzorg waarbij hulpverleners uit eerste en tweede lijn zijn betrokken komt minder voor.

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 afspeelen en voor een kleiner deel in de tweede lijn. De contractant is meestal de huisarts of een eerstelijnszorggroep. Op het terrein van (primaire) preventie doen zorgverzekeraars nog weinig.

Een belangrijke rol is weggelegd is voor de zorgverzekeraars om de klant te laten zien hoe de zorgverzekeraar zich profileert als belangenbehartiger van zijn klanten, door zichtbaar te maken wat hij voor de klant betekent op het

terrein van inkoop, kwaliteit, kosten en preventie. Naast het bevorderen van gezondheid van verzekerden kan ook klantenbinding een belangrijk argument zijn om preventieve activiteiten in de markt te zetten.

Conclusie: kwaliteit van zorg is afhankelijk van de mate van DM, gezondheidswinst hangt af van goede preventie, niet alleen het medisch - technisch handelen is van belang. Een nieuwe visie op kwaliteit van patientenzorg is in ontwikkeling. Een andere veelbelovende strategie om de kwaliteit en zorguitkomsten te verbeteren, is meer ketenzorg en preventie te bieden met behulp van een geïntegreerde eerste lijn. Zorgverzekeraars zullen zich dus meer moeten richten op het inkopen van ketenzorg en preventie en op afspreken ter zake met de eerste lijn.

5 Conclusies en aanbevelingen

In de probleemstelling (hoofdstuk I) van de achtergrondstudie ‘Kwaliteit van zorgcontractering’ hebben wij als centrale vraag gesteld: kunnen wij de zorgverzekeraar als inkoper van zorg interesseren voor kwaliteit met andere woorden, hoe komt kwaliteit op de agenda?

Uit literatuuronderzoek, gesprekken en extern uitgevoerd onderzoek is veel naar boven gekomen, waarvan in het onderstaande een overzicht wordt gegeven in de vorm van conclusies. De opsomming is niet uitputtend.

1. De gezondheidszorg is sterk in beweging. Klassieke factoren zoals de demografische verschuivingen (vergrijzing), medisch-technologische ontwikkelingen, patiëntenemancipatie (inclusief consumentisme) werken onverminderd door. Ingrijpend is ook de invoering van de Zvw. Ook de bijbehorende wijziging in sturingsfilosofie van aanbod- naar vraagsturing heeft vergaande consequenties. Er wordt meer overgelaten aan het samenspel van drie belangrijke actoren: patiënt/verzekerde, zorgaanbieder en verzekeraar. Dit geldt zeker ook voor kwaliteit.
2. Mensen overleven steeds meer een ernstige ziekte, maar vaak met restverschijnselen. Dit geeft des te meer aanleiding tot het nadenken over invoering van geïntegreerde zorg en ketenzorg waarbij preventie een nadrukkelijker rol krijgt. Ketenzorg begint (en eindigt) bij de eerstelijns. Per DBC-kwaliteitsindicator wordt beschreven waaraan de DBC moet voldoen, zodat partijen tot afspraken kunnen komen over kwaliteit.
3. Gewenst is een meer transparante DBC-structuur: minder DBC's en meer keten-DBC's.
4. Kwaliteit is naast een medische, een maatschappelijke opgave geworden. Een opgave die de zorgaanbieder niet meer alleen kan vervullen. Hij zal het met de patiënt en de zorginkoper moeten doen.
5. Transparantie van geleverde kwaliteit van zorg moet worden vergroot. Het meet- en zichtbaar maken van kwaliteit en van kwaliteitsverschillen is van groot belang voor de werking van het gezondheidszorgsysteem, inclusief zorgcontractering.
6. Zorginkoop lijkt nog weinig effect te hebben op de patiëntervaringen. Uitgaande van de gedachte dat de verzekeraar inkoop doet namens de klant (en dus de opdrachtnemer is in een uitbestedingsrelatie), moet de klant een rol spelen als opdrachtgever in deze relatie.

7. Zorgverzekeraars doen weinig op het terrein van preventie. Preventie past wel in het nieuwe zorgstelsel bij de professionele zorginkoop.
8. Alleen door zich meer te richten op de inkoop van kwaliteit, kunnen zorgverzekeraars zichzelf profileren en bewijzen als belangenbehartiger van hun klanten: patiënten en verzekerden.

Literatuur

Boelema, B. Kwaliteitsbewuste zorginkoop door zorgverzekeraars. *Kwaliteit in Beeld*, 2005, p. 18-19.

College voor Zorgverzekeringen. *Onderhandelen over kwaliteit van zorg*. Diemen: CVZ, 2004.

Harteloh, P.P.M. *De betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg: van intuïtie naar rationele reconstructie*. Proefschrift. Rotterdam: EUR, 2000.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg. Meerjarenbeleidsplan 2008-2011*. Den Haag: IGZ, 2007.

Institute of Medicine. *To Err is Human. Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America. Washington D.C.: IOM, 1999.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. *Kans of risico voor de zorg, kwaliteitsafspraken bij DBC-contractering*. Utrecht: KNMG, 2005.

Leape, L.L. and D.M. Berwick. *Five Years After to Err is Human. What Have We Learned?* *Jama*, 2005, 293, no. 19.

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. *Herinrichting van het zorgproces. Sneller Beter programma*. Utrecht: NIVEL, 2007.

Nederlandse Zorgautoriteit. *Hoe geven zorgverzekeraars invulling aan hun zorgplicht. Thematisch onderzoek*. Utrecht: NZa, 2007.

Nederlandse Zorgautoriteit. *Monitor special: de rol van de ZBC's in de ziekenhuiszorg*. Utrecht: NZa, 2007.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *De strategische beleidsagenda 2007-2010*. Den Haag: RVZ, 2007.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Vertrouwen in de arts*. Den Haag: RVZ, 2007.

Royal College of Physicians. *Doctors in society*. Londen: RCP, 2005.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Zorginkoop: Achtergrondstudie Zoetermeer*. RVZ, 2007.

Bijlage 7

Lijst van afkortingen

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AMC	Academisch Medisch Centrum
ANGO	Algemene Nederlandse Gehandicapten Organisatie
ATC	Algemene Thuiszorg Centrale
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOSK	Vereniging van motorisch gehandicapten en hun ouders
CAPS	Consumer Assesment Health Plan Survey
CG-Raad	Chronisch zieken en Gehandicapten Raad
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CQ	Consumer Quality
CVA	Cerebro Vasculair Accident
dbc	diagnose-behandelcombinatie
DMP	disease management program
HQID	Hospital Quality Incentive Demon
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IOM	Institute of Medicine
ggz	geestelijke gezondheidszorg
HMO	Health Maintenance Organization
LPC	Locale Productie Component
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NPCF	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NVSP	Nationale Vereniging sjögrenpatiënten
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OMS	Orde van Medisch Specialisten
pgb	persoonsgebonden budget
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
V.S.	Verenigde Staten
WGBO	Wet geneeskundige behandelovereenkomst
WMCZ	Wet medezeggenschap cliënten zorgsector
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
zbc	zelfstandig behandelcentrum
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 8

Literatuur

Agis Zorgverzekeringen. Handelen in zorg. Strategisch zorginkoopbeleid Agis 2007-2010. Amersfoort: Agis Zorgverzekeringen, 2006.

ANBO/NPCF. Van goede Zorginkoop verzekerd. Utrecht: Anbo: NPCF, 2007.

Atos Consulting. De Zorgverzekeraar: als een vis in 't water? Utrecht: Atos Consulting, 2007.

Bannenberg, G. Inkoopmacht aan de klanten. *Zorgvisie*, 2006, 11, p. 47-48.

Boonen, L. en E. Schut. Effect van prikkels op keuze voor zorgaanbieders. *ESB*, 2007, 92, no. 4521, p. 651-653.

Busse, R. Disease Management Programs in Germany's Statutory Health Insurance System. *Health Affairs*, 2004, 23, no. 3, p 56-67.

Butcher, L. Biggest Health Care Purchasers Bullish on Care Management. *Managed Care Magazine*, 2007, p. 1-3.

Chalkley, M. and F. Khalil. Third party purchasing of health services: Patient choice and agency. *Journal of Health Economics*, 2005, 24, p. 1132-1153.

Cutler, D.M., M. McClellan and J.P. Newhouse. How does managed care do it? *RAND Journal of Economics*, 2000, 31, no. 3, p. 526-548.

Deas, T. *Health Care Value-Based Purchasing*. Elsevier Saunders, 2006, no. 16, p. 634-656.

Ecorys Nederland B.V. Effecten van het Vogelaarakkoord op de kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit patiëntenperspectief. Rotterdam: Ecorys, 2007.

Enthoven, A.C. and L.A. Tollen. Competition in Health Care. It takes Systems to Pursue Quality and Efficiency. *Health Systems*, 2005, no. 5, p. 420-432.

Enthoven, A.C., P.M.M. Wynand and Ph. D. van de Ven. Going Dutch – Managed-competition Health Insurance in the Netherlands. *The New England Journal of Medicine*, 2007, 357, no. 24, p. 2421-2423.

Fisher, E.S. Paying for performance – risks and recommendations. *The New England Journal of Medicine*, 2006, 335, no. 18, p. 1845-1847.

Goetzel, R. et al. Return on Investment in Disease Management: A Review. *Health Care Financing Review*, 2005, 4, no. 26, p. 1-19.

Hendriks, M. et al. Het meten van vertrouwen in de zorgverzekeraar: psychometrische eigenschappen van een Nederlandse vragenlijst. *TSG*, 85, no. 5, p. 280-286.

Higgins, J. Health policy: a new look at NHS commissioning. *British Medical Journal*, 2007, no. 334, p. 22-24.

Hofmarcher, M. en I. Durand-Zaleski. Contracting and pay-ing providers in social health insurance systems. In: Figueras, A. et al. *Social Health Insurance Countries in Western Europe* European Observatory on Health Care Systems and Policy Series. Open University Press: New York, 2004, p. 207-226.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Transparant en Veilig*. Den Haag: IGZ, 2007.

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. *Tools voor ketenzorg*. Utrecht: Stichting Ketennetwerk, 2007.

Lakerveld, A.A. Actuele stand van zaken ziekenhuisbekostiging. *Zorg & Financiering*, 2007, 3, no. 9a, p. 9-26.

Landelijke Huisartsen Vereniging. *Contractering tussen huisartsen en zorgverzekeraars. Borging en bevordering van zorgkwaliteit*. Utrecht: LHV, 2007.

Lee, P.V. and E. Hoo. Beyond Consumer-Driven Health Care: Purchasers Expectations of all plans. *Health Affairs*, 2006, 25, no. 6, p. 544-548.

Lewis, R., N. Curry and M. Dixon. GP's committed to making practice-based commissioning work but lack of support threatens key NHS reform, says new poll. *King's Fund*, 2007, p. 1-3.

Loos, E. en E. Mante-Meijer. *De kiezende burger en het nieuwe zorgstelsel*. Utrecht: Universiteit van Utrecht, 2007.

Marcille, J.A. Pay for performance opportunity and challenge for improving health care. *Manged Care*, 2005, 14, no. 12, p. 1-12.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van de minister Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal: Herziening Zorgstelsel. Den Haag: VWS, 24 september 2007.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van minister Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal: Reactie op NZa-rapport 'Invulling zorgplicht door zorgverzekeraars'. Den Haag: VWS, 2007.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van minister Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal: Met zorg ondernemen. Den Haag: VWS, 2007.

Most, J.M. van der. *De zorg of het geld*. Den Haag: Pels Rijcken & Drooglever Fortuijn advocaten en notarissen, 2007.

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars*. Utrecht: NIVEL, 2007.

Nederlandse Zorgautoriteit. *Monitor Ziekenhuiszorg 2007*. Utrecht: NZa, 2007.

Nederlandse Zorgautoriteit. *Zorgverzekeraar moet consument helpen bij de keuze*. Artikel op website: www.nza.nl/na/nieuws/zorgverzekeraar_consument_helpen

Nederlandse Zorgautoriteit. *Monitor Zorgverzekeringsmarkt. De balans*. Utrecht: NZa, 2007.

Nederlandse Zorgautoriteit. *Thematisch onderzoek Zorgplicht. Hoe geven zorgverzekeraars invulling aan hun zorgplicht?* Utrecht: NZa, 2007.

Nederlandse Zorgautoriteit. *Uitvoeringstoets Op weg naar vrije prijzen*. Utrecht: NZa, 2007.

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

Nyenrode Business Universiteit. *De toekomst van het Nederlandse zorgstelsel: opties en rollen van zorgverzekeraars*. Breukelen: Nyenrode Business Universiteit, 2007.

- Oosterbos, H. De patiënt als leidraad. *Medisch Contact*, 2007, 62, no. 49, p. 2038-2041.
- Pauly, M.V. Competition in Medical Services and the Quality of Care: Concepts and History. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2004, no.4, p. 113-130.
- Perrot, J. Different approaches to contracting in health systems. *Policy and Practice*, 2006, 84, no. 11, p. 859-865.
- Poel, P. van de. Less is more. *Zorgvisie Magazine*, 2007, no. 12, p. 24-27.
- Porter, M.E. en E.O. Teisberg. *Redefining Health Care*. Boston: Harvard Business School Press, 2006.
- Pounds, B.S. In Holland, Some See Model for U.S. Health-Care System. *The Wall Street Journal*, 2007, p. A1.
- Rosenberg, E. Patiënt in de watten. *NRC Handelsblad*, 7 oktober 2006.
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven. *Risicoverevening in de zorgverzekering. Een evaluatie en oplossingsrichtingen voor verbetering*. Rotterdam: EUR, 2006.
- Varkevisser, M., N. Polman en S.A. van der Geest. *Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen 'sturen'*. *Economisch Statistische Berichten*, 2006, no. 91, p. 38-40.
- Wal, G. van der en J.W. Heringa. *Naschrift*. *Nederlands Juristenblad*, 2007, no. 35, p. 2068-2074.
- Zorgverzekeraars Nederland. In- en verkoopgids DBC GGZ 2008*. Zeist/Amersfoort: ZN, 2007.

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?
- 07/04 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)
 Passend bewijs (2008)

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.

- VG 05/04 Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)
- VG 05/03 Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)
- VG 05/02 Genitale verminking in juridisch perspectief (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)
- VG 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

