

PROF. DR. EMILE CURFS

Regierol zorgverzekeraar: feit of fictie?

Maatschappelijk ondernemen
door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraar



Open Universiteit
www.ou.nl



Prof. dr. Emile Curfs

Regierol zorgverzekeraar: feit of fictie?

Maatschappelijk ondernemen door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraar



Open Universiteit
www.ou.nl



© Copyright E. Curfs, 2010

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored, in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission of the publishers.

Foto omslag: Mirianne Curfs-Theunissen

(kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg)

Grafische vormgeving: Team Visuele Communicatie, Open Universiteit

Redactie: Roel Hoekstra

ISBN: 978 90 358 1717 3

Printed in The Netherlands

Inhoud

Regierol van de zorgverzekeraar: feit of fictie?	7
Zorgen om de zorg: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid	9
Op weg naar een nieuw zorgstelsel met gereguleerde marktwerking	13
Een nieuw zorgstelsel met gereguleerde marktwerking	19
Regierol voor zorgverzekeraar	22
Onderzoek naar de regierol van zorgverzekeraars	29
Het onderzoeksprogramma van de leerstoel	39
Academische Onderzoekswerkplaats Zorgverzekeraars (AOZ)	56
Dankwoord	62
Literatuurverwijzingen	64
Bijlage 1: Vragen, gerangschikt naar aandachtsgebieden van het INK-managementmodel	68
Afkortingen	70
Noten	72



Regierol zorgverzekeraar: feit of fictie?

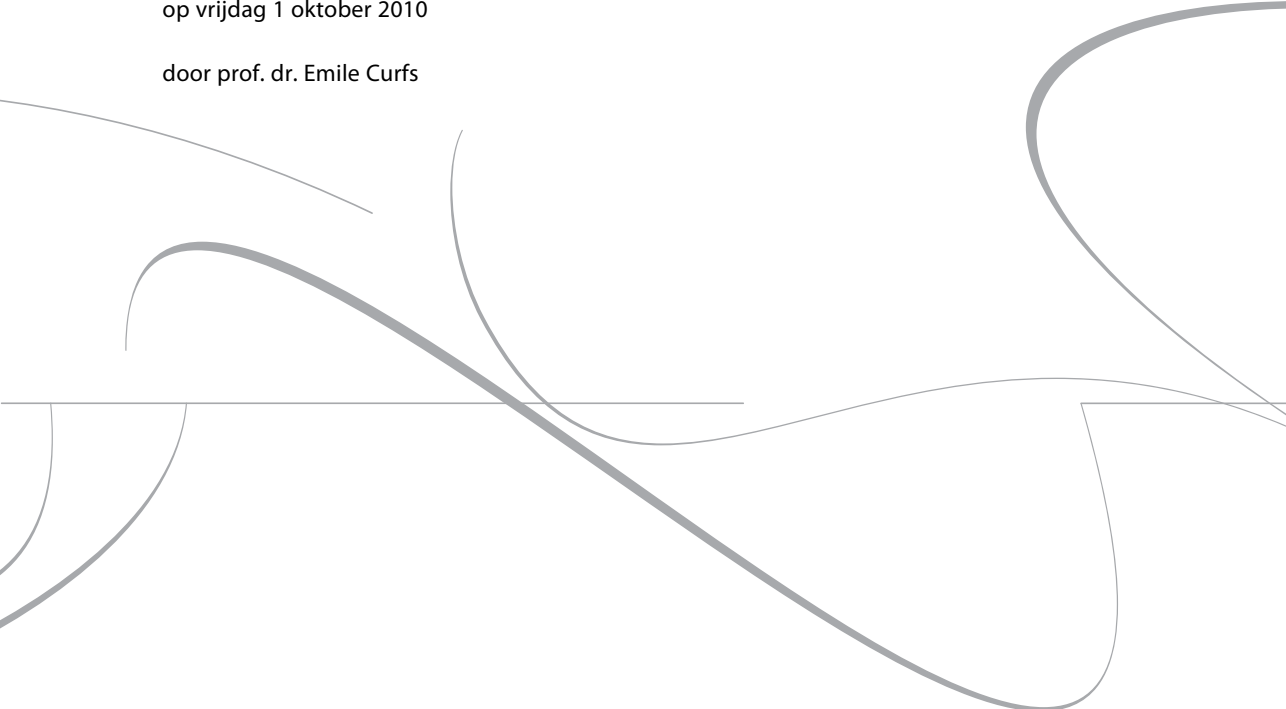
**Onderzoek naar het maatschappelijk
ondernemen door zorgverzekeraars**

Rede

In verkorte vorm uitgesproken bij de openbare aanvaarding
van het ambt van hoogleraar Maatschappelijk ondernemen
door zorgverzekeraars bij de Open Universiteit

op vrijdag 1 oktober 2010

door prof. dr. Emile Curfs





Regierol¹ van de zorgverzekeraar² : feit of fictie?

Geachte Rector Magnificus, beste collega's, familie en vrienden,

Toen mijn oudste kleindochter, Zoë, nog net zes jaren jong, hoorde dat ik vandaag een rede moest houden, vroeg ze of dat soms een buut zou worden, en ze keek daar zeer bedenkelijk bij. Voor wie niet weet wat een buut is: een buut is te definiëren als een maximaal elf minuten durende cabaretseke en carnavaleske voordracht die er doorgaans toe leidt dat de zaal plat ligt van het lachen. En dat nog voor de eerste minuut is verstreken.

Als geamuseerd toeschouwer besluit je tijdens zo'n buut spontaan dat je de grappen zult onthouden om ze later aan je vrienden te vertellen zodat die ook plat gaan van het lachen. Dan blijkt echter het onthouden en met succes doorvertellen van de grappen een volstrekt te hoog gegrepen ambitie. Een buut houden is dus moeilijk. Ik kon haar, mede daarom, geruststellen. Zoë, het wordt geen buut, zei ik. Het is een toespraak, een spreekbeurt zeg maar, maar die mag af en toe wel grappig zijn. Ik moest haar ook teleurstellen: mijn voordracht duurt langer dan elf minuten. Mijn kleindochter heeft ontegenzeggelijk een mooie wetenschappelijke carrière in het verschiet, en zo niet dan is ze bijzonder geschikt om toezichthouder in de zorg te worden, want ze vraagt stug door. Haar volgende vraag luidde: maar waarom trek je dan een jurk aan?

Tja, deze toga, de baret en ook het cortège, het gevolg van hoogleraren voorafgegaan door de pedel, zijn sinds vele eeuwen (Dirken 2001) onderdeel van academische rituelen en rituelen die belangrijk zijn binnen de universitaire wereld. Deze toga is trouwens niet ons dagelijks werktuig, mocht u dat denken, maar wordt alleen tijdens bijzondere gebeurtenissen, zoals deze oratie vandaag, gedragen. De academische rituelen worden wel eens met enige verbazing door de buitenwereld gade geslagen. Maar vrijwel iedereen ervaart het dragen van toga en baret en ook het cortège als een uitdrukking van belang en waardigheid.

Niet alleen de rituelen en rituelen, maar ook de taal en kennis, ervaringen en methoden en technieken van wetenschappelijk onderzoek binnen universiteiten en kennisinstututen liggen vaak (Wehrens e.a., 2008) ver verwijderd van het gedrag en de cultuur, het vakjargon en de professionele, vaak praktische en soms intuïtieve hands-on doel- en doegerichte kennis van professionals binnen zorgorganisaties. En als die afstand zo groot is, is het maar zeer de vraag of wetenschappers wel voldoende van de zorg (willen) begrijpen om met hun onderzoek een bijdrage te kunnen leveren aan resultaten als kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van die zorg. Resultaten die voor zorgaanbieders³ en zorggebruikers⁴ en daarmee voor de hele maatschappij zo belangrijk zijn.

Zorgorganisaties, zoals zorginstellingen, individuele zorgaanbieders of zorgverzekeraars zijn lang niet altijd betrokken bij de keuze van onderzoeksonderwerpen. Evenmin hebben ze zicht op de manier waarop en waarom die onderwerpen worden

onderzocht. De resultaten ervan belanden dan ook regelmatig in het ijzeren archief van de universiteit en worden zelden geïmplementeerd in de kwaliteitscyclus, activiteiten, processen en het beleid van zorgorganisaties. De bijdrage van deze onderzoeken aan de kwaliteit van de zorg is doorgaans dan ook beperkt.

Dat kan anders en beter, en daar gaat deze oratie over. Het is immers belangrijk dat u en ik zonder al te veel drempels toegang hebben en houden tot een goede en betaalbare zorg. Zorgverzekeraars moeten daarvoor zorgen, zo bepaalt de Zorgverzekeringswet die op 1 januari 2006 is ingevoerd (Zvw, 2005). Ze moeten op een slimme manier zorg inkopen zodat zorgaanbieders goede kwaliteit leveren tegen betaalbare prijzen. En zorggebruikers mogen verwachten dat die zorg afgestemd is op hun wensen. Zo eenvoudig is dat. Ware het niet dat eigenlijk niemand weet hoe dat nu precies moet. Daarom de vraag: is de regierol van zorgverzekeraars een feit of een fictie? Een ding is zeker: zorgverzekeraars kunnen het niet alleen. Dat geldt voor de zorg waar zij de schakel zijn tussen zorggebruikers en zorgaanbieders en de medewerking van beide 'partijen' hard nodig hebben. Dat geldt ook voor het uitvoeren van onderzoek dat ervoor moet zorgen dat er steeds meer zicht komt op hun regierol in de zorg en hoe ze die het beste kunnen uitvoeren. Daarvoor hebben ze onderzoekers nodig die kennis en kunde met hun delen zodat ze samen stap voor stap de zorginkoop kunnen verbeteren.

In deze oratie wordt toegelicht:

- waarom onderzoek dat zich richt op het verbeteren van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg in Nederland, en in het bijzonder op de regierol van de zorgverzekeraar als maatschappelijk ondernemer in de zorg, van belang is;
- hoe de regierol van de zorgverzekeraar eruit ziet, waaraan die rol is ontleend en of de regierol van de zorgverzekeraar nu een feit of toch een fictie is;
- waardoor het onderzoeksprogramma van deze leerstoel zich van ander onderzoek in Nederland onderscheidt en wat de toegevoegde waarde is;
- hoe de onderzoeksthema's in de leerstoel eruit zien;
- waarom het belangrijk is dat wetenschappers van de Open Universiteit en NIVEL samen met medewerkers van zorgverzekeraars en ook zorgaanbieders dit onderzoek uitvoeren, en hoe deze samenwerking in deze leerstoel in de Academische Onderzoekswerkplaats Zorgverzekeraars (AOZ) wordt vormgegeven.

Zorgen om de zorg: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Zorg is een belangrijke en kostbare sector

Zorg: belangrijk voor welzijn

Meer dan 16,5 miljoen Nederlanders (CBS, 2010) zijn afhankelijk van kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg⁵ (vanaf hier zorg). Nederlanders hechten grote waarde aan gezondheid en zorg. Als mensen gevraagd wordt wat het meest belangrijk voor de kwaliteit van hun leven is, wordt gezondheid, na de combinatie 'liefde, vriendschap, familie', het meest genoemd (Hooghuis en Vonk, 2009). De waarde die mensen aan zorg hechten wordt ook weerspiegeld in de aandacht die de politiek eraan schenkt.

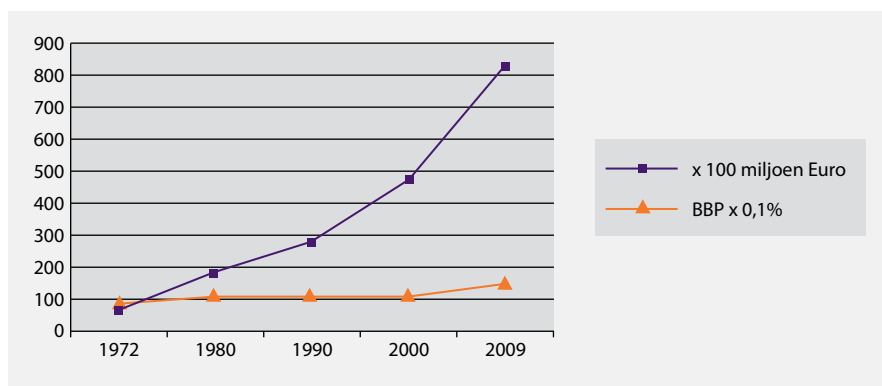
Zorg: belangrijk voor welvaart

In 2008 werkten ruim 1,2 miljoen mensen (866.000 fte) in de Nederlandse zorg. Een kwart van alle vrouwen is werkzaam in de zorg, evenals 14% van de mannen (CBS, 2009). Zorg is dus niet alleen van groot belang voor het welzijn maar ook voor de welvaart van Nederlanders.

Zorg is kostbaar

In Nederland werd in 2009 ruim € 83 miljard⁶ uitgegeven aan zorg en welzijn. Dat is bijna 14 maal zo veel als in 1972 (zie Figuur 1: Uitgaven aan zorg, bron CBS, 2009). Het aandeel van de zorguitgaven in het Bruto binnenlands product (BBP) bedroeg in 2009 bijna 15%. In 1972 was dat nog 9%.

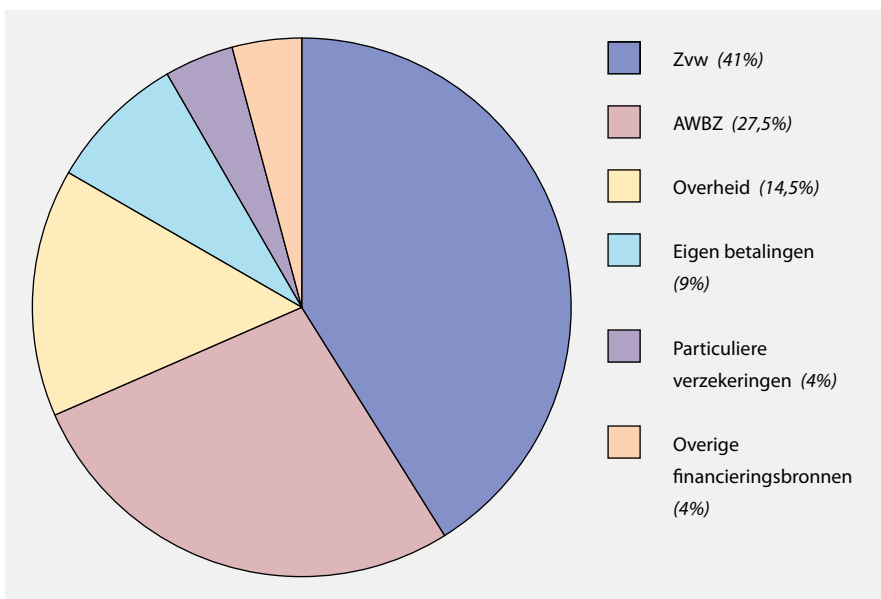
Figuur 1 Uitgaven aan zorg
Bron: CBS, 2009



Van de € 83 miljard van de zorgkosten komt ongeveer 60% voor rekening van *gezondheidszorg* (ziekenhuizen, geestelijk gezondheidszorg, huisartsen, tandartsen, paramedici en overige zorgaanbieders) en 40% voor *welzijnszorg* (ouderenzorg, gehandicaptenzorg, kinderopvang, jeugdzorg, internaten, sociaal-cultureel werk en overige verstrekkers) (CBS, 2010).

De kosten van zorg worden gefinancierd uit verschillende bronnen. De Zorgverzekeringswet draagt het meest, 41%, bij, de AWBZ ruim een kwart, 27%, en de overheid zelf 14,5%. De overige 17% is voor rekening van achtereenvolgens 'eigen betalingen', particuliere zorgverzekeringen en overige financieringsstromen (zie Figuur 2: Financieringsbronnen zorg) (CBS, 2010). Zorgverzekeraars voeren de Zvw, (grote delen van) de AWBZ en de aanvullende verzekeringen uit. Ook de financiering vanuit de overheid (bijvoorbeeld voor verzekerden jonger dan 18 jaar) gaat deels naar de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars zijn dus, in uitvoerende zin, bij uitstek de financiers van de zorg.

Figuur 2 Financieringsbronnen zorg
Bron: CBS, 2010



Betaalbaarheid zorg in gevaar

Financiering van de zorgkosten vindt vooral plaats vanuit de collectieve uitgaven⁷, de overheidsuitgaven voor de collectieve sector waaronder de zorg. Een onevenredige toename van zorgkosten leidt tot een ongewenste verslechtering van de internationale concurrentiepositie van Nederland in de wereld⁸. Als de totale collectieve uitgaven gelijk blijven bij stijgende zorgkosten, is er minder geld voor andere publieke sectoren als onderwijs. Hoewel betaalbaarheid niet eenvoudig

met objectieve maatstaven is vast te stellen, spelen deze overwegingen samen met de geaccepteerde mate van solidariteit een belangrijke rol in uitspraken hierover (Westert e.a., 2010).

Eigenlijk gaat het om het antwoord op de vraag: 'tot welke hoogte zijn we bereid de zorg collectief te financieren?' (Westert e.a., 2010). Dat maakt het interessant om te weten dat volgens de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ) de Nederlandse burger zorg heel belangrijk vindt, maar er niet extra voor wil betalen. En ook solidariteit in het zorgstelsel (met zijn allen betalen voor iedereen) staat hoog in het vaandel van de burger, maar niet als andere mensen meer geld hebben of ongezond leven (Hooghuis en Vonk, 2009).

Zeker nu de economische crisis het overheidstekort sterk heeft doen oplopen, staat de gezondmaking van de overheidsfinanciën hoog op de prioriteitenlijst van de overheid. Dat daarbij gekeken wordt naar een beheersing van de uitgaven in de collectieve sector waaronder de zorg, ligt voor de hand (Westert e.a., 2010).

Bestudering van de oorzaken van de stijgende zorgkosten⁹ leert dat deze niet gemakkelijk zijn te beïnvloeden. Het zijn immers vaak oorzaken die voor een aanmerkelijk deel buiten de invloedssfeer van overheid en zorg liggen. En voor zover ze wel zijn te beïnvloeden, heeft dat mogelijk consequenties voor andere belangrijke aspecten van de zorg, zoals toegankelijkheid, kwaliteit en solidariteit.

Idenburg en Van Schaik verwachten dan ook dat in de komende 15 jaar de kosten verder zullen stijgen naar € 130 tot € 140 miljard (Idenburg en Van Schaik, 2010). De vrees is dat, nog los van de te verwachten economische groei, de zorg onbetaalbaar wordt. In 2008 luidde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) de noodklok over de kosten in de zorg. Samengevat: er gaat te veel geld naar de zorg en bij ongewijzigde stijging blijft er te weinig over voor andere noodzakelijke uitgaven. De RVZ geeft ook een maat mee voor de betaalbaarheid: de groei in zorgkosten moet beperkt blijven tot maximaal tweemaal de economische groei (RVZ, 2008).

Zorgverzekeraars Nederland stelt in 2010 ook vast dat de zorgkosten de komende jaren blijven stijgen, maar vindt dat ook gewenst gezien de ontwikkeling van de zorgvraag en de gewenste behandelmethoden. Maar nog belangrijker vindt men de kwaliteit van de zorg: ZN wil waar voor zijn geld (ZN, 2010).

Het is duidelijk waarom zorgkosten blijven stijgen. Onduidelijk is welke stijging, bij gelijkblijvende financieringsbronnen, nog acceptabel is en welke mate van beheersing dan nodig is. En als puntje bij paaltje komt, is eigenlijk de financiering en niet de stijging van de zorgkosten het echte probleem en tegelijkertijd (een deel van) de oplossing. Immers, als de kosten niet worden gefinancierd uit de collectieve uitgaven, komen de internationale concurrentiepositie en de andere publieke sectoren daardoor niet in gevaar.

Betaalbaarheid¹⁰ en toegankelijkheid¹¹

De oplossingsrichting om de collectieve financiering van de zorg deels te verschuiven naar private financiering ligt dus voor de hand. Als de overheid (te) weinig invloed kan uitoefenen op de (beheersing van de) zorgkosten en daarmee de betaalbaarheid van zorg gevaar loopt, of de stijging van de collectieve lasten de concurrentiepositie van Nederland in gevaar brengt, moet de financiering van de zorg uit de collectieve uitgaven wel worden verlaagd. Dat kan bijvoorbeeld door meer eigen bijdragen en eigen risico's in te voeren en/of door verstrekkingen uit het basispakket te verwijderen zoals de RVZ in zijn rapport 'Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg' adviseert (RVZ, 2008)¹². Daarnaast blijft de noodzaak tot beheersing van zorgkosten ferm overeind, omdat door de verschuiving van de zorgfinanciering naar private betalingen, de toegang tot de zorg, bij een onbeheerste stijging van de kosten, alsnog in het geding is en (voor sommigen) onbetaalbaar wordt. Kijk maar naar de toegankelijkheid van zorg in de VS¹³.

Relatie betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid

Er is een zeker verband tussen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. Zo verkondigen zorgaanbieders graag dat een hogere kwaliteit van zorg ook meer kost. Een aantal politieke partijen benadrukt dat toegankelijkheid samenhangt met solidariteit en niet bevorderd wordt door beheersing van zorgkosten.

De Consumentenbond wijst in zijn rapport 'Bezuiniging gezondheidszorg' op een bijna tegengesteld verband: kwaliteit, vertaald in een doelmatige, veilige op vraag gerichte zorg die dicht bij de zorggebruiker wordt aangeboden waarbij zorgaanbieders nauw samenwerken, verhoogt de betaalbaarheid én de toegankelijkheid van de zorg. Om 'Amerikaanse toestanden' te voorkomen pleit de bond voor een model dat een inspanning vraagt van alle stakeholders in de zorg (Combée, 2010). Zorgaanbieders moeten meer gaan samenwerken: er komt eenvoudige zorg in grote gezondheidscentra waar huisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten nauw samenwerken en waar mensen terecht kunnen voor diagnose, advies en behandeling. Ziekenhuizen leggen zich in het voorstel van de bond toe op bijzondere ingrepen waar ze goed in zijn. Dus niet meer alle zorg in elk ziekenhuis. De bond is voor de introductie van inkomensafhankelijke bijdragen waarbij de zorgverzekeraar die bijdrage kan kwijtschelen als de zorggebruiker kiest voor kwaliteit. De zorgverzekeraars, inkopers van zorg en in uitvoerende zin de belangrijkste financiers van zorg, moeten extra worden geprikkeld om de juiste kwaliteit zorg in te kopen. Dat versterkt hun rol die ze na de invoering van de Zvw hebben gekregen. Bovendien wil de bond 'normale' salarissen voor professionals in de zorg.

Conclusie

Zorg is belangrijk voor het welzijn van en de welvaart in Nederland. Zorg is ook kostbaar. En de kosten zullen door demografische, technologische, emancipatoire, economische en politieke ontwikkelingen in de komende tijd alleen nog maar toenemen. Dat bedreigt de betaalbaarheid en daarmee de toegankelijkheid van zorg, maar ook de internationale concurrentiepositie van Nederland in de wereldeconomie. Dat laatste komt omdat de zorg voornamelijk wordt gefinancierd uit collectieve uitgaven. De kosten van de zorg moeten daarom niet alleen worden beheerst door bijvoorbeeld maatregelen die de Consumentenbond voorstelt, maar de financiering ervan zal ook (verder) moeten opschuiven van collectief naar privaat.

Op weg naar een nieuw zorgstelsel met gereguleerde marktwerking

Het leggen van een positieve relatie tussen betaalbaarheid, doelmatigheid en kwaliteit is niet nieuw. Decennialang heeft de overheid deze theorie omarmd. Of dit uit overtuiging gebeurde of om op die manier kostenbeheersing in de zorg aannemelijk en aanvaardbaar te maken, is niet duidelijk. Talloze voorstellen, adviezen, nota's, blauwdrukken en masterplannen zijn in de loop van de afgelopen 50 jaar de revue gepasseerd voordat in 2006 het zorgstelsel fundamenteel werd vernieuwd door de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet op de zorgtoeslag (Wzt) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) (Zvw, 2006; Wzt, 2006; Wmg, 2006). Maar ook nu, in 2010, zijn bezuinigingen in de zorg bijna dagelijks in het nieuws.

Kostenbeheersing in de zorg: noodzakelijk én weerbarstig door de jaren heen

De gedachtegang achter de feitelijke invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 en de betekenis van de regierol van de zorgverzekeraar daarin zijn beter te begrijpen als ze in het perspectief worden geplaatst van de ontwikkeling van het Nederlandse zorgstelsel in de laatste 70 jaar. De belangrijkste ontwikkelingen komen hier kort aan bod.

Rollen van overheid en zorgverzekeraars

De overheid heeft altijd onderkend dat gezondheid en zorg belangrijk zijn voor Nederlanders en heeft daarom ook de eindverantwoordelijkheid hiervoor geclaimd. Hoewel lang niet altijd even intensief, is de bemoeienis van de overheid dus niet iets van de laatste jaren. De verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars, en afgeleid daarvan hun rol en taak, voor het borgen en verbeteren van de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg, is in die jaren wel fors veranderd.

1941: Ziekenfondsbesluit: toegankelijkheid zorg neemt toe

Deze korte terugblik zou wat betreft de zorgverzekeraars kunnen beginnen in de middeleeuwen toen de eerste zorgverzekeringen ontstonden bij de ambachtsgilden. Maar echt interessant wordt het pas op 1 november 1941 als de Duitse bezetter met het Ziekenfondsbesluit de basis legt voor het naoorlogse Nederlandse Ziekenfondsstelsel (Van der Hoeven, 1989). Het is een verplichte zorgverzekering voor alle werknemers in loondienst van wie het loon een bepaalde grens, de loongrens, niet overschrijdt. De toegankelijkheid van de zorg neemt dan fors toe: in drie maanden tijd worden 3 miljoen werknemers ingeschreven (Van Bottenburg e.a., 1999; Teeuwen, 1998). De invoering van de loongrens formaliseert bovendien de bestaande scheiding tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Het ziekenfondspakket wordt landelijk vastgesteld en bestaat uit een bijna volledig pakket naturaverstrekingen¹⁴, net zoals nu nog het geval is. De financiering bestaat uit een procentuele en inkomensafhankelijke premie (Companje, 2002).

Periode 1945-1973

Kenmerken:

- De verzulde verzorgingsstaat wordt opgezet.
- Toegankelijkheid van zorg neemt toe: het zorgaanbod ontwikkelt zich sterk en vrijwel iedereen kan zich verzekeren tegen zorgkosten.
- De kosten nemen, aanvankelijk probleemloos (door de economische groei) toe.
- Vanaf 1970 stukt economische groei (o.a. oliecrisis) en worden kosten wel een probleem: eerste voorstellen voor een volksverzekering. Invoering blijft uit door onenigheid over inhoud (Blinkhof, 2007).
- De overheidsbemoeyenis is relatief gering.

Er bestaat in deze periode een brede 'waaier' van zorgverzekeringen: van particuliere (commerciële en 'bovenbouw'), ziekenfonds, vrijwillig ziekenfonds, publiekrechtelijke (ambtenaren, politie) tot bejaardenverzekeringen met verschillende soorten premies (nominale, procentuele, inkomensafhankelijke en afgestemd op risico's) en voorwaarden (Blinkhof, 2007).

Bijzonder is dat in 1966 het Ziekenfondsbesluit uit de bezettingstijd wordt vervangen door de Ziekenfondswet en op 1 januari 1968 de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) van kracht wordt.

Periode 1974-1986

Kenmerken:

- Sterk stijgende collectieve lasten, veroorzaakt door open-eind financiering van sociale wetten.
- Een stagnerende economie.
- Een toenemende afhankelijkheid van het individu van de staat.
- Sterk toenemende overheidsbemoeyenis in een poging om de collectieve lasten te beteugelen: Structuurnota Gezondheidszorg van Hendriks.
- Ondanks aanbodsturing tegenvallende resultaten toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg.

Om de zorgkosten te beheersen, presenteert staatssecretaris Hendriks in 1974 de Structuurnota Gezondheidszorg (Tweede Kamer, 1974). De samenhang tussen beheersing zorgkosten en kwaliteit en toegankelijkheid is in deze blauwdruk pregnant aanwezig. Door het creëren van één samenhangend, gecoördineerd systeem van voorzieningen, trapsgewijs opgebouwd en voorzien van centralistische stuur- en beheersinstrumenten met als voornaamste kenmerken echelonnering en regionalisering, wordt de realisatie van de drie maatschappelijke doelen bevorderd. Hendriks acht een verplichte volksverzekering noodzakelijk om de opgeknipte financieringsstructuur aan te pakken. Dit voorstel haalt het niet, maar de centralisering van overheidsbemoeyenis zet wel door.

Vanaf nu rekent de overheid zich de ordening van de hele zorg tot taak. De overheid claimt de eind- en hoofdverantwoordelijkheid voor een goed gestructureerd, democratisch en efficiënt werkend stelsel van gezondheidsvoorzieningen. De overheid bepaalt wie wettelijk recht heeft op zorg (sociale ziektekostenverzekeringen), welke voorzieningen daarvoor beschikbaar moeten zijn (WZV) en welke prijs daarvoor betaald moet worden (Wtg¹⁵) (Boot en Knapen, 2005).

In 1980 zijn de problemen in de zorg, ondanks de Structuurnota, nog steeds niet opgelost (Elsinga, 1997). De overmaat aan planningswetgeving resulteert niet in het aanbod van adequate, tijdige en beschikbare zorg tegen beheersbare kosten. De 48 ziekenfondsen zijn 'slechts' uitvoeringsorganisaties en kunnen hun omgeving nauwelijks beïnvloeden. Zij worden volledig gedictieerd door de overheid, de Ziekenfondsraad, koepelorganisaties en adviesorganen. Alles is strikt vastgelegd in wet- en regelgeving.

Periode 1987- 2006

Kenmerken:

- Het geloof in de maakbaarheid van de samenleving door overheidsregulering neemt sterk af, het geloof in marktwerking en decentrale besluitvorming neemt toe: terugtrekkende overheid¹⁶ (Okma, 2009).
- Veel aandacht voor gezondheidszorg: kosten nemen fors toe.
- Nota 2000 (1986): uitgangspunt is gezondheid, niet ziekte of zorg¹⁷: van aanbodgericht naar vraaggericht¹⁸.
- De Commissie Dekker¹⁹ (1987) adviseert:
 - introductie gereguleerde marktwerking en realisatie nieuw verzekeringsstelsel. Alleen zo zullen alle wezenlijke elementen als doelmatigheid, solidariteit, flexibiliteit, keuzevrijheid en rechtvaardigheid, een evenwichtige plaats krijgen;
 - confrontatie verzekerde met gemaakte kosten. Vrije keuze verzekerden voor zorgverzekeraar, pakketsamenstelling en eigen risico;
 - een meer gelijkwaardige onderhandelingsrelatie tussen zorgaanbieders en verzekeraars (opheffen contracteerplicht en maximumtarieven).

De kabinetten Lubbers II en III (1986-1994) nemen de plannen van de Commissie Dekker grotendeels over en werken hard aan een stelselwijziging. De nota 'Verandering verzekerd' (1988) stelt dat doelstellingen in de zorg beter gerealiseerd kunnen worden via marktwerking dan via wet- en regelgeving. Deze doelstellingen zijn:

- Zorginkoop moet in de ogen van de verzekerden het onderscheidende vermogen van zorgverzekeraars worden.
- Zorgaanbieders zullen doelmatige en kwalitatief goede zorg leveren omdat ze anders geen contract met de zorgverzekeraars kunnen sluiten.
- Zorgverzekeraars²⁰ mogen zelf ook zorgaanbod ontwikkelen.
- Overheid behoudt het recht in te grijpen in ongewenste situaties.

Vanaf dit moment zijn de verhoudingen tussen de actoren zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorggebruikers fundamenteel veranderd. De AWBZ wordt gebruikt als voorloper van de basisverzekering. Naast overheveling van verrichtingen naar de AWBZ wordt ook voor het eerst een nominale premie in de ziekenfondsverzekering ingevoerd. Het nieuwe zorgstelsel lijkt dichtbij, maar zal nog geruime tijd op zich laten wachten.²¹

De twee Paarse kabinetten (PvdA, VVD en D66, 1994-2001) kiezen voor een incrementele invulling van voorstellen van Dekker. Het plan voor een basisverzekering wordt tijdelijk opgeschort, maar kostenbeheersing en het bevorderen van doelmatigheid blijven centraal staan: een zinnig en zuinig beleid (JOZ²², 1997). Het adviesstelsel wordt ingrijpend gewijzigd. Er ontstaan wachtlijsten in de zorg: de kostenbeheersing door aanbodsturing door het Budgettair Kader Zorg (BKZ) is onvoldoende om de toenemende zorgvraag op te vangen. De economische opleving eind jaren '90 maakt het mogelijk om miljoenen extra in de zorg te investeren waardoor wachtlijsten verdwijnen én de zorgkosten sterk toenemen. De nieuwe service 'wachtlijstbemiddeling' bij verzekeraars ontstaat.

In 1995 (Nota 'Zorg in het regeerakkoord') wordt de ordening van echelons van Hendriks vervangen: er ontstaan drie compartimenten gebaseerd op de financiering van de zorg:

1. AWBZ: Langdurige zorg (Care) en onverzekerbare risico's (ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg).
2. Ziekenfonds, particuliere en publiekrechtelijke verzekeringen: 'gewone' ziektekosten (ziekenhuizen, medische specialisten, huisartsen, paramedische zorg en geneesmiddelen (Cure)).
3. Aanvullende verzekeringen of eigen betalingen; vrije marktwerking: aanvullende thuiszorg, privé-klinieken, delen van fysiotherapie en tandheelkunde voor volwassenen.

De nota 'Vraag aan bod' (VWS, 2001) benoemt de volgende knelpunten:

- de dominante centrale aanbodsturing die onvoldoende ruimte geeft aan partijen kwalitatief hoogwaardig en doelmatig te functioneren;
- het zorgaanbod is te weinig gericht op de zorgvraag;
- het zorgaanbod is te weinig transparant;
- het duale karakter (ziekenfonds en particuliere verzekering) van de verzekering frustrereert een doelmatige zorginkoop en zorgregie door verzekeraars, keuzemogelijkheden voor verzekerden en solidariteit voor gezondheidsrisico's.

De conclusie: aanbodregulering heeft bijgedragen aan een goede kwaliteit, spreiding van zorgaanbod en kostenbeheersing, maar is zijn doel voorbijgeschoten.

De oplossing: een nieuw zorgstelsel met twee complementaire pijlers. De eerste pijler kenmerkt zich door herijking van bestaande aanbodregulering, vernieuwing van het

prijs- en bekostigingsstelsel, vernieuwing van het aanbod en verbetering van de informatievoorziening.

De tweede pijler wordt gevormd door aanpassingen in het verzekeringsstelsel zoals invoering basisverzekering, integratie AWBZ en basisverzekering en overheveling AWBZ naar zorgverzekeraars en een geleidelijke introductie van meer marktwerking. De overheid behoudt hierbij de taak ten aanzien van opleidingen, topklinische zorg en collectieve preventie.

Balkenende I (2002) 'leeft' maar 87 dagen, maar minister Bomhof komt tot het volgende:

- formulering recht op zorg, in aanzet;
- versnelde experimentele invoering 17 DBC's²³;
- afschaffing overbodige regels;
- zorgverzekeraars krijgen een rapportcijfer (wens);
- uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen.

Het kabinet besluit tot een basisverzekering op privaatrechtelijke grondslag (Paarse kabinetten wilden een publiekrechtelijke grondslag), ingaand in 2005 met volledig nominale premies voor verzekerden, een procentuele premie voor werkgevers en een inkomenssubsidie voor de laagste inkomens. Het verstrekkingenpakket is hetzelfde als in de vigerende ziekenfondsverzekering.

Balkenende II (2003-2006) wordt geconfronteerd met een recessie. Kostenbeheersingen in de zorg staan weer voor de deur. Hoogervorst verkleint het ziekenfondspakket en voert de no-claimteruggaveregeling in.

Hoogervorst pareert vervolgens alle kritiek, zet stug door, de geesten zijn er rijp voor (Blinkhof e.a., 2010). Wat niemand in de voorafgaande jaren lukte²⁴, is een feit: de invoering van de Zorgverzekeringswet. Na decennialange discussies tussen politiek en marktpartijen kan de invoering van de Zvw worden beschouwd als het (voorlopige) slotakkoord van deze discussie.

Naschrift historie

In de afgelopen 70 jaar bleek het kostenprobleem hardnekkiger dan de talrijke oplossingen uit de overheidsmaatregelen. Maatregelen die vaak het resultaat waren van compromissen tussen verschillende opvattingen van politieke partijen en van het 'polderen' tussen stakeholders als zorgverzekeraars en zorgaanbieders (Blinkhof, 2007; Okma, 2009). Maar ook de tijdsgeest van wereldwijd verspreide filosofieën die op dat moment het beste leken om grote maatschappelijke problemen van een adequate oplossing te voorzien, is in de maatregelen te herkennen (Alexander e.a., 1996). Telkens opnieuw bleek zowel de beheersing van de zorgkosten als de gewenste verbetering van kwaliteit niet te zijn bereikt. Zelden of nooit werd het credo van de overheidsmaatregelen 'door meer kwaliteit (doelmatigheid, betere structuur, meer samenwerking, betere afstemming, ontschotting van financiering etc.) minder kosten' bewaarheid.

Feit is dat de inhoudelijke, professionele kwaliteit in die 70 jaar is toegenomen, door differentiatie en specialisatie van de zorgaanbieders en ontwikkelingen in technologie en farmacie. Ook vergeleken met andere Europese landen is de professionele kwaliteit van de zorg goed te noemen (Westert e.a., 2010), maar andere aspecten van kwaliteit zoals kwaliteit die de zorggebruiker ervaart, inclusief een transparante informatie hierover (Delnoij, 2009) kent nog voldoende verbeterpunten.

Dat heeft er uiteindelijk toe geleid dat, naar goed Nederlands gebruik, het nieuwe zorgstelsel eclectisch is samengesteld uit het 'beste' van de vrije marktprincipes en overheidsplanning. En de invoering verloopt, uiteraard, gefaseerd en gecontroleerd door de overheid. De overheid heeft hiervoor met de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) een toezichthoudend orgaan in het leven geroepen dat de overgang naar een gereuleerde marktwerking moet begeleiden.

Een nieuw zorgstelsel met geregleerde marktwerking

Meer kwaliteit, betere toegang en betaalbare zorg

Op 1 januari 2006 vervangt de Zvw, als verplichte basisverzekering²⁵ voor iedere inwoner²⁶ in Nederland, het vigerende duale zorgverzekeringstelsel. Na talrijke pogingen (Blinkhof, 2007) en vele jaren is nu in één klap en met verrassend weinig politiek debat of oppositie vanuit de stakeholders in de zorg²⁷ (Okma, 2009) het onderscheid tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden opgeheven.

Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht voor de basisverzekering. De bekostiging van de Zvw (en daarmee van de zorgverzekeraars) is voor iedere Nederlander gelijk en volgt de voorstellen van de kabinetten Balkenende. Ongeveer de helft van de financiering is inkomensafhankelijk en wordt ingehouden door werkgevers en in een staatsfonds gedeponereerd. Van daaruit wordt dit geld verdeeld over zorgverzekeraars waarbij rekening wordt gehouden met de verschillende risicoprofielen in hun verzekerdenbestand. De andere helft van de inkomsten bestaat uit door de zorgverzekeraar geheven nominale premies. Mensen met lagere inkomens (ongeveer 40% van de bevolking) krijgen subsidie, zorgtoeslag genoemd. Dit is geregeld in de Wzt (Wzt, 2006). Hierdoor realiseert de overheid de gewenste solidariteit tussen jong en oud en ziek en gezond.

Met de Zvw formaliseert de overheid het denkmodel van de geregleerde marktwerking van de Commissie Dekker uit 1987. De uitgangspunten van de Zvw bevorderen dat de zorggebruiker zelf kiest waar hij zijn zorg haalt en bij wie hij zich verzekert. Daarmee zal volgens de overheid de zorg kwalitatief beter, meer toegankelijk en meer beheersbaar worden.

Model van de geregleerde marktwerking: de strijd in drie zorgmarkten

De Zvw alleen is onvoldoende om de gewenste geregleerde marktwerking in gang te zetten. Daarom is op 1 oktober 2006 de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) in werking getreden (Wmg, 2006). Met deze wet kan de overheid meer marktwerking mogelijk maken, maar ook de zorgmarkten meer reguleren door²⁸:

- de tarieven en prestaties te reguleren;
- zorgaanbieders en zorgverzekeraars te verplichten om aan patiënten en verzekerden goede informatie te geven zodat zij kunnen kiezen bij welke zorgaanbieder zij het beste terecht kunnen en met welke verzekeraar zij in zee willen gaan en welke polis voor hen het meest geschikt is (Friele e.a., 2010).

De regulerende rol vindt vooral plaats door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Maar zorgverzekeraars vallen ook onder het toezicht van de Autoriteit Financiële Markten (AFM), De Nederlandsche Bank (DNB), de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMA), de Algemene Rekenkamer, de Inspectie voor de Gezondheidszorg,

het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en de Archiefinspectie. Met zoveel verschillende toezichthoudende organen is het wel duidelijk dat de marktwerking gereguleerd wordt.

De geregleerde markt, in gang gezet door de Wmg en de Zvw en mede mogelijk gemaakt door de Wzt, bestaat feitelijk uit drie markten:

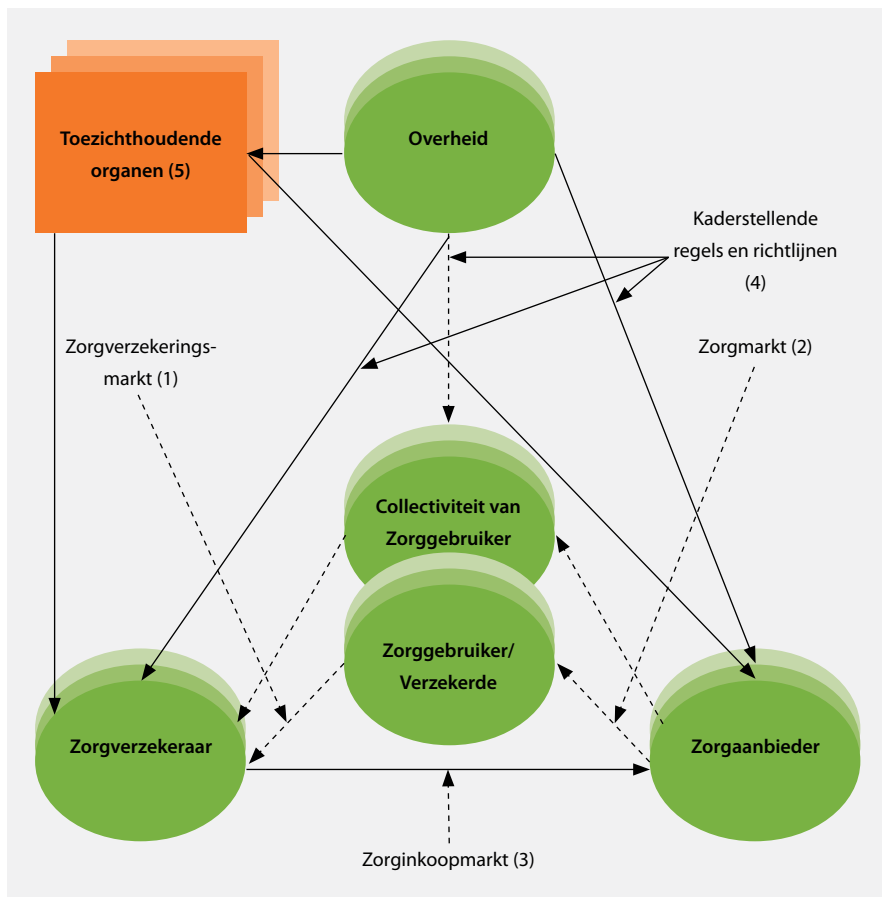
1. de zorgverzekeringsmarkt
2. de zorgmarkt
3. de zorginkoopmarkt.

Die markten, zo legt de Raad voor de Zorg (RVZ, 2008) uit, moeten als volgt gaan werken (zie Figuur 3: Stakeholdersprisma: onderlinge relaties van stakeholders in een geregleerde zorgmarkt²⁹).

Er vindt een 'strijd' plaats tussen:

- zorgverzekeraars om de gunst van de verzekerden (1);
- zorgaanbieders om de gunst van de zorggebruiker (patiënten willen de beste zorg) (2)³⁰;
- zorgaanbieders om de gunst van (contracten met) de zorgverzekeraars (selectieve zorginkoop) (3).

Figuur 3 Stakeholdersprisma: onderlinge relaties van stakeholders in een gereguleerde zorgmarkt



Legenda:

- (1): *Zorgverzekeraar* strijdt om de gunst van de verzekerden/collectiviteiten
- (2): *Zorgaanbieder* strijdt om de gunst van de zorggebruiker/collectiviteit
- (3): *Zorgaanbieder* strijdt om de gunst van de zorgverzekeraar
- (1) en (2): *Zorggebruiker* kiest de *zorgverzekeraar* en *zorgaanbieders*
- (4): *Overheid* stelt de kaders (regels en richtlijnen) waarbinnen de gereguleerde marktwerking moet functioneren, alsmede voor de overgang naar een marktgeruleerde zorg (NZa en NMa)
- (5): *Toezichthouders* houden toezicht op de uitvoering van de gereguleerde marktwerking

Regierol voor zorgverzekeraar

De invoering van de Zvw heeft een grote impact op zorgverzekeraars. Uit het model van gereguleerde marktwerking van de overheid blijkt hoe cruciaal de inkooprol^{31 32}, het uitvoeren van selectieve zorginkoop, van zorgverzekeraars is. De RVZ zegt hierover: '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 belangen³³ in de gezondheidszorg: kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid' (RVZ, 2008).

Deze uitspraak van de RVZ steunt op de volgende gedachten, die voorwaardelijk zijn om de hierboven genoemde markten in de zorg naar wens te laten functioneren:

- Door selectief in te kopen dwingt de zorgverzekeraar de zorgaanbieder de kwaliteit te leveren die nodig is en die de zorggebruiker vraagt.
- De verzekerden of collectiviteiten³⁴ van verzekerden dwingen de zorgverzekeraar de gewenste kwaliteit in te kopen, anders vertrekken ze naar een andere zorgverzekeraar ('stemmen met de voeten').
- De verzekerde heeft slechts behoefte aan zorg die verantwoord, veilig, klantvriendelijk en doelmatig is.
- De zorgverzekeraar dwingt ('stuurt') de verzekerde in het kiezen van zijn zorg in een bepaalde richting.
- De inkoopende zorgverzekeraar is de vertegenwoordiger van zijn verzekerden, gezond of ziek.

Ook De Groot dicht zorgverzekeraars een belangrijke rol toe. Zorgverzekeraars zijn maatschappelijk ondernemers^{35 36 37} in de zorg en in die rol hoort volgens De Groot dat de zorgverzekeraar 'de spin in het web' van de zorg is (De Groot, 2005). Anders gezegd: de zorgverzekeraar dient de regierol in de zorg op zich te nemen. Die regierol komt erop neer dat de zorgverzekeraar een aanzienlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Zorg³⁸ is toebedeeld (De Groot, 2005).

De op 1 januari 2006 ingevoerde Zorgverzekeringswet (Zvw) bepaalt dat de zorgverzekeraar een 'zorgplicht' (Zvw, 2006) heeft. Deze zorgplicht kan op drie manieren worden uitgeoefend:

1. door zorg in te kopen en die aan te bieden aan de zorggebruiker (naturavariant);
2. door de kosten van verleende zorg te vergoeden (restitutievariant);
3. door een mix van deze twee vormen aan te bieden.

Bij de verstrekking in natura neemt de zorgverzekeraar tegenover de verzekerden vérstreckende verplichtingen op zich: de verzekerde heeft recht op zorg die tijdig moet worden geleverd en van toereikende kwaliteit moet zijn. Een risicovolle³⁹ opgave maar wel de variant waarin de zorgverzekeraar, in zijn regierol, de meeste invloed kan uitoefenen op de verstrekking van zorg.

Alle sombere overpeinzingen van De Groot in 2005 ten spijt, wordt vandaag de dag de naturavariant door de vier grote zorgverzekeraars (CZ Groep, Achmea, Univé-VGZ-IZA-Trias en Menzis) waarbij ongeveer 90% van de Nederlanders verzekerd zijn voor zorg, bij voorkeur aangeboden aan hun verzekerden. Dat is niettemin opmerkelijk omdat de argumentatie van De Groot onverminderd geldt. De verklaring hiervoor is ook niet heel duidelijk. Ligt het aan de lange historie als naturaverstrekker die deze zorgverzekeraars als ziekenfonds achter de rug hebben, of is het een bewuste keuze om het maatschappelijk ondernemerschap als regisseur vorm te geven? En weegt dit zwaarder dan het ongemak en de last van de vergaande verantwoordelijkheid die deze keuze met zich meebrengt? Misschien is het wel toe te schrijven aan het feit dat zorgverzekeraars bij de invoering van de Zvw optimistisch waren over hun rol (Blinkhof, 2007). Zij zagen, en zien wellicht nog, mooie kansen om de rol van zorginkoper namens hun verzekerden uit te voeren.

Ook de overheid beschouwt zorginkoop als hét adequate instrument om in het model van de gereguleerde zorgmarkt de regie te voeren. Zorginkoop is daarmee een aanvulling op wet- en regelgeving voor borging van de publieke belangen van de Zorg (RVZ, 2008).

De Zvw legt veel nadruk op kwaliteit van zorg. Kwaliteit van zorg wordt door selectieve zorginkoop van zorgverzekeraars gestimuleerd en ter beschikking gesteld aan hun verzekerden. Dat kunnen zorgverzekeraars doen omdat zij, namens de overheid en hun verzekerden, de belangrijkste financier van zorginstellingen en zorgaanbieders in Nederland zijn. Niet alleen voor de wettelijk bepaalde verstrekkingen uit de hoofdzekerings, maar ook voor de verstrekkingen die (deels) uit de aanvullende verzekeringen worden vergoed.

Keuze voor kwaliteit van zorg

Centraal in de gereguleerde marktwerking in de zorg staat de keuzevrijheid van de zorggebruiker. Op de zorgverzekeringsmarkt biedt de Zvw een ruime keuze voor zorggebruikers om hun behoeftes in te vullen. Bijvoorbeeld door wie en waar wordt zorg verleend, de keuze uit een naturapolis of een restitutiepolis of voor een zorgverzekeraar die zorgbemiddeling en/of een vergoeding verstrekt voor niet gecontracteerde zorg. Bij de keuze kunnen ook de hoogte van de nominale premie tussen verschillende verzekeraars, de keuze van het zelf gekozen eigen risico en eventuele kortingen door deelname aan een collectiviteit worden meegenomen. Ook kan een keuze worden gemaakt uit aanvullende verzekeringen van verschillende omvang en inhoud (Westert e.a., 2010). Als een zorggebruiker een keuze wil of moet maken voor de beste kwaliteit zorg, moet daarover wel informatie voorhanden zijn. Transparantie daarover is een vereiste en daarmee voorwaarde voor het functioneren van de drie deelmarkten in de zorg (Delnoij, 2009).

Maar wat is kwaliteit van zorg?

Een eenduidige definitie voor kwaliteit is er niet. Kwaliteit kent, afhankelijk van de meest betrokken actoren en stakeholders vele dimensies en aspecten. Kwaliteit wordt

ook wel een kwestie van perceptie genoemd. Er zijn vele interpretaties en definities van kwaliteit in de zorg. De volgende zijn van belang.

In het perspectief van de kwaliteit van zorg spelen, naast de overheid, drie actoren een grote rol (zie Figuur 3: Stakeholdersprisma):

1. De zorggebruiker die uiteindelijk bepaalt of hij de zorg van goede kwaliteit vindt. Die afweging vindt plaats op basis van de wisselwerking tussen de verwachte kwaliteit (expected quality) en de ervaren kwaliteit (experienced quality) (Grönroos, 1982).
2. De zorgaanbieder, die met zijn deskundigheid, procesbeheersing en intermenselijke bejegening de kwaliteit van zorg vormgeeft.
3. De zorgverzekeraar die bij zijn (selectieve) zorginkoop met (de kwaliteitbeleving van) beide partijen rekening moet houden. Hij vormt de trait d'union tussen zorgaanbieder en zorggebruiker.

In de Zvw wordt de zorgvrager begrijpelijkerwijs als uitgangspunt genomen. Daarom is het van belang het begrip kwaliteit vooral vanuit deze stakeholder te benoemen. Delnoij (2009) formuleert dat als volgt:

- Toegankelijke zorg: goed bereikbaar en tijdig beschikbaar.
- Goede communicatie en informatie: begrijpelijk en aansluitend op de behoefte van de zorggebruiker.
- Respectvolle bejegening: voldoende aandacht voor de zorggebruiker, die voelt zich gehoord en begrepen.
- Regie bij de zorggebruiker: zoveel mogelijk behoud van zelfstandigheid en mee kunnen beslissen over zorg en behandeling.
- Deskundige medewerkers.
- Organisatie van zorg die aansluit bij de wensen en behoeften van de zorggebruiker.
- Continuïteit van zorg: een goede samenwerking tussen zorgaanbieders.
- Effectieve en veilige zorg: zorg die naar de ervaring van de zorggebruiker bijdraagt aan een betere gezondheid en/of kwaliteit van leven.
- Inzicht in kosten van zorg en vergoedingen door de zorgverzekeraar.

Toegankelijkheid wordt hier als een dimensie van kwaliteit weergegeven. Bij de maatschappelijke belangen wordt toegankelijkheid apart genoemd vanwege het grote belang hiervan. Toegang tot gezondheidszorg is immers een sociaal grondrecht (Van der Meer, 1998). Toegankelijke zorg betekent volgens Smits e.a. (2002) dat personen, die zorg nodig hebben, 'op tijd en zonder grote drempels toegang hebben tot zorgverlening'. Aspecten van toegankelijkheid zijn: de kosten, de reisafstand, de wachttijden, de mate waarin het aanbod tegemoet komt aan de behoefte en vraag van burgers, het personeelsaanbod in de zorg en de keuzevrijheid (Westert e.a., 2010).

Betaalbaarheid, op zijn beurt, kan als een vorm van toegankelijkheid worden gezien, en dus ook van kwaliteit⁴⁰. Ook betaalbaarheid is een apart genoemd maatschappelijk belang, maar dat kan gezien het belang dat vooral de politiek eraan hecht geen verrassing zijn. Betaalbaarheid voor de overheid heeft twee niveaus:

- Het macroniveau: hoeveel geld hebben we als land over voor de zorg?
- Het individuele microniveau: kan een individuele burger de premies en eigen bijdragen opbrengen en zo toegang tot de zorg houden?

Kwaliteit wordt in dienstverleningsprocessen vaak ingedeeld in dimensies als professionele, technische, functionele en relationele kwaliteit.

In de zorg geeft *professionele kwaliteit* de mate aan waarin de zorg volgens de deskundigheid van de zorgaanbieder voldoet⁴¹ en in welke mate de zorg tot stand is gekomen en toegediend is volgens de regels der kunst (Meijer, 2010). Het gaat om inhoudelijke deskundigheid.

Technische kwaliteit geeft aan wat de consument ontvangt en heeft betrekking op de kerndienst; dat wat feitelijk wordt geleverd. Bij zorg is dat bijvoorbeeld de mate waarin het resultaat (bijvoorbeeld wegnemen van de pijn) voldoet aan de verwachting.

Bij functionele kwaliteit staat de 'hoe'-vraag centraal. Op welke wijze is het dienstverleningsproces verlopen. De interactie met de omgeving en de zorgaanbieders speelt daarbij een grote rol. Voelt de klant zich prettig bejegend? Is de omgeving waarin de zorg wordt genoten aangenaam? Hier spelen ook de beheersing en verbetering van de processen die tot het resultaat leiden (proceskwaliteit) een rol (van Schijndel en Berendsen, 2007).

Relationele kwaliteit geeft de mate aan waarin de zorggebruiker zich met respect behandeld voelt door de zorgaanbieder. Hoe gaan zorgaanbieders om met de zorggebruikers? Het gaat hier om de intermenselijke relatie. De uitdrukking 'Kwaliteit is mensenwerk' past hierbij (Grönroos, 1982). Relationele kwaliteit is zeker in situaties waarin er intensief contact is tussen dienstverlener en klant, zoals in de zorg, een factor van belang.

Van de Ven e.a. (Van de Ven e.a., 2009) operationaliseren in de evaluatie van de Zvw en de Wzt, kwaliteit in de zorg als:

- veiligheid
- effectiviteit (doeltreffendheid)
- tijdigheid: de juiste zorg op het juiste moment
- klantgerichtheid.

Deze beschrijving komt redelijk overeen met de beschrijving van verantwoorde zorg in de nota 'Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg'⁴²: doeltreffend, doelmatig, veilig, patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Belangrijk in deze nota is dat kwaliteit afgeleid is van het concept 'Kwaliteit van leven': mensen moeten ondersteund worden om zoveel mogelijk het leven te kunnen leiden zoals ze dat willen en gewend zijn, en de dingen kunnen doen die ze, gelet op hun mogelijkheden en beperkingen, zelf belangrijk en zinvol vinden. Professionele kwaliteit van zorgaanbieders en een professionele zorgorganisatie worden hier voorwaarden voor verantwoorde zorg genoemd⁴³ en hiermee feitelijk ondergeschikt gemaakt aan de kwaliteit zoals die vanuit de zorgvrager kan worden gezien.



De Zorgbalans, waarin het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) de tussenstand opmaakt van de prestaties van de Nederlandse Zorg en die internationaal vergelijkt, heeft het over de systeemdoelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid (Westert e.a., 2010). Het RIVM geeft geen eigen definitie van kwaliteit maar refereert aan de definiëring van het Institute of Medicine uit 2001: 'doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person, and having the best possible results'. Het zijn aspecten van kwaliteit die essentieel worden geacht voor de zorggebruiker: effectiviteit, veiligheid, tijdigheid en vraaggerichtheid.

Kwaliteit en zorginkoop

Hoe kan de zorgverzekeraar door selectieve zorginkoop ervoor zorgen dat de ingekochte zorg voldoende kwaliteit voor de zorggebruiker bezit? Naar mijn opvatting door een inkoopmodel te introduceren en te hanteren waarin een PDCA-cirkel⁴⁴ in het zorginkoopproces is opgenomen. In dit zorginkoopproces, met daaraan gekoppeld het zorgleverproces door de zorgaanbieder, participeren zorggebruikers én zorgaanbieders. Eerst inventariseert de zorgverzekeraar met inbreng van de zorggebruikers⁴⁵ de zorgvraag (de P(lan)-fase). Bij het inventariseren maakt de zorgverzekeraar gebruik van statistische gegevens en bewerkingen van (zorg)data waarmee hij op basis van bijvoorbeeld morbiditeit, demografie, trends, lifestylecomponenten, regionale invloeden, resultaten van preventieprogramma's, budgetten, cultuuraspecten en andersoortige informatiebronnen de kennis vanuit het verleden en het heden zo goed mogelijk vertaalt naar de toekomst. Die uitkomst gevoegd bij de wensen van de zorggebruikers en ingebed in de eigen visie van de zorgverzekeraar op de structuur en organisatie van de zorg binnen het stelsel⁴⁶ geeft vorm aan de inkoopbehoefte. Die inkoopbehoefte wordt in perspectief geplaatst van de Nationale atlas Volksgezondheid⁴⁷ van de RIVM. De informatie uit de atlas wordt verrijkt met transparante informatie over de kwaliteit van zorg en zorgaanbieders (met daarin alle elementen van kwaliteit die belangrijk zijn voor de zorggebruikers zoals bejegening, wijze van levering, resultaat, afstemming van zorg, toegankelijkheid, specialisatie, deskundigheid en ervaring van zorgaanbieders) (onderdeel P-fase). Deze informatie wordt door de zorgaanbieders aangevuld met nieuwe informatie over innovaties, verbeteringen, nieuwe succesvolle behandelconcepten, preventie et cetera en voorzien van transparante prijzen (P-fase). Dan kan de zorgverzekeraar vervolgens besluiten bij wie hij welke zorg in welke volumes en voor welke prijs en tijdsperiode inkoopt ten behoeve van zijn zorggebruikers en bij wie hij niet inkoopt (D(o)-fase). Dit besluit kan transparant worden gecommuniceerd naar zorggebruikers en zorgaanbieders zodat zicht is op de inspanningen van de zorgverzekeraar en het resultaat hiervan (D-fase).

Vervolgens start het zorgleverproces van de zorgaanbieder aan de zorggebruikers (voor de zorgaanbieder een D-fase, voor de zorgverzekeraar en de zorggebruikers de C(heck)-fase). De zorgverzekeraar mag er vanuit gaan dat zorgaanbieders daarbij kwaliteitsmanagement toepassen (evenals hijzelf natuurlijk) en de evaluaties daarvan (onderdeel PDCA-cirkel) met de zorgverzekeraar deelt. De zorggebruikers beoordelen de geleverde zorg en waarderen die (C-fase). Dat kan door deelname aan een waarderingsonderzoek door de zorgaanbieder en/of door een waarderingsonderzoek door de

zorgverzekeraar (bijvoorbeeld CQ-index⁴⁸). Ook informatie uit de bronnen waarmee de input van de zorgvraag is 'gevuld', zoals een verzekerdenpanel, kan weer worden benut, inclusief informatie afkomstig van de zorgaanbieders zelf (C-fase). Op basis van deze informatie, gevoegd bij de nieuwe informatie over de volgende P-fase, wordt het inkooptraject geïjkt en verbeterd (A(ct)-fase).

Het in een cyclisch verlopend proces verbinden van zorgwensen, zorginkoop en zorgaanbod en klanttevredenheid, daarvan leren en er transparant over publiceren leidt tot continue verbetering van de kwaliteit van zorg. Het cyclisch proces van zorginkoop en zorglevering monitoren en samen met de zorgverzekeraar onderzoeken levert een dubbelslag in het verbeteren op. Niet alleen het product, de inhoud van het proces (zorg) verbetert maar ook het inkoopproces zelf. Kwaliteitsmanagement wordt zo verbetermanagement en de zorgverzekeraar een lerende organisatie die in staat is om zich steeds meer te passen aan veranderende eisen van zorggebruikers, overheid en zorgaanbieders (vrij naar Ahaus, 1998, 2005). Wie geïnteresseerd is in implementatie van dit of een ander verbeterproces, kan wijze lessen leren uit de invoersaanspak van Ahaus en Diepman (1998, 2005).

In het verlengde hiervan ligt dat het zorginkoopproces geprofessionaliseerd moet worden in die zin dat naast kennis van de zorgvraag en het zorgaanbod ook kennis en kunde van het inkoopproces in al zijn facetten nodig is. In hun boek 'Professioneel inkopen' besteden Gelderman en Albronda (2007) bijzondere aandacht aan het professionaliseren van de inkoopfunctie o.a. door het beschrijven van initiatieven en benaderingen die voorkomen in de inkooppraktijk. Zoals het MSU-inkoopmodel⁴⁹ met onder andere een routekaart voor strategische processen voor de integratie van leveranciers in het inkoopproces, voorbeelden voor het managen van leveranciersrelaties, training van inkoopmedewerkers en het toepassen van benchmarks. Organisaties gebruiken het model om de professionaliteit van de inkoopfunctie te meten. Het stelt organisaties in staat de huidige en de gewenste situatie te bepalen. Benchmarks stimuleren de uitwisseling van best practices binnen en tussen organisaties (van Assen e.a., 2010).

Ook de Kraljic-matrix is zo'n hulpmiddel voor de zorginkoop. De Kraljic-matrix wordt gebruikt om een adequate inkoopstrategie per product te ontwikkelen, waarbij de risico's van toelevering worden afgezet tegen de invloed die de geleverde producten en onderdelen op het financiële resultaat van de uitbesteder hebben. De matrix onderscheidt vier verschillende producten met elk een adequate inkoopstrategie (Van Assen e.a., 2010):

- strategische producten (hoog leveringsrisico en een grote financiële impact) die doorgaans schaars en duur zijn: *partnerschap*;
- hefboomproducten, met een laag leveringsrisico en een grote financiële impact: *tenderen*;
- knelpuntproducten, met een lage financiële impact en een hoog leveringsrisico: *voorkeurspositie bij leverancier creëren*;
- routineproducten, met een laag financieel en leveringsrisico: *met minder leveranciers minder doen*.

Ondanks de nodige bezwaren, zoals het gemis van de rol van de klant in de Kraljic-matrix (RVZ, 2008), is het toch de moeite waard om deze matrix toe te passen op de zorginkoop. Het doet er niet zo veel toe of de matrix volledig is toe te passen. Alleen al door het gebruik ontstaat er immers een beweging om de inkoop effectiever en efficiënter te maken (vrij naar Van Asselt e.a., 2010).

En natuurlijk lijkt dit gemakkelijker dan dat het is. Zo is het in de zorg uiteindelijk de zorggebruiker die aangeeft of hij tevreden is over de zorg. Alleen 'dé zorggebruiker' bestaat niet. Klanten hebben verschillende behoeften, voorkeuren en verwachtingen. Twee klanten zullen dezelfde dienst dan ook anders ervaren. En ook andere belangrijke voorwaarden, waaronder transparante informatie, zijn nooit volledig ingevuld. En tegenstanders zullen beweren dat dit proces is gestoeld op vermeende maakbaarheid van de zorginkoop en het zorginkoopproces en dus gedoemd is te mislukken, vooral door de complexiteit in de zorg. Of dat de administratielast in de zorg hier weer door stijgt. En natuurlijk is de zorg geen echte markt en als het dat wel was, zou het tekort aan sommige zorgaanbieders het keuzeprocess nadelig beïnvloeden. Maar ook in al deze gevallen is een cyclisch zorginkoopproces, met PDCA, nuttig omdat het leidt tot gemeenschappelijk inzicht in het probleem, mogelijkheden voor oplossingen en in elk geval tot verbeteringen van het zorginkoopproces. En juist daarom is het goed om dit soort ideeën samen, zorginkopers en onderzoekers, vorm te geven, uit te testen, te onderzoeken en het goede ervan te behouden en toe te passen.

Onderzoek naar de regierol van zorgverzekeraars

Van probleemstelling naar vraagstelling

De Nederlandse overheid heeft in de naoorlogse jaren, meestal vergeefs, getracht om via het bevorderen van kwaliteit en aanbodsregulering de kosten van de zorg te beheersen. En lukte het wel een keer om via aanbodsturing de kosten te beheersen, dan verslechterde de toegang tot de zorg dramatisch. Het zorgstelsel is in 2006 geheel vernieuwd. De maatschappelijke doelstellingen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid zijn niet veranderd. En opnieuw moet kostenbeheersing via het verhogen van de kwaliteit worden bewerkstelligd, maar nu met behulp van het model van geregleerde marktwerking (vraagsturing). Dan ligt het voor de hand om te vragen of het stelsel met de geregleerde marktwerking wel gaat werken. En zo ja, of een succes op het terrein van de maatschappelijke doelstellingen kan worden toegeschreven aan de geregleerde marktwerking. En zo ja, aan welke elementen daarvan. En zo nee, onder welke voorwaarden de geregleerde marktwerking dan misschien wel kan werken. En of aan die voorwaarden kan worden voldaan.

In het onderzoek van de leerstoel ligt de focus op de regierol van de zorgverzekeraar in de geregleerde markt, vooral omdat die rol cruciaal is voor de werking van het stelsel. En ondanks dat maatschappelijke doelstellingen niet snel zijn te verwezenlijken, heeft de overheid veel vertrouwen in geregleerde marktwerking. Minister Klink zegt in 2008: 'er is geen beter alternatief' en herbevestigt hiermee de belangrijke rol van de verzekeraars (Klink (2008)). Klink onderkent de soms tegenstrijdige belangen van verzekeraars, zorgaanbieders en zorggebruikers en vindt dat de verzekeraars door selectieve zorginkoop een katalyserende rol moeten spelen. Hoewel de zorg een imperfecte markt is en evenals zorginkoop complex en gevoelig richting klanten, rekent hij op het oplossend vermogen van wat een soort poldermodel lijkt: het betrekken van alle partijen bij de selectieve zorginkoop. Daarom zegt hij in de komende jaren de uitbouw van de selectieve zorginkoopfunctie te ondersteunen met een aantal randvoorwaarden en prikkels. Een antwoord op de vragen of de aanwezige voorwaarden voldoende zijn voor verzekeraars om de maatschappelijke doelstellingen te realiseren en hoe zij de zorginkoop in de komende jaren vorm gaan geven en wat dat betekent voor de eigen organisatie, de zorgaanbieders en de patiënten, blijft van groot belang voor de zorg in Nederland.

De vraagstelling in de leerstoel heeft uiteraard betrekking op de gevolgen van de (inkoop)acties van zorgverzekeraars voor de maatschappelijke doelen en de andere betrokken partijen waarvan zorggebruikers en zorgaanbieders de belangrijkste zijn.

Voordat de probleemstelling, in feite het toetsen van de oplossing 'geregleerde marktwerking middels de regierol van de zorgverzekeraar' voor de maatschappelijke problemen, zijn vertaling vindt in meer gedetailleerde onderzoeksthema's, wordt eerst de vraag aangesneden of het onderzoek in de leerstoel naar de regierol van de zorgverzekeraar wetenschappelijk van toegevoegde waarde is. Om die vraag te beantwoorden maken we eerst een kleine tour d'horizon langs andere onderzoeken naar zorg en zorgstelsel in Nederland.

Evaluatieve onderzoeken naar Zvw, Wzt en Wmg

Het nieuwe zorgstelsel is 'pas' in 2006 ingevoerd en de invoering was complex (Van de Ven e.a., 2009). Bovendien zal de overgang van 'centrale aanbodsturing door de overheid' naar een gereguleerde marktwerking ('zorginkoop door zorgverzekeraars') geleidelijk aan plaatsvinden met de hulp van toezichthoudende organen. Onderzoek naar de werking van de gereguleerde marktwerking in de zorg is daarom nog slechts beperkt mogelijk. Toch zijn er al evaluaties uitgevoerd, waaronder die van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet op de zorgtoeslag (Wzt) van Van de Ven e.a. (2009), waarvan in Figuur 4 een korte samenvatting, en van de Wet marktwerking gezondheidszorg (Wmg) van Friele e.a. (2009), met een korte samenvatting in Figuur 5.

De resultaten van deze twee evaluaties bevestigen dat het stelsel nog (lang) niet is uitontwikkeld. Een gereguleerde markt blijkt nog niet zo eenvoudig te creëren en in te vullen. De verschillende stakeholders moeten op zijn minst nog wennen aan de hun toebedeelde taak en rol (Figuren 4 en 5).

In het nieuwe zorgstelsel staat de kwaliteit van zorg centraal. Die kwaliteit moet worden gestimuleerd door selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars. Maar zorgverzekeraars zijn terughoudend daarmee omdat zij de effecten ervan op hun klanten niet goed kunnen inschatten. Vaak zijn er ook gewoon te veel belemmeringen om selectief te kunnen inkopen, bijvoorbeeld in het A-segment van ziekenhuizen of een tekort aan bepaalde zorgaanbieders (Westert e.a., 2010). En soms wordt selectief inkopen zelfs bestraft (door ex-post verevening) (Van de Ven e.a., 2009).

Ook vanuit de kant van zorggebruikers gaat er nog geen stimulerende werking op kwaliteit uit. In de keuze voor een zorgverzekeraar bijvoorbeeld, is de hoogte van de verzekeringspremie belangrijker dan de kwaliteit van de ingekochte zorg. Ook het zorgaanbod van zorgaanbieders wordt zelden door zorggebruikers kwalitatief vergeleken (Delnoij, 2009; Vektis, 2010).

Zorgaanbieders zijn op hun beurt zeer terughoudend om hun kwalitatieve prestaties transparant te publiceren terwijl dat toch een eerste voorwaarde is om überhaupt een keuze te kunnen maken. Zij verwachten hier eerder negatieve dan positieve effecten van (Friele e.a., 2009; Delnoij, 2009).

Als het niet precies gaat zoals verwacht, reageren toezichthouders en overheid afwachtend of met meer regels of vallen terug in aanbodsturende maatregelen als het BKZ (Friele e.a., 2009).

Figuur 4 Overzicht ZonMw-evaluatie van de Zorgverzekeringswet (Friele e.a., 2009)

Evaluatie Zvw en Wzt
Centrale evaluatievragen
<ul style="list-style-type: none"> - Op welke wijze worden de Zvw/Wzt in de praktijk toegepast? - Welke eventuele knelpunten en problemen doen zich daarbij voor? - Geven deze bevindingen in het licht van de doelstelling van de Zvw/Wzt aanleiding de wet of het beleid te wijzigen?
Resultaten
<p>Per saldo positief met enkele ernstige problemen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zvw en Wzt zijn maatschappelijk en politiek een succes. Niemand heeft gepleit voor een terugkeer naar een stelsel met ziekenfonds en particulier verzekerden. - Brede instemming om jaarlijks een andere zorgverzekeraar of zorgpolis te kunnen kiezen. - Solidariteit ten aanzien van zorgverzekeringen is toegenomen door opheffen onderscheid ziekenfonds - particulier. Hetzelfde basispakket is voor iedereen beschikbaar, zonder premiedifferentiatie naar gezondheid. - Zorgverzekeringsmarkt is sterk competitief. - Zorgverzekeraars ontplooiën in toenemende mate zorginkoopactiviteiten. - Dankzij de Zvw staat kwaliteit van zorg nu op de agenda.
Rol zorgverzekeraar
<ul style="list-style-type: none"> - Inkoop is vooral mogelijk in extramurale zorg, in geringe mate intramuraal (DBC). - Intramurale zorg wordt nog beheerst door centrale aanbodsturing. - Zorgverzekeraars zijn huiverig voor selectieve inkoop omdat verzekerden dat niet willen, maar maken wel steeds meer gebruik van contractuele afspraken om doelmatigheid te bevorderen. - Inkooprol wordt bemoeilijkt door: <ul style="list-style-type: none"> - disfunctionerende bekostigingssystematiek van ziekenhuizen; - gebrek aan voldoende goede prestatie-indicatoren; - tekortschietend aanbod van zorgverleners; - aanwezigheid van meeliftproblemen bij zorginkoop; - praktische problemen bij het sturingsinstrument 'gedifferentieerd eigen risico'; - substantiële ex-post kostencompensaties voor ziekenhuiszorg (A-segment).
Problemen en oplossingen
<p>Problemen en oplossingen ter stimulering zorginkoopactiviteiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verhogen financieel risico zorgverzekeraar door vermindering huidige uniforme ex-post kostencompensaties. - Zorgplicht bij restitutiepolissen is niet duidelijk. Leveringsplicht bij naturapolissen evenmin. Oplossing: Goede informatie over verschil tussen natura- en restitutiepolis. Meer toezicht op zorgplicht bij restitutiepolis en leveringsplicht bij naturapolis. - Beperken van het belang van de aanvullende verzekering (bindt vooral chronische zorggebruikers aan zorgverzekeraar). - Verlagen nominale premie ten koste van verhoging inkomensafhankelijke bijdrage.

Het nieuwe zorgstelsel heeft nog niet de beoogde maatschappelijke doelen bereikt en de stuwende kracht hierachter, de overgang naar een gereguleerde marktwerking komt met de nodige moeite op gang (Friele e.a., 2009). Toch zijn de onderzoekers van de evaluatie van de Zvw en de Wzt 'per saldo positief'. Dat ligt in lijn met de ambitie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Die blijft ondanks de gevolgen van de economische crisis voor de zorg onverminderd hoog: een zorgsysteem van hoge kwaliteit met een goede toegankelijkheid, dat doelmatig is en ook in de toekomst betaalbaar blijft (Klink, 2009).

De regierol van de zorgverzekeraar wordt in de evaluaties globaal onderzocht, in de evaluatie van de Zvw meer dan in die van de Wmg, en niet diepgaand uitgespit. Ook de consequenties van selectieve zorginkoop op zorgaanbieders en zorggebruikers komen nauwelijks aan bod. Dat is in een evaluatieonderzoek ook niet te verwachten en dat blijkt. Belangrijk is wel dat de rol van selectieve zorginkoop, samen met zorgverzekeraars, secuur en praktisch moet worden onderzocht zodat de resultaten hiervan in de praktijk tot verbetering van de zorginkoop leiden.

Figuur 5: Overzicht ZonMw-evaluatie van de marktwerking gezondheidszorg (Friele e.a., 2009)
 Vektis: Zorgthermometer 2010

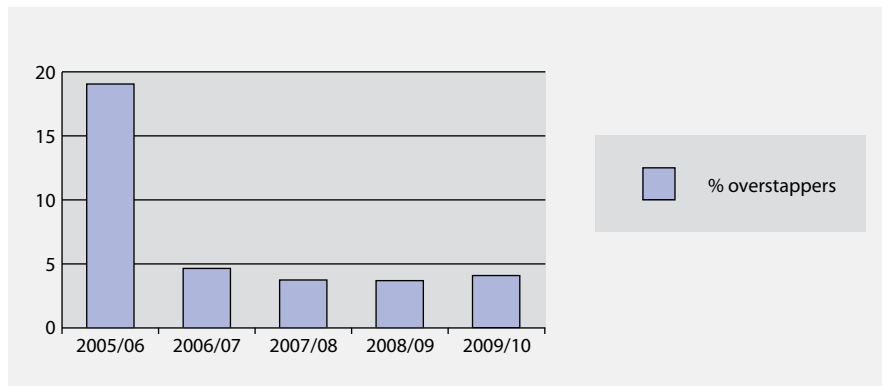
Evaluatie Wmg
Centrale evaluatievragen
<ul style="list-style-type: none"> - Hoe zijn de instrumenten van de Wmg ingezet voor: <ol style="list-style-type: none"> 1. het maken en bewaken van markten 2. regulering van prijzen en prestaties 3. het beschikbaar maken van keuze-informatie 4. samenhang en regulering toezicht op zorgmarkten - Zijn de instrumenten ingezet en dragen ze bij aan de doelstellingen? - Doen zich hier knelpunten voor? - Evaluatie richt zich niet op de vraag of de achterliggende doelen zijn bereikt.
Resultaten
<p><i>Ad 1.</i> Niet toegepast.</p> <p><i>Ad 2.</i> In B-segment ziekenhuizen⁵⁰ en bij fysiotherapeuten is het resultaat van toepassing niet duidelijk.</p> <p><i>Ad 3.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ontsluiting en gebruik van keuze-informatie door zorgaanbieders en zorgverzekeraars komt langzaam op gang. Op de zorgmarkt gedraagt de zorggebruiker zich nog niet als kiezende consument. - Consumenten kiezen een zorgverzekeraar vooral op basis van de hoogte van de premie, net als collectiviteiten en beïnvloeden daarmee onvoldoende de kwaliteit van de zorginkoop. - Er is nog weinig kwaliteitsinformatie over aangeboden zorg en de prijs ervan. Daardoor hebben zorggebruikers geen inzicht in de prijs. <p><i>Ad 4.</i> Effectief en slagvaardig toezicht wordt niet uitgevoerd (nog lerende) en in afwachting van besluiten overheid over bijvoorbeeld modernisering AWBZ.</p>
Rol zorgverzekeraar
Geef zorgverzekeraars en zorgkantoren een grotere verantwoordelijkheid bij de bewaking van (de totale) kostenontwikkeling. Zij onderhandelen immers ook over prijs en volume.
Problemen en oplossingen
<ul style="list-style-type: none"> - Spanningsveld tussen macrobudget (aanbodsregulering!) en marktwerking wegnemen door prijs-beheersing weg te laten of buiten het BKZ⁵¹ te plaatsen. - Aanmerkelijke Marktmarkt⁵² (AMM): instrument is onevenwichtig (wel ingreep bij hoge prijs, maar niet bij lage kwaliteit mogelijk).

Datzelfde geldt ook voor de overzichtstudie 'Zorgthermometer 2010; verzekerden in beweging' van Vektis uit 2010 over de mobiliteit van verzekerden. Daarin veel informatie over waarom, hoeveel en welke verzekerden aan het eind van het jaar voor een andere verzekeraar kiezen (zie Figuur 6: Percentage overstappers per jaar), maar bijna geen aandacht voor de achterliggende activiteiten van zorgverzekeraars.

Enkele feiten uit het Vektis-rapport op een rij.
 Het aantal overstappers bedroeg in 2010 4,1%. Dat lijkt weinig, zeker vergeleken met 2006, het jaar dat de Zvw werd ingevoerd (19%), maar het zijn toch nog ongeveer 650.000 verzekerden.

De groep overstappers bestaat vooral uit mannen en vrouwen tussen de 18 en 35 jaar, met lage zorgkosten die over het algemeen niet chronisch ziek zijn. Van de overstappers kiest 80% voor een collectief contract meestal vanwege de collectiviteitskorting. Ruim 64% van de verzekerden heeft inmiddels een collectief contract. Meer dan 85% van de verzekerden heeft een aanvullende verzekering. Dit aantal daalt licht. Het aantal verzekerden dat een eigen risico neemt stijgt, maar blijft laag: nu 6%. In de laatste drie jaar is ongeveer 90% van de verzekerden bij hun oude verzekering gebleven.

Figuur 6 Percentage overstappers per jaar
Bron: Vektis, 2010



Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) 2008: Zorginkoop

In 2008 heeft de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) geëvalueerd of en in welke mate de maatschappelijke doelstellingen door verzekeraars zijn gerealiseerd. Geconcludeerd is dat de doelstellingen door een aantal belemmeringen nog niet in de gewenste mate zijn bereikt en dat een zekere stimulans nodig is om de resultaten in de komende jaren alsnog te bereiken. De kern van het advies luidt dat verzekeraars hun zorginkoop selectief moeten uitvoeren, dus niet alle zorgaanbieders moeten contracteren. Indien dit advies wordt opgevolgd, zal dat, aldus de RVZ, grote consequenties hebben voor alle betrokken partijen. Consumenten zullen dan een krachtige stem krijgen in de zorginkoop, maar verliezen, aldus de RVZ, ook de vrije artskeuze. De continuïteit van de bedrijfsvoering van zorgverleners is dan niet langer gegarandeerd. Ze worden, aldus de Raad, zo geprikkeld tot doelmatigheid en kwaliteit. De eerste lijn wordt dan volgens RVZ de beoogde ketenregisseur en fundholder van de verzekeraar. En een onafhankelijk instituut zal minimum kwaliteitsnormen opstellen. Verzekeraars zullen meer investeren in hun zorginkoop en verticale integratie overwegen. De Raad stelt dat selectieve zorginkoop als het ware een alternatief is voor marktordening én voor staatsbemoedening.

De RVZ prikkelt hiermee overheid en zorgverzekeraars om werk te maken van selectieve zorginkoop. Hoe dit in de praktijk aangepakt en gestructureerd moet worden, hoe de communicatie hierover moet plaatsvinden met zorggebruikers en zorgaanbieders en welke barrières overwonnen moeten worden vooraleer selectieve zorginkoop van betekenis wordt, moet samen met de betrokken partijen, verder worden onderzocht.

Zorgbalans 2010: toegankelijkheid vaak uitstekend en individuele betaalbaarheid goed

De Zorgbalans van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) monitort tweejaarlijks de ontwikkelingen in kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de zorg. In deze notitie wordt, op basis van een beperkte set indicatoren, de Nederlandse zorg van 2008 vergeleken met internationale zorgcijfers. Daaruit blijkt dat de toegankelijkheid van de Nederlandse zorg op veel, maar niet op alle onderdelen uitstekend is. Zo is er een breed basispakket en is bijna iedereen verzekerd tegen ziektekosten. De eigen bijdragen behoren tot de laagste binnen de groep van OECD⁵³-landen en Nederland heeft van een zestal rijke landen het kleinste percentage burgers (1%) en chronisch zieken (3%) dat wel eens afziet van een bezoek aan een arts vanwege de kosten. De belangrijkste zorgvoorzieningen zijn dichtbij huis beschikbaar en 85% van de Nederlanders ervaart dan ook geen problemen met toegankelijkheid van zorg. 90% zegt dat ze bijna altijd de hulp kreeg die ze nodig had. Deze cijfers zijn de laatste jaren stabiel en er is weinig verschil in zorggebruik tussen lage en hoge inkomensgroepen en tussen allochtonen en autochtone bevolkingsgroepen, behalve dan bij de tandarts.

De kwaliteit van de zorg is vaak goed. Nederland heeft een sterke eerstelijns en poliklinische zorg, waardoor het aantal vermijdbare ziekenhuisopnamen laag is. De zuigelingensterfte is gedaald naar 3,8 per 1000 en is daarmee ten opzichte van 2006 duidelijk verbeterd. De vijfjaarsoverlevingskans bij kanker is internationaal gezien hoog. Nederlanders zijn tevreden over de zorg, 90% geeft een ruime voldoende en meer dan 90% voelt zich prettig bejegend in de zorg. Kosten groeien snel doordat er meer zorg wordt verleend.

Toch kan (en moet) de zorg nog beter. Zo zijn de wachttijden bij sommige zorgsoorten als GGZ en poliklinieken te lang en is er een matige telefonische bereikbaarheid van huisartsen. Ook bestaan er grote verschillen in prijs en kwaliteit tussen zorgverleners en is de afstemming en coördinatie van zorg tussen zorgaanbieders niet optimaal.

Hoewel er voorbeelden zijn dat kwaliteitsverbetering gepaard kan gaan met kostenverlaging, is dat voor het totale pakket van geleverde zorg niet duidelijk aantoonbaar. Bovendien verbetert de kwaliteit langzaam. Het is nog onvoldoende mogelijk zorgaanbieders te vergelijken op kwaliteit en uitkomsten van zorg.

Met betrekking tot onderzoek naar het zorgstelsel zijn dit belangwekkende resultaten. Ten aanzien van de regierol van de zorgverzekeraar wordt opgemerkt dat zorgverzekeraars onderling vooral op de premie en prijs concurreren en dat de kwaliteit van zorg bij inkoop nog een beperkte rol speelt, zowel in de Cure als in de Care. Als verklaring geldt dat vooral adequate en bruikbare informatie over de kwaliteit van de zorg (uitkomsten daarvan) nog onvoldoende beschikbaar is. Hier geldt hetzelfde als bij de evaluaties van de Zvw en Wzt en Wmg. In een evaluatieonderzoek kun je niet verwachten dat ten aanzien van de regierol van de zorgverzekeraar diepgaander onderzoek wordt uitgevoerd. Maar vindt dit onderzoek dan wel plaats in het 'reguliere' onderzoek in universiteiten en kennisinstituten? We zullen zien.

Onderzoek bij universiteiten en onderzoeksinstellingen

Er wordt in Nederland veel belangwekkend onderzoek gedaan naar verschillende aspecten en facetten van zorg. Een aantal onderzoeken heeft specifiek betrekking op het zorgstelsel en de rol van zorgverzekeraars daarin. Universiteiten en kennisinstituten hebben ieder hun eigen invalshoek, zodat de afzonderlijke resultaten vaak complementair zijn. Het volgende overzicht geeft een beeld van dit onderzoek dat wordt uitgevoerd bij belangrijke universiteiten en kennisinstituten.

De Erasmus Universiteit / iBMG ⁵⁴

iBMG kiest als vertrekpunt voor het onderzoek thema's als 'marktordening en stelselherziening' waarin 'het functioneren en de interactie van markten in de gezondheidszorg, de gevolgen voor de toegankelijkheid en solidariteit en de politiek-bestuurlijke implicaties voor de overheid en maatschappelijke organisaties worden beschouwd'. In het programma 'kwaliteit en doelmatigheid van zorg' wordt nagegaan welke informatie de overheid nodig heeft voor haar beheer van het verstrekkingenpakket en welke informatie de andere actoren nodig hebben om hun rol in het marktproces adequaat te kunnen spelen. Het programma 'Bedrijfsvoering van zorgorganisaties' richt zich op de wijze waarop zorgorganisaties zich kunnen voorbereiden op een meer competitieve omgeving.

Tranzo ⁵⁵ / **Universiteit van Tilburg**

Tranzo benut academische onderzoekswerkplaatsen en verbindt daarmee toegepast wetenschappelijk onderzoek met de zorgpraktijk. Het onderzoek in Tilburg spitst zich daarbij vooral toe op de ketenzorg, transmurale zorg en op samenhangende condities in woon-, werk- en leefomgeving. Doelgroepen zijn vooral ouderen en mensen met een maatschappelijke beperking. Sinds de toetreding van enkele bijzonder hoogleraren uit het NIVEL-huis staat het onderzoek van het zorgstelsel steviger op de agenda. Focus ligt dan op de transparantie in de zorg vanuit het patiëntenperspectief (Delnoij) of op wetgeving (Friele). Geen van de academische werkplaatsen heeft specifiek betrekking op zorgverzekeraars.

Maastricht University / Cahpri (School for Public Health and Primary Care) / BEOZ (Beleid, Economie en Organisatie van de Zorg, met deelname door Nijmegen/NCEPB, NIVEL en VU Amsterdam/EMGO)

Het onderzoek hier richt zich vooral op aandachtsvelden als eerste lijn, ketenzorg en chronische ziekten. Cahpri richt zich vooral op kwaliteit, efficiëntie en organisatie van de zorg. BEOZ richt zich vooral op de economische facetten van gezondheidszorgbeleid door zorgaanbieders, maar niet specifiek op het beleid of de regierol van zorgverzekeraars in het zorgstelsel.

NCEBP (Centre for Evidence Based Practice)/Radboud Universiteit Nijmegen

NCEBP onderzoekt vooral of patiënten optimale, onnodige of schadelijke zorg (en preventie) krijgen. Kwaliteit van zorg, en daarbinnen performance- en resultaatsindi-

Open Universiteit

catoren, kwaliteitsmanagement, strategieën, organisatiestructuren, communicatie en samenwerking zijn belangrijk onderwerpen. De focus ligt hier vooral op het handelen van zorgaanbieders of zorginstellingen.

NYFER

De onderzoeken van NYFER verheugen zich in de interesses van vele afzonderlijke opdrachtgevers. Onderwerpen als nieuwe taken voor zorgverzekeraars, waarborging belangen van patiënten, bijdrage zorgverzekeraars aan hoge kwaliteit, financierbaarheid van de zorg op lange termijn, het optimaal waarborgen van de belangen van patiënten, goede toegankelijkheid en beheersing van de kosten en de invloed van incentives en regelgeving op prestaties van zorgaanbieders passeren de revue.

EMGO (Extramuraal Geneeskundig Onderzoek)/Vrije Universiteit van Amsterdam

De focus van EMGO ligt voornamelijk op chronische ziekten en veroudering. Onderzoek vindt plaats in de eerste lijn en de algehele volksgezondheid. De nadruk ligt daarmee vooral op ziekten. Daarnaast is Zorg & Preventie een aandachtsgebied, gericht op een lang gezond leven.

NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)

Het onderzoek binnen NIVEL richt zich ook op onderwerpen als zorgverzekeraars, beleid, percepties van patiënten en de relaties met zorgaanbieders. Gericht op zorgverzekeraars wordt onderzocht welke invloed deze hebben en hoe hun rol verandert onder invloed van de verschuiving van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg. Binnen de programmalijn Zorgstelsel en Sturing wordt onderzoek gedaan naar het zorgstelsel in het algemeen, bedoelde en onbedoelde effecten van gereguleerde marktwerking, de keuzes van zorgverzekeraars bij het inkopen van zorg en de effecten daarvan op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg. Ook wordt onderzocht hoe verzekerden aankijken tegen zorgverzekeraars. Het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Verzekerdenpanel maken deel uit van deze programmalijn. Binnen het Consumentenpanel wordt aandacht besteed aan allerlei actuele onderwerpen in de zorg. Zo wordt met enige regelmaat het vertrouwen van de Nederlandse bevolking in de zorg gemeten. Onderwerpen die in het Verzekerdenpanel (een samenwerkingsverband met zorgverzekeraar VGZ/UVIT) aan de orde komen zijn onder meer klachtenmanagement en het kiezen van een zorgverzekering of zorginstelling. Daarnaast wordt geparticipeerd in de Academische Onderzoekswerkplaats Zorgverzekeraars (AOZ) van deze leerstoel. De AOZ is een samenwerking tussen de Open Universiteit, het NIVEL en zorgverzekeraar VGZ/UVIT.

Het hoeft, na deze beschrijving, geen betoog dat het onderzoek van NIVEL het dichtst staat bij het onderzoek in de leerstoel. De kennis en ervaring van NIVEL is zodanig complementair en ondersteunend aan het onderzoek binnen de leerstoel dat intensieve samenwerking tussen beide eerder logisch dan toevallig is.

Samengevat

De resultaten van de onderzoeken tonen aan dat vragen over de aard en werking van gereuleerde marktwerking en bijbehorende marktmechanismen in de zorg nog steeds actueel en veelal onbeantwoord zijn. Dat geldt ook voor de verklaring van resultaten die hieraan worden toegeschreven.

Veel universiteiten en kennisinstituten leggen zich toe op onderzoek van de zorg. Als het gaat om de aard, vorm en focus van dit onderzoek richt een aantal zich op facetten en aspecten van het nieuwe zorgstelsel. Betrekkelijk weinig onderzoeksinstituten richten zich specifiek, structureel en thematisch op de regierol van de zorgverzekeraar in het stelsel. Er is weinig aandacht voor belangrijke bedoelde en onbedoelde gevolgen van deze regierol voor bijvoorbeeld zorgaanbieders en zorggebruikers in termen van organisatie en structuur, kwaliteitsmanagement, producten, diensten en klantwaardering.

Geen enkele universiteit of kennisinstituut, behalve NIVEL, heeft het onderzoek naar de rol en taak van de zorgverzekeraar in het zorgstelsel ondergebracht in een specifieke academische onderzoekswerkplaats voor zorgverzekeraars, waarin een universiteit, een op zorg gespecialiseerd kennisinstituut en een grote zorgverzekeraar samenwerken, kennis en kunde delen en samen onderzoeken en leren.

Een aantal aspecten en facetten van het in de leerstoel beoogde onderzoek is wel bij andere universiteiten en kennisinstituten in Nederland aanwezig. Maar nergens is een integrale uitvoering van het onderzoek, opgebouwd uit de focus op de zorgverzekeraar, de samenwerking van complementaire partijen in een academische onderzoekswerkplaats, de toegang tot relevante data, het kunnen beschikken over een groot verzekerdenpanel (11.500 leden), het kunnen benutten van science practitioners, AIO's en promovendi uit de organisatie van zorgverzekeraars en de ervaring met en kennis van toepassing van kwaliteitsmanagement, mogelijk.

Het onderzoeksprogramma van de leerstoel

Na het overzicht van onderzoek in Nederland dat zich richt op de (evaluatie van de) regierol van zorgverzekeraars in het nieuwe zorgstelsel wordt in deze paragraaf het onderzoek in de leerstoel meer in detail beschreven. In het bijzonder worden de onderzoeksthema's en de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie beschreven. De meeste onderzoeken in de leerstoel vinden plaats binnen de Academische Onderzoekswerkplaats Zorgverzekeraars (AOZ). De inrichting, motivatie en relevantie van de AOZ worden in het (volgende) hoofdstuk 'Academische Onderzoekswerkplaats Zorgverzekeraars (AOZ)' uitgebreid toegelicht.

Onderzoek in de leerstoel (en de AOZ)

Het onderzoek binnen de leerstoel richt zich op:

- het streven - beleid én uitvoering van (selectieve) zorginkoop - van zorgverzekeraars om een meer toegankelijke, kwalitatief betere en betaalbare zorg te realiseren;
- de mate van realisatie hiervan;
- wat dit betekent voor de organisatie en structuur van zorgverzekeraars;
- de gevolgen hiervan voor zorgaanbieders, in termen van organisatie en structuur, klantgerichtheid, producten en service, beleid en functioneren;
- de betekenis hiervan voor de geleverde kwaliteit van zorg door en de ervaren kwaliteit van zorgaanbieders aan zorggebruikers.

Onderzoeksthema's

Het onderzoeksprogramma van de leerstoel wil herkenbaar zijn voor zowel de wetenschappelijke wereld als voor organisaties in de relevante maatschappelijke omgeving als zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Een belangrijk deel van het onderzoeksprogramma van de leerstoel is geconcentreerd in drie onderzoeksthema's:

1. Selectieve zorginkoop
2. Informatie voor (intern) kwaliteitsbeleid vanuit zorggebruikers
3. Ontwikkeling meetinstrumenten, methoden en technieken en toetsing modellen.

Een onderzoeksthema bevat een aantal samenhangende onderzoeksprojecten waarin onderzoekers en medewerkers van zorgorganisaties in de AOZ met elkaar samenwerken. De onderzoeksthema's hebben betrekking op onderwerpen die wetenschappelijk en maatschappelijk relevant zijn in het onderzoek naar de regierol van de zorgverzekeraar in het zorgstelsel. De drie genoemde onderzoeksthema's zijn dus niet limitatief, maar uit een veelvoud aan mogelijke onderzoeksthema's geprioriteerd. De prioritering komt voort uit een mix van wat zorgorganisaties en in het bijzonder zorgverzekeraars van belang vinden voor hun regierol en wat wetenschappelijk relevant en interessant

is, maar hangt ook samen met de span of control binnen de AOZ en het beschikbare onderzoeksgeld.

De drie onderzoeksthema's zijn wel een goede weerspiegeling van de leerstoel, maar kaderen het totale onderzoek daarvan dus niet in. Ze zijn gebaseerd op het beleid van zorgverzekeraars in relatie tot hun *externe omgeving*, en dan gericht op stakeholders als overheid, zorgaanbieders en zorggebruikers, of op hun *interne omgeving*, zoals organisatie en structuur en kwaliteitsmanagement.

De onderzoeksthema's belichten interne processen van zorgverzekeraars of processen tussen verzekeraars en stakeholders of tussen stakeholders. In relatie tot de interne omgeving gaat de aandacht uit naar richtings- (bijvoorbeeld missie en visie), inrichtings- (organisatie, structuur, kwaliteitsmanagement) en verrichtingsprocessen (uitvoeren van beleid), zoals het INK die onderscheidt bij het organisatiegebied Leiderschap (INK, 2008). Voorbeelden van processen tussen zorgverzekeraars en stakeholders of tussen stakeholders zijn: verticale en horizontale integratie, (selectieve) zorginkoop, keuzeproces van verzekerden, zorgconsumptie door patiënten, informatieprocessen en het inrichten van zorgprocessen door zorgaanbieders.

Onderzoeksthema's zijn ook gericht op variabelen en aspecten die betrekking hebben op of samenhangen met deze processen. Voorbeelden hiervan zijn klanttevredenheid over verstrekte zorg of dienstverlening, loyaliteit aan de zorgverzekeraar, mate van transparantie, doelmatigheid of een andere vorm van kwaliteit van bijvoorbeeld zorgaanbod of dienstverlening en rendement van het financiële proces van ondernemen. Het derde onderzoeksthema, het ontwikkelen van instrumenten en methodieken voor onderzoeken binnen de leerstoel, is ondersteunend aan of voortkomend uit de andere onderzoeken.

Onderzoeksthema's gericht op externe omgeving

Beleid zorgverzekeraars en de overheid

De overheid stelt kaders en, in grote lijnen, de budgettaire ruimte en het stelsel vast waarbinnen verzekeraars in Nederland hun regierol uitvoeren. In dit stelsel moeten zorgverzekeraars met elkaar concurreren om de verzekerden. Die concurrentie krijgt, volgens de overheid, vorm door selectief zorg in te kopen bij zorgaanbieders en door hun eigen organisatie met zo min mogelijk kosten te runnen. Er zijn nog veel open vragen rond deze rol van verzekeraars, de werking van het stelsel en vooral over de 'maakbaarheid' en het succes hiervan. Toegepast wetenschappelijk onderzoek kan bijdragen aan antwoorden op deze vragen en tegelijkertijd de implementatie van resultaten uit onderzoek in de praktijk ondersteunen. De vraagstelling hierbij is:

Hoe manifesteren ⁵⁶ zorgverzekeraars zich binnen het stelsel van gereguleerde marktwerking en (hoe) kunnen zij de maatschappelijke doelstellingen (toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid) realiseren?

Dit geeft ruimte voor onderzoeken die antwoord geven op de volgende vragen:

- Gaat het marktgeruleerde zorgstelsel met daarin de belangrijke rol voor verzekeraars werken en wat is daar voor nodig?
- Hoe gaan zorgverzekeraars hun rol en taak uitvoeren?
- Wat betekenen die rol en taak van verzekeraars voor de zorgaanbieders en wat voor zorggebruikers?

Deze vragen kunnen leiden tot talloze deelvragen die ieder voor zich onderwerp van onderzoek kunnen zijn. Om een indruk te krijgen over welke deelvragen het gaat, zijn in Box 1 enkele voorbeelden hiervan opgenomen, onderverdeeld naar de onderwerpen 'regierol zorgverzekeraar, ontwikkeling zorgstelsel, relatie met de overheid' en 'ontwikkeling zorgverzekeraars'.

Regierol zorgverzekeraar

- Hoe vatten verzekeraars hun regierol in het zorgstelsel op?
- Is er een verschil in opvatting in regierol tussen zorgverzekeraars die (vooral) een natura-polis verkopen en verzekeraars die uitsluitend een restitutie-polis hanteren?
- Hebben kleine(re) verzekeraars een andere rol opvatting dan grote(re) verzekeraars en zo ja, wat zijn de verschillen?
- Welke mogelijkheden en belemmeringen zien verzekeraars binnen het stelsel van gereguleerde marktwerking in relatie tot hun regierol?
- Op welke wijze professionaliseren zorgverzekeraars hun zorginkoopproces?

Ontwikkeling zorgstelsel

- In welke mate is in het huidige zorgstelsel al feitelijk sprake van een gereguleerde marktwerking?
- Welke voordelen voor zichzelf, de zorg en zorggebruikers zien zorgverzekeraars in het huidige zorgstelsel en welke nadelen?
- Welke veranderingen zouden zij in het stelsel willen aanbrengen om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg te verbeteren en hoe hoog schatten ze de kans in dat de overheid deze wensen honoreert?
- Wat is de bereidheid van zorgverzekeraars om aan experimenten van de overheid mee te werken teneinde verbeteringen te bewerkstelligen van het zorgstelsel en wat is de bereidheid, volgens de zorgverzekeraars, van de overheid om deze experimenten te faciliteren?
- Zijn zorgverzekeraars (nog steeds) voorstander (Blinkhof, 2007) om het huidige meer aanbodgerichte stelsel te transformeren naar een meer vraaggestuurd stelsel? En wat is daarvoor nodig?
- Wat vinden zorgverzekeraars van de samenhang tussen de Zvw, de AWBZ en de Wmo, en hoe moet die zich volgens hen ontwikkelen?

Relatie met de overheid

- Hoe waarderen verzekeraars de samenwerking met de overheid in het zorgstelsel? Welke ondersteuning voor hun regierol ondervinden zij?
- Houden zorgverzekeraars zich aan de regels en eisen van het zorgstelsel? Hoe transparant verantwoorden zij zich daarover naar de maatschappij en de overige stakeholders?

Ontwikkeling zorgverzekeraars

- In welke mate concurreren zorgverzekeraars met andere zorgverzekeraars? Hoe is die concurrentie gerelateerd aan hun regierol in de zorg?
- Blijven de grote zorgverzekeraars in Nederland maatschappelijke ondernemingen?

Box 1 Voorbeelden van deelvragen over de relatie tussen het beleid van zorgverzekeraars en de overheid

Beleid zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Onderzoeksthema's binnen de leerstoel richten zich ook op de gevolgen van het (uitgevoerde) beleid van verzekeraars voor zorgaanbieders. Uit eerder onderzoek van Blinkhof (2007) bleek immers dat zorgaanbieders anticiperen op beleid van zorgverzekeraars. Gevolgen van het beleid van zorgverzekeraars voor zorgaanbieders worden beschreven in termen van organisatie en structuur, klantgerichtheid, producten en service, beleid en functioneren van zorgaanbieders en wat dit betekent voor de geleverde kwaliteit van zorgaanbieders aan zorggebruikers. De vraagstelling luidt:

Heeft het beleid van zorgverzekeraars tot gevolg dat zorgaanbieders zich zodanig in de zorgmarkt manifesteren dat hun zorg meer toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief beter wordt ervaren door verzekerden/patiënten en waaruit bestaat dan dat manifesteren?

Een selectie van hieruit voortkomende (deel)vragen is, onderverdeeld naar de onderwerpen 'selectieve zorginkoop' en 'invloed op beleid zorgverzekeraars', in Box 2 weergegeven.

Selectieve zorginkoop

- Wat is de invloed van selectieve zorginkoop op het handelen van zorgaanbieders?
- Verandert selectieve zorginkoop de organisatie en structuur van zorgaanbieders of zorginstellingen? Gaan de zorgaanbieders daardoor op een meer effectieve, efficiënte en klantvriendelijke wijze zorg verlenen aan zorggebruikers? En in welke mate?
- Stimuleert selectieve zorginkoop tot (sociale) innovatie van bijvoorbeeld organisatie, processen, producten en dienstverlening?

Invloed op beleid zorgverzekeraars

- Komt het beleid van verzekeraars in co-creatie met zorgaanbieders (en/of zorggebruikers) tot stand? Zo ja, hoe gaat dat dan? En leidt beleid, dat zo tot stand komt tot meer kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg? Hoe waarderen zorgaanbieders deze co-creatie met de zorgverzekeraars?
- Hoe beïnvloeden zorgaanbieders (de uitvoering van) het beleid van verzekeraars? Biedt de (huidige) wet- en regelgeving daarvoor voldoende middelen?

Box 2 Voorbeelden van deelvragen over de relatie tussen het beleid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Beleid verzekeraars en zorggebruikers

Onderzoeksthema's binnen de leerstoel richten zich ook op de gevolgen van het (uitgevoerde) beleid van verzekeraars voor zorggebruikers. Het nieuwe zorgstelsel gaat uit van de zorgvraag van zorggebruikers. Dat zou een positieve invloed moeten hebben op de waardering van de zorggebruikers voor de aangeboden zorg door zorgaanbieders die door zorgverzekeraars is ingekocht, én op de service en producten van de zorgverzekeraar. De vraagstelling is dan:

Heeft het beleid van zorgverzekeraars (zorginkoop én serviceverlening) tot gevolg dat verzekerden/patiënten meer tevreden zijn over en meer loyaal blijven aan de verzekeraar?

In Box 3 is een aantal voorbeelden van hieruit voortkomende (deel)vragen, onderverdeeld naar de onderwerpen 'selectieve zorginkoop en tevredenheid' en 'invloed op beleid zorgverzekeraars', weergegeven.

Selectieve zorginkoop en tevredenheid

- Worden zorggebruikers meer tevreden over de dienstverlening van zorgaanbieders indien zorgverzekeraars selectief gaan inkopen?
- Worden verzekerden meer tevreden over en meer loyaal aan hun verzekeraar als deze selectief inkoopt?
- Komt het beleid van verzekeraars in co-creatie met zorggebruikers en/of zorgaanbieders tot stand? Zo ja, hoe gaat dat dan? Hoe waarderen zorggebruikers deze co-creatie?
- Wat weegt meer door in de tevredenheid over en de loyaliteit aan een verzekeraar: de (selectieve) zorginkoop of andere dienstverlening als declaratieafhandeling, polisverwerking of de bejegening aan de telefoon of bij het behandelen van een klacht?

Invloed op beleid zorgverzekeraars

- Hoe beïnvloeden zorggebruikers (de uitvoering van) het beleid van verzekeraars? Biedt de (huidige) wet- en regelgeving daarvoor voldoende middelen?

Box 3 Voorbeelden van deelvragen over de relatie tussen het beleid van zorgverzekeraars en zorggebruikers

Onderzoeksthema's gericht op interne omgeving

Beleid zorgverzekeraars in relatie tot organisatie, structuur en processen

Onderzoeksthema's binnen de leerstoel richten zich op de plaats, functie en de rol van de verzekeraars in de Nederlandse zorg. En wat dat beleid betekent voor de organisatie en structuur en de processen (zoals kwaliteitsmanagement) van zorgverzekeraars. Het gaat hier dus vooral over het beleid en de processen van de zorgverzekeraars zelf. De leerstoel biedt ruimte voor toegepast wetenschappelijk onderzoek naar beleidsontwikkeling, -analyse, -implementatie en -evaluatie van het maatschappelijk ondernemen van verzekeraars dat antwoord geeft op de vraag welk (kwaliteits)management en welke organisatie en structuur hierbij het beste passen. De onderzoeksmethoden hiervoor zijn afkomstig uit het INK-managementmodel (Ahaus en Diepman, 2005; INK, 2008). Het INK-managementmodel wordt dan als evaluatie-instrument toegepast, maar het is ook uitgangspunt voor de samenstelling van vragenlijsten voor het onderzoek. In Bijlage 1 (opgenomen achterin deze publicatie) is een voorbeeld hiervan weergegeven.

Naast de evaluaties op basis van het INK, wordt ook gebruik gemaakt van (andere) beleidsevaluatieve onderzoeksmethoden. Daarbij is het door de complexiteit van de zorgomgeving en de vele stakeholders van belang dat deze onderzoeken multidisciplinair plaatsvinden en geplaatst worden in de context van de complexe omgeving en gericht zijn op problemen die het zorgveld zelf ervaart: allemaal kenmerken van het zogenoemde Mode 2-onderzoek (Nowotny e.a., 2003). Het lijkt dus de moeite waard om te onderzoeken of dit Mode 2-onderzoek een positieve bijdrage kan leveren aan de doelstellingen van de leerstoel. Te meer omdat Mode 2-onderzoek toegepast op een regionale samenwerking tussen bedrijven en hoger-onderwijsinstellingen als universiteiten in menig opzicht lijkt te resulteren in een 'lerende regio' die vruchten afwerpt voor de economische en innovatieve ontwikkeling en groei van alle bedrijven (Van den Bosch en Caniëls, 2008). Deelname aan een dergelijke innige samenwerking waarbij uitwisseling van wetenschappelijke kennis en professionele kunde vooropstaat, wordt volgens Van den Bosch en Caniëls aangemoedigd door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). De plaats waar dit samenkomt, wordt ook wel 'Third place' of Academische Werkplaats genoemd (Van den Bosch en Caniëls, 2008) en vertoont een grote gelijkenis met de werkwijze zoals die in de AOZ plaatsvindt.

De vraagstelling luidt:

Welk beleid biedt verzekeraars in het huidige stelsel de meeste kans om de maatschappelijke doelstellingen te realiseren en welke eisen stelt dat beleid aan de (interne) organisatie en structuur en processen van verzekeraars?

Een selectie van hieruit voortkomende (deel)vragen is, onderverdeeld naar de onderwerpen 'kwaliteitsmanagement' en 'aspecten zorginkoop', in Box 4 weergegeven.

Kwaliteitsmanagement

- Hoe komt het beleid van verzekeraars tot stand, is het effectief en efficiënt en hoe wordt het geëvalueerd?
- In welke mate is de effectiviteit en efficiëntie afhankelijk van wet- en regelgeving?
- Wordt bij beleidsvorming gebruik gemaakt van resultaten uit evidence based onderzoek?
- Worden de 'lessons learned' uit de beleidsevaluatie ook toegepast in (toekomstig) beleid (PDCA ⁵⁷ /Deming-cyclus) van verzekeraars? En worden de 'lessons learned' gedeeld met anderen, inclusief stakeholders?
- Wordt bij het proces van zorginkoop lering getrokken uit ervaring en kennis over andere inkoopprocessen?
- Wordt door verzekeraars een kwaliteitsmodel gehanteerd? Welk kwaliteitsmodel en waarom en wat levert het op in relatie tot het gekozen beleid?
- Welk niveau van kwaliteitmanagement ondersteunt het beste het behalen van de doelstellingen?
- Welke vorm van kwaliteitsmanagement wordt toegepast?
- Leren verzekeraars op dit gebied (kwaliteitsmanagement) van elkaar of andere organisaties? Worden benchmarks toegepast?
- Hoe komt het interne beleid met betrekking tot organisatie, management, cultuur en structuur tot stand?
- Maakt het management gebruik van de competenties van zijn medewerkers om de beoogde resultaten samen te realiseren en hoe doet het dat dan?
- Is er sprake van sociale innovatie of sociotechniek?
- Hoe worden medewerkers en management opgeleid en getraind om het juiste beleid ook telkens weer juist uit te voeren?

Aspecten zorginkoop

- Hoe wordt het zorgaanbod voor de verzekerden georganiseerd? Hoe past dit binnen de maatschappelijke doelstellingen?
- Wordt het zorgaanbod selectief ingekocht of wordt het zorgaanbod in een coproductie (verticale organisatie) met zorgaanbieders gecreëerd (to make or to buy)?
- Welke organisatie (vormen, methoden et cetera) en structuur van verzekeraars past het beste bij het gekozen beleid en de daaruit volgende activiteiten en gewenste resultaten?

Box 4 Voorbeelden van deelvragen over de relatie tussen het beleid van zorgverzekeraars en hun interne organisatie

Onderzoeksthema's nader bekeken

De drie genoemde onderzoeksthema's bestaan uit een aantal samenhangende onderzoeksprojecten. De hieronder beschreven projecten worden of al onderzocht binnen de AOZ of het onderzoek daarvan start op korte termijn. Enkele projecten zijn, als voorbeeld, verder uitgewerkt om een idee te geven van de inhoud en vorm ervan en om een eerste indruk te geven over de onderzoeksmethodieken die worden toegepast.

1. Selectieve zorginkoop

1.1. Zorginkoop in de curatieve zorg

De discussie over de vragen of, en zo ja welke marktmechanismen daadwerkelijk van toepassing zijn in de zorgsector en of hiermee de gewenste resultaten worden bereikt of verklaard, is nog steeds actueel en de bijbehorende vragen zijn veelal onbeantwoord. Dat geldt eens te meer als wordt gefocust op de regierol, het inkoopproces, van de zorgverzekeraar in het zorgstelsel. Tot nog toe geeft onderzoek globale informatie over het zorginkoopproces van zorgverzekeraars en dan vooral over de betrokkenheid van patiëntenorganisaties daarbij (RVZ, 2008). Uit evaluaties van bijvoorbeeld het RIVM (Westert e.a., 2010) blijkt dat de rol van kwaliteit bij de onderhandelingen toeneemt, maar dat de prijs nog steeds de doorslag geeft. De aandacht voor kwaliteit lijkt wel toe te nemen (Van de Ven e.a., 2009). Ook internationaal is er weinig evidentie met betrekking tot het verbeteren van zorgsystemen door middel van zorginkoop (Waters e.a., 2004). De vraag blijft daarom relevant wanneer zorginkoop leidt tot de gewenste resultaten.

Tegen deze achtergrond stellen we in het onderzoeksthema 'zorginkoop in de curatieve zorg' de volgende vragen:

- Onder welke omstandigheden leidt zorginkoop door zorgverzekeraars tot een betere kwaliteit van zorg?
- Welke prikkels en instrumenten voor doelmatige zorginkoop, volumebeheersing en innovaties door zorgverzekeraars zijn er in het zorgstelsel?

Deze vragen hebben betrekking op de zorginkoop in de curatieve zorg (Cure⁵⁸). Daarvoor geldt immers de gereguleerde marktwerking uit het nieuwe zorgstelsel. In eerste instantie zal het onderzoek betrekking hebben op de zorg in ziekenhuizen, bij huisartsen en fysiotherapeuten.

De relevantie voor dit onderzoek is gelegen in de overdracht door de overheid van de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, zoals die in het oude stelsel bestond, naar de zorgverzekeraars in het nieuwe stelsel. Naast het onderzoek onder welke omstandigheden de zorginkoop leidt tot een betere kwaliteit van zorg en welke prikkels en instrumenten er in het stelsel zijn voor een doelmatige zorginkoop, volumebeheersing en innovaties door zorgverzekeraars, wordt ook empirisch onderzoek gedaan naar zorginkoop in de praktijk. In dit deel worden theoretische bevindingen getoetst aan de praktijk. Het onderzoek beoogt een theoretisch model te ontwerpen aan de hand waarvan beleidsaanpassingen kunnen worden gedaan.

1.2. Zorginkoop in de Care⁵⁹ -sector

Zorginkoop in de Care-sector (door AWBZ gefinancierd) vindt sinds 1998 in Nederland plaats door 32 zorgkantoren. Deze zijn door de gezamenlijke zorgverzekeraars in het leven geroepen. Zorgkantoren werken zelfstandig maar zijn nauw gelieerd aan de

zorgverzekeraar ter plekke. Zij stemmen de zorgvraag en zorgaanbod in een specifieke regio zo goed mogelijk op elkaar af.

Het zorgkantoor heeft de volgende taken (ZN, 2010):

- Het informeren van zorggebruikers over AWBZ-zorg en het vaststellen of zorgvragers verzekerd zijn.
- Vorm geven aan een regionaal zorgbeleid door o.a. het opstellen van een beleidsplan, het contracteren van zorg en het overleg voeren met partijen.
- Het houden van een adequate eigen bedrijfsvoering (registratie en administratie).

De missie van het zorgkantoor is: een klantgerichte, doelmatige, uniforme en concurrentievrije uitvoering van de AWBZ. Verzekerden dienen gelijke rechten te hebben en zorg en hulpverlening moeten van een kwalitatief hoog niveau zijn. Het zorgkantoor geeft deze uitgangspunten in de praktijk concreet handen en voeten. Het zorgkantoor onderhoudt daartoe intensieve relaties met zorgaanbieders en patiënten- en cliëntenorganisaties in de regio.

Zorgkantoren in Nederland werken goed samen op het terrein van zorginkoop (waarschijnlijk is dit door de NMa en NZa wel toegestaan). Voor 2011 hebben zij bijvoorbeeld een gezamenlijke leidraad 'document zorginkoop 2011' samengesteld (ZN, 2010).

De zorgverzekeraar waar de verzekerde ingeschreven staat (het uitvoeringsorgaan) blijft verantwoordelijk voor de beoordeling van de verzekeringsgerechtigdheid en het voeren van een verzekerdenadministratie voor de AWBZ-verzekerden.

Als we het zorgkantoor positioneren in het stakeholdersmodel in Figuur 3, dan zijn de volgende overeenkomsten en verschillen met de positie van zorgverzekeraars in dat model vast te stellen:

- De regels en richtlijnen van de overheid verschillen, maar zijn zowel in de Care als in de Cure manifest aanwezig.
- De stakeholders zijn in Care-sector dezelfde als in Cure-sector: zorgaanbieders, overheid, zorggebruikers en zorgkantoren/zorgverzekeraars.
- Ook in de Care is de zorggebruiker vrij in zijn keuze van de zorgaanbieder. Door de toepassing van het persoonsgebonden budget (pgb) heeft de zorggebruiker in de Care misschien zelfs meer mogelijkheden/macht bij de zorginkoop dan in de Cure (naturastelsel) en is hij minder afhankelijk van de zorginkoop door de zorgkantoren.
- De zorgaanbieders in de Care-sector zijn evenals die in de Cure-sector afhankelijk van de zorgkantoren/zorgverzekeraars.
- De zorginkoopmarkt is dus van toepassing, evenals de zorgmarkt tussen zorggebruikers en zorgaanbieders.
- Het grote verschil is dat de zorgverzekeringsmarkt ontbreekt: de zorggebruikers hebben geen vrije keuze voor een zorgkantoor (of ze moeten verhuizen).
- Door de afwezigheid van de vrije keuze van zorggebruikers voor een eigen zorgkantoor, zijn er ook geen marketing- en commerciële uitgaven door de zorgkan-

- toren, is het dure overschrijven van zorggebruikers van de ene naar de andere verzekeraar (vrijwel) overbodig en hoeven de zorgkantoren geen winst te maken.
- Het zorgkantoor draagt geen financieel risico en de premie wordt niet bepaald door zorgverzekeraars.

Het is interessant en in het licht van de vele onbeantwoorde vragen over de effecten van zorginkoop in de curatieve zorg ook relevant om de twee inkoopmodellen van de Cure- en Care-sectoren te vergelijken in werking en resultaat. Door overeenkomsten en verschillen vast te stellen wordt meer inzicht verkregen in de werking van zowel de zorgverzekeringsmarkt als in de werking van het zorgstelsel.

Tegen de achtergrond hiervan stellen we in het onderzoeksthema 'zorginkoop in de Care-sector' de volgende vragen:

- Wat zijn de verschillen in het uitvoeren van het zorginkoopproces tussen zorgkantoren (voor de Care) en zorgverzekeraars (voor de Cure)?
- Heeft de afwezigheid van de zorgverzekeringsmarkt ('stemmen met de voeten') invloed op het zorginkoopproces?
- Geven de zorgkantoren minder service aan hun Care-zorggebruikers dan hun collega's van dezelfde zorgverzekeraar aan de Cure-zorggebruikers en waarin uit zich dit?
- Is er bij de zorgkantoren (nog) sprake van meer bureaucratie (zie Blinkhof, 2007), door het ontbreken van winstdoelstelling en financiële risico's?
- Worden de belangen en wensen van de zorggebruikers van het zorgkantoor minder meegenomen bij de inkoop van Care dan door de zorgverzekeraars bij de inkoop van Cure?
- Leveren Care-instellingen ten opzichte van Cure-instellingen zorg van mindere kwaliteit en waaruit bestaat dat verschil dan?

De relevantie van dit onderzoek is dat de resultaten hiervan meer inzicht geven in de effecten van zorginkoop op de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Bij de invoering van het zorgstel in 2006 is ook de modernisering van de AWBZ van start gegaan. Geopperd werd om de zorgkantoren te laten opgaan in de zorgverzekeraars zodat deze voor hun eigen verzekerden zowel zorg uit de Cure- als uit de Care-sector kunnen inkopen. Zo ver is het nog niet, het finale besluit hierover moet nog vallen. Al in 2001, dus nog voor het in werking treden van de Zvw adviseerde de RVZ minister Borst om beide sectoren in de zorg vanuit een overkoepelende verzekering te bekostigen. De argumenten van destijds⁶⁰:

- Care en Cure zijn geen goede begrippen om het zorgstelsel op te baseren. Veel zorggebruikers maken gebruik van een combinatie van zorg uit de AWBZ en Zvw. Dat levert problemen op. Zo worden patiënten onder meer geconfronteerd met verschillende soorten eigen bijdragen. De RVZ vond dat de risicoloze uitvoering van de AWBZ 'noch verzekeraars, noch zorgverleners prikkels voor patiëntgericht handelen' bood. En daarom achtte de RVZ deze verzekeringsvorm voor de toekomst dan ook ongeschikt en ongewenst.
- De RVZ⁶¹ adviseerde voor Care en Cure in één verzekering. Bovendien moest de AWBZ worden ingekrompen. 'Meer eigen verantwoordelijkheid voor de burger en

maatschappelijk ondernemerschap moest ook in de AWBZ-sector een kans krijgen, aldus de RVZ (RVZ, 2001).

Nu het advies van de RVZ (nog) niet is uitgevoerd, maar de Zvw en ook de Wmg zijn ingevoerd, biedt dit de gelegenheid om de volgende vragen in het onderzoek mee te nemen:

- Is de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren sinds de invoering van de Zvw veranderd?
- Zijn de uitgangspunten voor de inkoop in de Zvw ook getransfereerd naar de inkoop van de zorgkantoren?
- Vindt er selectieve zorginkoop in de Care plaats?
- Is de zorginkoop in de Cure meer gericht op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid dan die in de Care?
- Wat draagt de toepassing van een pgb bij aan het realiseren van kwaliteit en toegankelijkheid in de Care?
- Is het principe van het pgb te gebruiken in de Zvw?

Het resultaat van dit onderzoek levert niet alleen informatie op die van belang is voor het uiteindelijke besluit hierover, maar kan ook bijdragen aan een beter resultaat van zorginkoop in beide sectoren.

Om de resultaten van de beide projecten met elkaar te kunnen vergelijken, zijn de onderzoeksmethodieken die in het onderzoek 'zorginkoop in de curatieve sector' worden toegepast ook hier van toepassing. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van benchmark-onderzoek⁶² om essentiële verschillen in processen, organisatie en structuren tussen beide te kunnen vaststellen. Het Berenschot Benchmarkmodel waarin verschillende organisaties met elkaar worden vergeleken op basis van bedrijfsprestaties, organisatie en besturing en bedrijfsspecifieke kenmerken is hiervoor bruikbaar. Hiermee kan immers worden vastgesteld of de ene organisatie het beter doet dan de andere, hoe goed dat is en hoe processen en resultaten van alle organisaties kunnen worden verbeterd (Van Assen e.a., 2010).

1.3. Aanbesteding in de curatieve zorg

Dit onderzoeksproject belicht een belangrijk aspect van selectieve zorginkoop: het aanbesteden van zorg. Aanbesteden is een voorbeeld van marktwerking en aanbesteden van zorg bevindt zich in een ontwikkelingsproces. De komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo⁶³), waarbij de huishoudelijke verzorging door de gemeenten in veel gevallen is aanbesteed, vormt een voorbeeld van de dynamiek op het gebied van aanbesteden van zorg (Ellenkamp, 2007). In de Kraljic-matrix wordt aanbesteden (tenderen) genoemd als een adequate vorm van inkoop van zogenoemde hefboomproducten. Dit zijn producten met een hoge financiële impact en een laag toeleveringsrisico (Van Assen e.a., 2010). Of dat advies uit deze matrix bij zorg gevolgd wordt, welke consequenties aanbesteden heeft op de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg en waaraan moet worden voldaan om aanbesteden tot een succes te maken zijn enkele van de vragen die in dit project aan de orde komen.

1.4. Substitutie tweede- naar eerstelijnszorg

In Nederland beschouwt de overheid substitutie van medisch-specialistische zorg naar de zorg door een huisarts als een middel om de kwaliteit, toegankelijkheid en efficiency van zorg te verbeteren. Maar het is niet duidelijk hoe dit door zorggebruikers wordt gewaardeerd. In dit onderzoek dat in 2008 is begonnen met een peiling in het Verzekerdenpanel van zorgverzekeraar VGZ, wordt onderzocht aan welke behandeling zorggebruikers de voorkeur geven en wat de oorzaak is van het verschil tussen hun voorkeur en het daadwerkelijke gebruik van zorg. Hierbij worden bijkomende factoren als bijvoorbeeld de reisafstand tot de zorgverlener in het onderzoek betrokken (Vos e.a., 2010).

De substitutie van zorg van de tweede- naar de eerstelijnszorg is onderzocht met behulp van vragenlijsten en de toepassing van multilevel multinomiale regressie-analyses.

Vervolgonderzoek zal gericht zijn op verfijning en detaillering van de eerder gestelde vragen zodat de voorkeur van zorggebruikers nog beter kan worden vastgesteld. Bovendien zijn sinds 2010 de mogelijkheden tot substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg toegenomen. De organisatie van de eerstelijns rondom huisartsen neemt toe en, nog belangrijker, keten-DBC's⁶⁴ maken het mogelijk dat huisartsen meer initiatieven kunnen nemen om tweedelijnszorg in de eerste lijn uit te voeren. Zorgverzekeraars kunnen hierover afspraken maken (Klink, 2009). Klink verwacht de volgende effecten van de introductie van vier keten-DBC's (Klink, 2009):

- Beter kwaliteit van zorg.
- Directe substitutie van medisch-specialist naar eerste lijn, waardoor een aantal ziekenhuis-DBC's kunnen vervallen (controles en consulten).
- Vermindering van uitgaven, niet alleen voor de tweede lijn, maar ook voor huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten etc. door verschuiving financiering consulten/zittingen naar financiering vanuit de keten.

Hiermee sluit dit onderzoek nauw aan op het onderzoek naar selectieve zorginkoop in de curatieve zorg. In voortgezet onderzoek zal er ook meer aandacht zijn voor de wijze waarop zorgverzekeraars en zorgorganisaties de voorkeur van zorggebruikers daadwerkelijk gestalte kunnen en willen geven, vooral omdat uit het eerste onderzoek is gebleken dat zorggebruikers niet altijd hun voorkeur te gelde kunnen maken (Vos e.a., 2010).

2. Informatie voor (intern) kwaliteitsbeleid vanuit zorggebruikers

Zorggebruikers staan centraal in het nieuwe zorgstelsel. Hun keuze voor zorg en zorgverzekeraar is uitgangspunt. Voor de inkoop van zorg betekent dit dat er informatie moet worden verzameld over de (mogelijke) keuzes en voorkeuren van zorggebruikers. En natuurlijk niet alleen voor de zorginkoop, maar ook voor de zorgpolissen waarin immers het resultaat van die zorginkoop, op voorhand, is verwoord. Er zijn veel

manieren om informatie van en over zorggebruikers te inventariseren. In dit onderzoek maken wij gebruik van:

- het Verzekerdenpanel bestaande uit verzekerden van Zorgverzekeraar VGZ/UVIT;
- informatie uit de behandeling van klachten in het klachtenmanagementteam van VGZ/UVIT;
- het onderzoeksproject 'Voice of the Customer'.

2.1. Verzekerdenpanel

Het Verzekerdenpanel is een samenwerkingsproject van NIVEL en VGZ/UVIT waarin onder de titel 'Keuze verzekerd' onderzoek in publiek-private samenwerking rond een access panel⁶⁵ van verzekerden van VGZ/UVIT wordt uitgevoerd (De Jong e.a., 2009). Het Verzekerdenpanel wordt beheerd door het NIVEL.

Het doel van het Verzekerdenpanel is tweeledig. Het levert een bijdrage aan:

- de verzameling van informatie over voorkeuren en ervaringen van verzekerden met de genoten zorg en met de service van VGZ/UVIT. Dit onderzoek draagt bij aan de onderbouwing en evaluatie van het beleid van de zorgverzekeraar. Bovendien vervult het ook een functie in het realiseren van het wettelijke vereiste van een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraar;
- het collectieve goed in de vorm van de wetenschappelijke ontwikkeling van onderzoeksinstrumenten en kennis die ook door andere zorgverzekeraars of de overheid kan worden gebruikt. Bijdragen aan het collectieve goed leveren een individuele zorgverzekeraar indirect een positieve opbrengst op in de vorm van reputatie en invloed op toekomstige ontwikkelingen in de zorg (De Jong e.a., 2009).

Om vragen te beantwoorden over wat er nodig is om de gereguleerde marktwerking in de zorg te bevorderen en de doelstellingen van het nieuwe zorgstelsel te realiseren, is het van groot belang om inzicht te hebben in wensen, behoeften en het feitelijk gedrag van zorggebruikers. Het Verzekerdenpanel levert op die manier een belangrijke bijdrage aan het wetenschappelijk onderzoek naar de werking en effecten van het zorgstelsel bij de totstandkoming van gereguleerde marktwerking in de zorg.

Voordelen van de publiek-private samenwerking zitten in de bundeling van expertise (kennis van wetenschappelijk onderzoek, het beheren van panels en inhoudelijke kennis over zorgverzekeringen): een soort *avant la lettre* van de AOV dus. Het panel biedt de mogelijkheid om op een efficiënte manier een grote steekproef van verzekerden (en zorggebruikers) te bevragen. De respons blijkt doorgaans boven de 80% te liggen.

Het onderzoek in het Verzekerdenpanel heeft betrekking op onder andere de volgende thema's (bij lange na niet limitatief):

- *Voice en exit in het zorgverzekeringsstelsel*
Bij 'voice' gaat het om het uitoefenen van invloed op het beleid van de zorgverzekeraar door bijvoorbeeld het indienen van een klacht of het plaatsnemen in ledenraden. Bij 'exit' gaat het over de mogelijkheden van verzekerden om jaarlijks van zorgverzekeraar te wisselen. Door de opkomst van collectiviteiten is zowel de

druk op de 'voice' als de dreiging van 'exit' toegenomen (De Jong e.a., 2009). Door 'voice en exit' kunnen verzekerden signalen afgeven aan zorgverzekeraars met betrekking tot de kwaliteit en de premie. Het is nu de vraag wat het effect van 'voice en exit' in de praktijk is en onder welke omstandigheden verzekerden voor het een of het ander kiezen.

- *Kiezen in de zorg*
Een van de assumpties in het huidige zorgstelsel is dat er meer wordt gekozen: selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars, en zorggebruikers kiezen hun zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Een andere aanname is dat zorgverzekeraars de keuze van zorggebruikers voor zorgaanbieders kunnen 'sturen'. Zorgverzekeraars kunnen preferente zorgaanbieders contracteren. Over de theoretische en empirische houdbaarheid van deze assumpties is nog weinig bekend.
- *Fusies en loyaliteit aan zorgverzekeraar*
Verzekerden blijven doorgaans graag verzekerd bij de zorgverzekeraar waar ze al jaren bekend zijn. Over de invloed van fusies op bijvoorbeeld de loyaliteit aan de zorgverzekeraar is nog weinig bekend. Ook is onbekend in welke mate, als het gaat om zorgverzekeringen, mensen merktrouw zijn. Dat leidt tot de vraagstelling: 'welke onbedoelde gevolgen en effecten treden na invoering van de Zvw op en via welke mechanismen komen die tot stand?'
- *Klantwaardering*
In dit thema gaat het om wat zorggebruikers/verzekerden belangrijk vinden in de service van hun zorgverzekeraar en de aangeboden zorg door zorgaanbieders. En ook wat hun feitelijke ervaringen hiermee zijn. Via trendanalyses is dit onderzoek niet alleen belangrijk voor de zorginkoop, het aanbieden van service door zorgverzekeraars en het leveren van vraaggerichte zorg door zorgaanbieders, maar ook als input voor kwaliteitsverbeteringen in de processen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Tot op de dag van vandaag zijn er meer dan 30 peilingen gehouden. Een greep uit de onderwerpen: Klantwaardering over service zorgverzekeraars, Klachtenmanagement, E-consult, Huisarts en consult, Wmo, Switchgedrag verzekerden, Substitutie 2e- naar 1e-lijn, Vertrouwen in zorgverzekeraar, Huisartsenzorg, Imago zorgverzekeraars, Aanvullende verzekeringen, Productkeuze, Vignettenonderzoek, Exit en voice, GGZ, Zorg in buitenland en Omgang met internetinformatie.

Kortom, het verzekerdenpanel is een krachtig en in deze vorm uniek onderzoeksinstrument voor de leerstoel en de AOZ.

2.2. Klachtenmanagement

Volgens Ahaus en De Haan is de relevantie van het uitvoeren van integraal klachtenmanagement⁶⁶ loyaliteit van de klanten, merkreputatie en kwaliteitsverbetering (Ahaus en De Haan, 2010). Het ware doel is volgens hen toename van de winstgevendheid. De definitie van een klacht nemen zij over uit het certificeringsschema voor klachtenmanagement IKM 3000: 'een klacht betreft de vraag, opmerking, melding of reactie van een klant waaruit blijkt dat aan zijn verwachting niet is voldaan door de organisatie (IKM, 2007)'.

Het klachtenmanagement van VGZ/UVIT is ingericht volgens de principes van het IKM 3000. In 2007 heeft certificering plaatsgevonden, en dat is herbevestigd in 2010. Binnen het Verzekerdenpanel is meermaals onderzoek verricht naar de waardering voor de klachtafhandeling binnen VGZ. Daaruit blijkt dat de praktijk toch weerbarstiger is dan de theorie. Of misschien dat klachtenmanagement in de zorg nog moeilijker is dan elders in het bedrijfsleven. Relatief veel klagers zijn ontevreden over de afloop van de behandeling van hun klacht. De vraag is of dat vooral aan het resultaat ligt of aan de wijze van behandelen van de klacht. Op dit moment gaat de interesse vooral uit naar de manier waarop de uitvoering van klachtenmanagement leidt tot de beste waardering door klagers. Daarom staat de voortgang van dit onderzoek in het teken van 'The effect of consumers' perceived justice evaluations on customer satisfaction' (Wendel e.a., 2010).

2.3. Voice of the customer

In dit deelonderzoek wordt de mogelijkheid onderzocht om meer relevante informatie van zorggebruikers en verzekerden van zorgverzekeraars te inventariseren. Dat vindt plaats door aan verzekerden/zorggebruikers die zelf naar de zorgverzekeraar bellen om bijvoorbeeld informatie te verkrijgen, informatie te verstrekken of een klacht in te dienen, hierop aansluitend enkele vragen te stellen. Vragen die van belang zijn voor het verbeteren van de service, de zorginkoop, de polissen of andere producten van de zorgverzekeraar. Deze vraagstelling verloopt dus via de Klantenservice (callcenter) van de zorgverzekeraar.

Voice of the customer analysis wordt al sinds de jaren zestig van de vorige eeuw, als onderdeel van Quality Function Deployment (QFD), wereldwijd toegepast (Mazur, 2003). QFD is ontworpen om de waardering van de klant over de kwaliteit van producten en diensten te verbeteren. De mening, wensen en uitingen van de consument of zorggebruiker zijn daarvoor onontbeerlijk. Nu is het de kunst om op de juiste momenten aan de juiste zorggebruikers de juiste vragen over de juiste onderwerpen te stellen. Mazur stelt dat het mogelijk is om de belangrijkste wensen van de belangrijkste klanten te identificeren en te vertalen naar specifieke ontwerpen en activiteiten. En dat het ook mogelijk is om dit in de zorg uit te voeren (Mazur, 2003). Voor zover bekend is over de toepassing hiervan in de Nederlandse zorg nog relatief weinig bekend.

2.4. Switchonderzoek

Dit is een van de onderzoeken in het Verzekerdenpanel. Het wordt uitgevoerd in een vroegtijdig stadium, maar wel in een periode dat verzekerden nadenken of ze willen veranderen van zorgverzekeraar. Er wordt een vragenlijst voorgelegd waarin onder andere gepeild wordt of de verzekerde van plan is te veranderen en zo ja, waarom. Ook elementen als informatievoorziening, tevredenheid over huidige verzekeraar en polis komen aan de orde. Met de resultaten van het onderzoek kan een zorgverzekeraar zich goed voorbereiden op de werkzaamheden die de overstap met zich meebrengt. Door het bestuderen van de trends worden ook de voorspellingen van de switch van verze-

kerden betrouwbaarder (De Jong e.a., 2006; De Jong en Groenewegen, 2007). Hierbij is ook belangrijk dat de informatie van de verzekerden input is voor verbetering van producten en dienstverleningsprocessen van de zorgverzekeraar.

3. Ontwikkeling meetinstrumenten, methoden en technieken en toetsing modellen

Dit onderzoeksthema is meestal een onderdeel van de overige onderzoeksthema's of is daarvoor voorwaardelijk.

3.1. Ontwikkeling meetinstrumenten

Voorbeelden:

- Selectie, ontwikkeling en toepassing van prestatie-indicatoren om door verzekeraars geïnitieerde interventies en projecten, alsmede selectieve zorginkoop adequaat te kunnen evalueren.
- Onderzoek naar de wijze waarop een klantenpanel bestaande uit verzekerden van een verzekeraar kan worden ingezet om de relatie tussen (selectieve) zorginkoop, kwaliteit van de geleverde zorg door zorgaanbieders en tevredenheid van de verzekerden te beschrijven.
- Onderzoek naar de operationalisatie van 'kwaliteit' in relatie tot de waardering van verzekerden over het inkoopbeleid van verzekeraars en de geleverde zorgprocessen door zorgaanbieders.
- Het ontwerpen van een theoretisch model aan de hand waarvan beleidsaanpassingen bij overheid en zorgorganisaties kunnen worden gedaan.

Onderwijs binnen de leerstoel

Onderzoek en onderwijs gaan vaak hand in hand. Het onderzoek in de AOZ bevordert tegelijkertijd het lerend vermogen van de deelnemende organisaties en de medewerkers. Het onderwijs binnen de leerstoel is dan ook nauw gelieerd aan het onderzoek hiervan en bestaat vooral uit de begeleiding en ondersteuning van science practitioners⁶⁷, (buiten)promovendi en assistenten in opleiding (AIO's). Op deze wijze wordt ook een bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van een lerende organisatie in de zorg. Daarmee zijn zorgorganisaties in een toekomst van vergrijzing en ontgroening beter opgewassen tegen de hierbij behorende complexe problematiek in de zorg.

Organizational learning: zorgverzekeraars in een concurrerend gereguleerd marktwerkingsmodel

De overgang tussen onderwijs en onderzoek en de nauwe verwantschap hiertussen komt goed tot uitdrukking in het onderzoeksvoorstel naar organizational learning bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders in een concurrerend gereguleerd marktwerkingsmodel.

In het zorgstelsel 'dwingt' de gereguleerde marktwerking de zorgverzekeraars in Nederland tot een onderlinge concurrentie om de gunst van de zorggebruikers/verzeke-

den (de zorgverzekeringsmarkt). De zorgverzekeraars veroorzaken door hun selectief zorginkoopbeleid vervolgens een concurrentie tussen de zorgaanbieders om de gunst van de contracten met de zorgverzekeraar (zorginkoopmarkt). En de zorgaanbieders moeten nog een keer met elkaar in concurrentie om de zorggebruikers (de zorgmarkt) (RVZ, 2008).

Dit staat in schril contrast met de ontwikkeling binnen grote bedrijven, waar grote verticaal geïntegreerde bedrijven met tienduizenden werknemers in de loop van de tweede helft van de vorige eeuw zijn veranderd in veel kleinere homogene bedrijven met platte structuren die gefocust zijn op hun core-business en slechts die zaken zelf uitvoeren die echt van belang zijn voor de concurrentie met andere bedrijven. Activiteiten die niet essentieel zijn in die concurrentie of van toegevoegde waarde zijn, worden uitbesteed of ondergebracht in kleinere afgesplitste organisaties. Een sprekend voorbeeld hiervan is DSM.

In eerste instantie ontstaan zo in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw lerende organisaties die zich sneller aanpassen aan gewijzigde externe omstandigheden. En vanaf de jaren negentig van de vorige eeuw en nu in het nieuwe millennium ontstaan meer en meer bedrijven die profiteren van interorganizational learning. Een verschijnsel hiervan is de overstap van bedrijven van een gesloten naar een open innovatie. Met andere woorden: bedrijven zijn steeds meer ook interdisciplinair gaan samenwerken waardoor ze beter in staat zijn om van en met elkaar te leren. Vooral in regionale settings zijn bedrijven deze samenwerking aangegaan en profiteren van elkaars sterkten. In die regionale verbanden worden wederzijdse interesses verkend en benut om te verbeteren en te innoveren. Daarbij spelen ook kennisinstituten een grote rol. Er lopen veel informele informatiestromen tussen bedrijven onderling en tussen bedrijven en kennisinstituten en zo ontstaat er interorganizational learning die zich manifesteert in daadwerkelijke innovatie en toegevoegde waarde.

Niet alleen in het bedrijfsleven, maar ook bij overheidsorganisaties is de ontwikkeling van gesloten via semi-open naar open systemen volop aan de gang (Thomassen, 2007). Het past binnen een ontwikkeling van kwaliteitsmanagement in een streven naar meer kwaliteitsbewustzijn richting de klanten.

Al met al lijkt de setting binnen de zorg, waarin concurrentie gepredikt wordt, waarin sprake is van steeds groter wordende bedrijven (zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders) en er een stevig toezicht lijkt te zijn op het verbod van samenwerking (NZa en NMa), niet te voldoen aan de voorwaarden die feitelijk nodig zijn om kwalitatief beter, goedkoper en meer gericht op de klant te kunnen acteren. Dat is vooral te constateren in regio's waar bijvoorbeeld ziekenhuizen, zeer tegen de zin in van zorgverzekeraars, halstarrig weigeren om samen te werken. Niet met elkaar en ook niet met kennisinstituten, waardoor het aanbod versnippert en duur is en innovatie moeilijk van de grond komt. En waardoor ook de voorwaarden voor het vormen van zorgketens niet (goed) worden ingevuld (Fabbricotti, 2007). Onderzoek hiernaar is van belang voor de evaluatie van het stelsel, het bevorderen van kwaliteit en doelmatigheid, maar ook van toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg voor de zorggebruikers en het bevorderen van zorginnovatie.

Academische Onderzoekswerkplaats Zorgverzekeraars (AOZ)

Academische Onderzoekswerkplaats Zorgverzekeraars (AOZ)

Het onderzoek in de leerstoel is gericht op de veranderingen in het Nederlandse zorgstelsel. Deze veranderingen hebben tot doel om de maatschappelijke doelstellingen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te behouden en verder te bevorderen. Over de belangrijke regierol van verzekeraars daarin zijn, zoals uitgebreid toegelicht, nog veel vragen te beantwoorden. De antwoorden hierop komen deels uit onderzoek binnen de leerstoel. Om dat onderzoek zo productief mogelijk te maken, is een nauwe samenwerking tussen de Open Universiteit, NIVEL en zorgverzekeraar VGZ/UVIT georganiseerd in de Academische Onderzoekswerkplaats Zorgverzekeraars (AOZ). Hierbij wordt gebruik gemaakt van de expertise van alle betrokken partijen. Zo brengt de AOZ praktijk, beleid, onderzoek en onderwijs bij elkaar in een samenwerking die voor iedereen, universiteit, verzekeraar, kennisinstituut, wetenschap en uiteindelijk de maatschappij, vruchten afwerpt. Belangrijke maatschappelijke problemen in de zorg worden in de AOZ geadresseerd en het onderzoek hiernaar zal bijdragen aan de kennis die nodig is om het zorgstelsel ook op langere termijn houdbaar te maken.

De AOZ is afgeleid van de Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid die, op advies van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO)⁶⁸ en na opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, sinds 2005, gesubsidieerd door ZonMw, in Nederland functioneren. ZonMw heeft in 2005, voor een periode van vier jaar, negen Academische Werkplaatsen⁶⁹ Publieke Gezondheid de unieke experimentele ruimte geboden om uit te zoeken of die doorstroom van kennis, over en weer, te verbeteren valt. De veronderstelling is dat Academische Werkplaatsen deze problemen oplossen omdat kennisontwikkeling, beleidsontwikkeling en dienstverlening door elkaar heenlopen. Academics en beleidsmakers worden coproducten van elkaars producten.

Wereldwijd wordt veel nieuwe kennis gegenereerd, maar veel van die kennis wordt door een ontoereikende infrastructuur niet verzilverd (Wehrens e.a. 2008). Onderzoeksresultaten sluiten daardoor onvoldoende aan bij de vragen uit de praktijk. En bij de uitvoering maken praktijkwerkers onvoldoende gebruik van de resultaten uit onderzoek (evidence based policy). Dat geldt ook voor de zorg in Nederland, en in het bijzonder voor de specifieke rol van zorgverzekeraars in het nieuwe zorgstelsel. Zorgverzekeraars zijn lang niet altijd betrokken bij de keuze van onderzoeksonderwerpen. Evenmin hebben ze zicht op de manier waarop en waarom die onderwerpen worden onderzocht. De resultaten ervan belanden dan ook regelmatig in het ijzeren archief van de universiteit en worden zelden geïmplementeerd in de kwaliteitscyclus, activiteiten, processen en het beleid van zorgverzekeraars. De bijdrage van de aldus uitgevoerde onderzoeken aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg is doorgaans dan ook beperkt.

Succes- en faalfactoren Academische Werkplaatsen: wijze lessen toegepast

Evaluaties van de Academische Werkplaatsen leveren een aantal succes- en faalfactoren op die belangrijk zijn voor de AOZ.

Gangaram Pandary en Zandvoort (2008) constateren in hun 'Tussentijdse evaluatie Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid' dat de beoogde doelen⁷⁰ op het moment van hun tussenevaluatie nog zelden zijn bereikt. Als reden daarvoor geven zij aan dat hiervoor een veranderingsproces in gang is gezet dat nu eenmaal langere tijd (geschat wordt 8 tot 10 jaar) vergt. Als voorwaarden voor succes bevelen zij aan dat medewerkers moeten leren met elkaar te communiceren, elkaars taal te spreken en deze te verstaan. Een andere kritische factor is de (bestendigheid van de) financiering. Ook het vertrouwen van de deelnemers in de ambitie van de Werkplaatsen lijkt een belangrijke factor.

Wehrens e.a. (iBMG, 2008) stellen in hun evaluatieonderzoek vast dat succes afhangt van persoonlijke invloeden als actieve medewerkers, een zeer betrokken deelnemer of de reeds bestaande (goede) relatie tussen de deelnemers. Ook omgevingsfactoren zijn belangrijk voor succes. Zo is een één-op-één-relatie, in dit geval het contact met maar één GGD, succesvoller dan wanneer twee verschillende GGD'en betrokken zijn. Ook de keuze van de onderwerpen heeft een directe relatie met succes. Hoe meer het onderwerp aanspreekt, hoe groter de betrokkenheid van de deelnemers.

Deze wijze lessen zijn meegenomen in de opstart van de AOZ. In de voorafgaande onderlinge communicatie met de deelnemers zijn verwachtingen, doelstellingen en bijbehorende financiering SMART⁷¹ geformuleerd en op praktische toepasbaarheid getoetst. Ook het blijvend stimuleren van enthousiasme en betrokkenheid krijgt een belangrijke plaats in de ontwikkeling van het onderzoeksprogramma. Naast informatie naar de deelnemers over de voortgang van het programma is hiervoor de wijze waarop de hoogste leidinggevenden van de deelnemers in de organisatiestructuur van de AOZ een invloedrijke plaats innemen, belangrijk. Aan de één-op-één-relatie is voldaan doordat er in principe slechts één universiteit, één verzekeraar en één kennisinstituut participeren. Tenslotte bestaat er al jarenlang een goede relatie op het gebied van onderzoek tussen VGZ/UVIT en NIVEL en vormt de bijzonder hoogleraar van de leerstoel de schakel met de OU.

Multidisciplinair gezondheidsonderzoek

Het soort (toegepast) wetenschappelijk onderzoek waar het in de AOZ over gaat, is gezondheidszorgonderzoek (GZO). Kenmerkend voor GZO is dat het zijn onderzoeksproblemen ontleent aan de maatschappelijke sector van de zorg en dat het onderzoek wordt uitgevoerd in nauwe interactie met het veld van de zorg. Deze interactie komt niet vanzelf tot stand, maar moet bewust worden georganiseerd. Een vernieuwende manier om dat te doen op het gebied van de zorgverzekeringen is de AOZ, zeker gezien de goede ervaringen met de Academische Werkplaatsen. De RGO wijst op het belang van GZO en op de rol die verzekeraars kunnen spelen, bijvoorbeeld door gegevens die door hen worden verzameld bij de uitvoering van hun taken beschikbaar te maken voor wetenschappelijk onderzoek.

Onderzoek op dit gebied in Nederland is nu nog vaak gericht op deelaspecten (zoals specifieke economische aspecten van de zorgverzekering), maar weinig geïntegreerd. Een kenmerk van problemen met een belangrijke maatschappelijke component is nu juist dat ze zich niet tot één of enkele aspecten beperken, maar dat ze een inter- of multidisciplinaire aanpak vereisen. De integrale aanpak en de directe toepasbaarheid van de resultaten van het onderzoek in de praktijk van de verzekeraar zijn kenmerken van deze leerstoel.

Praktisch toepasbaar wetenschappelijk onderzoek

Zorgverzekeraars hebben als maatschappelijk ondernemer in de zorg vooral behoefte aan praktisch toepasbaar wetenschappelijk onderzoek (evidence informed policy), waarvan de resultaten in de praktijk van de zorgverzekeraars toepasbaar en bruikbaar zijn. Aan deze wens komt de leerstoel tegemoet. Het beleid van zorgverzekeraars wordt daarmee wetenschappelijk verrijkt. Tegelijkertijd wordt de motivatie en kennis van het 'human capital' van zorgverzekeraars, de medewerkers, versterkt.

De resultaten van dit onderzoek worden gedeeld met de maatschappij en kunnen worden geïmplementeerd in het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraar. Dat geldt ook voor de resultaten die bijdragen aan een verbetering of aanpassing van de organisatie, structuur en functioneren, waaronder in het bijzonder het kwaliteitsmanagement van zorgverzekeraars.

Specifiek en tegelijkertijd integraal onderzoek, gericht op het maatschappelijk ondernemen van verzekeraars en de gevolgen daarvan voor zorgaanbieders en zorggebruikers, biedt zicht op structuren en mechanismen die een kostenefficiënte en effectieve financiering van (sociale) innovatie in de zorg bevorderen of belemmeren. Ook andere, wellicht onbedoelde effecten van het maatschappelijk ondernemen van verzekeraars en de consequenties hiervan voor de maatschappij, worden belicht.

Medewerkers AOZ

In de AOZ worden medewerkers vanuit alle drie de partijen, OU, NIVEL en zorgverzekeraars, betrokken. De interactie tussen wetenschap en praktijk komt immers voor een belangrijk deel tot stand door deelname vanuit zorgverzekeraars aan activiteiten van de AOZ. De interacties kunnen verschillend van vorm zijn. Voorbeelden zijn discussies, seminars, onderwijs en onderzoek. Medewerkers van verzekeraars die daartoe de vooropleiding en motivatie hebben, nemen deel aan onderzoek dat mogelijk uitmondt in een academische promotie.

Relevantie van onderzoek in de AOZ

De wijze van financiering van de gezondheidszorg heeft ontegenzeggelijk invloed op de structuur en werkwijze, en dus ook op de (innovatie van) producten en diensten van de gezondheidszorg (instellingen). Omdat de financiering van de gezondheidszorg voor een groot deel verbonden is aan de (selectieve) zorginkoop door verzekeraars, is onderzoek naar het resultaat (in welke mate gerealiseerd) en de consequenties hiervan voor zorgaanbieders en zorggebruikers zowel maatschappelijk als wetenschappelijk relevant.

Maatschappelijk relevantie

De maatschappelijke relevantie van onderzoek naar de betekenis van de (maatschappelijke) rol, functie en plaats van verzekeraars in de Nederlandse zorg is evident, gelet op de bedragen die er jaarlijks mee gemoeid zijn, de forse werkgelegenheid in de sector en de waarde die de Nederlanders en de politiek aan gezondheid en zorg hechten. Maatschappelijk relevant is ook de vraag of het zorginkoopbeleid van verzekeraars goed uitpakt voor de maatschappij. Worden de maatschappelijke doelstellingen gerealiseerd? Daarbij komt dat het noodzakelijk wordt geacht dat verzekeraars invloed hebben op de keuzen van hun verzekerden om het nieuwe zorgstelsel tot een succes te maken (Varkevisser e.a., 2006, RVZ, 2008 en Klink, 2008). De politiek, de zorg en de zorgaanbieders, zorggebruikers, patiënten- en cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars hebben er belang bij dat onderlinge relaties, afhankelijkheden en invloeden nader worden verklaard en toegelicht. De NZa geeft aan dat de zorginkoop vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar onderbelicht blijft. Er is onvoldoende kennis met betrekking tot de rol van kwaliteit in het zorginkoopproces (NZa, 2010). Door het onderzoek in de AOZ, waarin kennis en deskundigheden van onderzoekers en professionals uit het zorgveld worden samengebracht, krijgen wij hier wel zicht op. Uit het onderzoek van de NZa met betrekking tot zorginkoop bij ziekenhuizen komt naar voren dat hoewel kwaliteit een rol lijkt te spelen, de prijs nog steeds de doorslag geeft (NZa, 2009). Onderzoek binnen de AOZ is voor zorggebruikers, beleidsmakers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders relevant omdat het bijdraagt aan de realisatie van de maatschappelijke doelen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid.

Wetenschappelijke relevantie

In dit kader wordt vooral toegepast wetenschappelijk onderzoek binnen de leerstoel geïnitieerd en uitgevoerd. De resultaten hiervan kunnen worden geïmplementeerd in het zorginkoopbeleid, de organisatie, structuur en het functioneren (kwaliteitsmanagement) van zorgverzekeraars.

Wetenschappelijk is onderzoek op het gebied van maatschappelijk ondernemen door verzekeraars van belang omdat in bestaande faculteiten, afdelingen en onderzoeksinstituten van universiteiten wel, in toenemende mate, deelgebieden hiervan worden onderzocht, maar vaak dan niet zo zeer de verzekeraars, maar aspecten als de financiering van de gezondheidszorg (gezondheidseconomie), de klanten, de zorgaanbieders of de chronisch zieken centraal staan. Van een meer specifieke – gericht op het beleid en handelen van de verzekeraar – en tegelijkertijd integrale benadering op het terrein van relaties en samenwerkingsverbanden tussen verzekeraars en beroepsgroepen in de zorg is nauwelijks sprake; evenmin vindt gestructureerd onderzoek plaats. Ook niet met betrekking tot de relatie tussen het beleid⁷² van verzekeraars en de betekenis hiervan voor de interne organisatie en structuur van de zorgverzekeraars. En ook niet naar de relatie met zorgaanbieders, in termen van organisatie en structuur, klantgerichtheid, producten en service en beleid en functioneren en wat dit betekent voor de geleverde en ervaren kwaliteit aan patiënten. En als het handelen van zorgverzekeraars wordt onderzocht, ligt er vaak geen brug tussen dit onderzoek en de implementatie van de resultaten van dit onderzoek door zorgverzekeraars. Uitvoering binnen de

AOZ bevordert het slaan van deze brug tussen theorie (wetenschappelijk onderzoek) en praktijk (handelen van zorgverzekeraars). Zorgverzekeraars worden uitgedaagd aan te geven welke onderwerpen zij onderzocht willen zien en participeren daadwerkelijk in het onderzoek zelf, waardoor de kans dat resultaten uit het onderzoek daadwerkelijk worden geïmplementeerd toeneemt.

Samengevat

Het onderzoek in de AOZ is zowel wetenschappelijk als maatschappelijk relevant. Het bindt en verleidt mensen uit de praktijk om de rites en rituelen, de normen en methodieken van de wetenschap te omarmen en deze geleidelijk aan te begrijpen en te waarderen om daarmee het eigen handelen te verbeteren. Maar ook om daarmee de wetenschap te voorzien van nieuwe of vernieuwende praktische en professionele kennis en modellen, en de maatschappij van oplossingen voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

Op dit moment is er nog relatief weinig kennis over de regierol van de zorgverzekeraars. En dat geldt in het bijzonder voor het belangrijkste instrument voor die regierol, de zorginkoop. Er is behoefte aan informatie over de omstandigheden waaronder zorginkoop in theorie kan leiden tot kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing. Het is tot dusver onduidelijk welke prikkels en instrumenten hiervoor nodig zijn. Het is de hoogste tijd om op dit punt een flinke stap voorwaarts te maken.

De resultaten van het onderzoek in de AOZ zijn zowel nationaal als internationaal voor wetenschap en praktijk van belang. Nationaal is het onderzoek van belang voor beleidsmakers, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorggebruikers. Internationaal wordt er naar het Nederlandse zorgstelsel gekeken en is er behoefte aan informatie over de werking ervan.

De AOZ is de brug die geslagen wordt tussen het wetenschappelijke professionele onderzoek bij de OU en NIVEL en de inhoudelijke, vaktechnische professie bij zorgverzekeraars én zorgaanbieders. In die setting kan gericht en vruchtbaar onderzoek worden gedaan naar de betekenis van de regierol van de zorgverzekeraars in Nederland. Pas daarna kan er een definitief antwoord worden gegeven op de vraag of de regierol van de zorgverzekeraar een feit of een fictie is.



Dankwoord

Aan het eind van deze rede past een woord van dank. Allereerst dank ik het College van Bestuur en de faculteit Managementwetenschappen van de Open Universiteit, in het bijzonder de decaan van deze faculteit prof. dr. Van den Bosch voor het in mij gestelde vertrouwen. Herman, vanaf het moment dat we ons eerste gesprek voerden, voelde ik jouw respect, waardering en warme belangstelling voor wat ik deed en wilde op het terrein van onderzoek in de zorg. Dat had en heb ik nodig om te presteren. Mede daardoor voelde de OU van meet af aan als een warme deken. Mijn collegae in de faculteit: hoogleraren, docenten, secretaresses en ondersteunend personeel bedank ik voor het creëren van de juiste omgeving waarbinnen ik een bijdrage kan leveren aan de zorg in Nederland. Jullie zijn echt collegiaal en doen gewoon. Het is heerlijk om hier te werken.

Wetenschap bedrijven doe je niet alleen, zeker niet in de Academische Onderzoekswerkplaats Zorgverzekeraars (AOZ). Ik bedank de hoogleraren Van der Zee, Helders en Groenewegen voor de tijd die ze, alweer jaren geleden, in mij wilden investeren zodat ik nu zelf een wezenlijke bijdrage aan het onderzoek in de zorg mag leveren. Jouke en Paul begeleidden mij in 1993 naar mijn promotie. Peter, van jou heb ik, soms mondjesmaat, soms met bakken tegelijk, de liefde voor het vak onderzoek in mijn tijd bij NIVEL en ook daarna ontvangen. Zonder jou was ik niet gepromoveerd en daarmee geen hoogleraar geworden. En meer dan dat, ook mijn manier van observeren, analyseren en concluderen zijn in het bijzonder door jou beïnvloed. Ik dank de onderzoekers en ondersteuners van het NIVEL die vanaf het begin in 2006 hebben meegewerkt om het Verzekerdenpanel tot een succes te maken. Jullie hebben bijgedragen aan de vele peilingen die we inmiddels hebben uitgevoerd waardoor we telkens weer een beetje meer weten van de zorg, de zorgverzekeraar en zijn klanten. En natuurlijk bedank ik dr. De Jong van NIVEL. Judith, na een aantal hectische jaren samen in het Verzekerdenpanel, durf je het ook aan om samen met mij de AOZ wetenschappelijk in goede banen te leiden.

Ik bedank ook prof. Dankbaar en dr. Blinkhof. Ben, je bracht me, terwijl ik volop bezig was met mijn managementcarrière bij VGZ, weer op het spoor van mijn oude liefde, de wetenschap. Annemieke, van jou leerde ik hoe belangrijk kwaliteit is, maar ook hoe ongelooflijk moeilijk het is om dit te implementeren in een professionele organisatie. En meer nog, van jou kan iedereen leren hoe je, ook in moeilijke omstandigheden, tot grootse prestaties in staat kunt zijn en hoe je ook in de zorg of bij een zorgverzekeraar een continue verbetering van en door kwaliteit kunt realiseren.

Natuurlijk bedank ik ook de leden van de Raad van Bestuur van Univé, VGZ, IZA en Trias, Martin Bontje, Martin Duvivier, Rob Hillebrand en Maurice Oostendorp en in een eerder stadium Edwin Velzel, omdat zij mij financieel de gelegenheid bieden om deze leerstoel daadwerkelijk in te vullen. In dit verband bedank ik ook Roland Kip voor zijn belangrijke bijdrage in dit traject.

Ik dank ook alle medewerkers van VGZ en ACCHeerlen voor het bieden van de kans om mijn ideeën over management in de praktijk uit te voeren. Ik sta er nog steeds van te kijken dat al die mensen, van werkvloer tot directie, telkens weer mijn talrijke ideeën probeerden te begrijpen, ze innovatief, creatief en ambitieus oppakten en bij de uitvoering ervan boven zichzelf uitstegen en grote prestaties leverden. Het is alleen jammer dat die prestaties niet altijd op hun juiste merites zijn gewaardeerd. Dat er vandaag zoveel van deze mensen aanwezig zijn, beschouw ik graag als een warme vorm van waardering. Ik dank ook alle collegae die het, eufemistisch gezegd, niet altijd met mijn denkbeelden eens waren voor de door hun geboden weerstand. Ik kon daardoor een wilskracht ontwikkelen om te presteren die ik anders niet zou hebben vertoond.

Een aantal mensen binnen en buiten de Open Universiteit heeft een bijdrage geleverd aan deze oratie. Ik bedank Marianne en Nicole die veel voor mij regelden en organiseerden, Roel die op een professionele wijze de redactie voor zijn rekening nam. Ik bedank Mirianne voor de prachtige illustratie op het omslag van het boek, waarin zij de begrippen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg kunstzinnig heeft gesymboliseerd.

Familie is belangrijk, zeker als die minder groot is dan je wel eens zou hebben gewenst. Maar het zit hem toch vooral in de kwaliteit en niet in de kwantiteit. Ik bedank mijn zonen voor hun begrip voor het feit dat ik er niet altijd was en ben. Ik ben ontzettend trots op hen en niet minder op mijn kleinkinderen: de een nog mooier en slimmer dan de andere. Ik bedank José die er in al die jaren dat ik studie en (veel) werken combineerde telkens voor gezorgd heeft dat de zorg voor huis en kroost toch op het vereiste kwalitatieve peil bleef. Zij heeft daarmee een belangrijke bijdrage geleverd.

Zeer geachte aanwezigen, beste vrienden, collegae en familie, ik dank jullie allen hartelijk voor jullie aanwezigheid en belangstelling hier vandaag.

Ik heb gezegd!



Literatuurverwijzingen

- Ahaus, C.T.B. en F.J. Diepman. (1998, 2005). *Balanced Scorecard & INK-managementmodel*. Kluwer, Apeldoorn.
- Ahaus, C.T.B. en E. de Haan. (2010). *Integraal klachtenmanagement, inspiratiebron voor klantloyaliteit, merkreputatie en kwaliteitsverbetering*. Kluwer, Deventer.
- Alexander, J.A., T. D'Annunzio en M.J. Succi. (1996). Determinants of profound organizational change: Choice of conversion or closure among rural hospitals. *Journal of Health and Social Behavior*. 37(3), 238-251.
- Arcare, AVVV, LOC, NVVA, Sting. *Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg. (2005), een ontwikkelingsmodel voor verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door organisaties van cliënten, aanbieders, beroepsgroepen in afstemming met IGZ, VWS en ZN*.
- Assen, M. van, W. Ploos van Amstel en M. de Vaan. (2010). *Praktijkboek Supply Chain Management. Aanpak, concepten en modellen voor operational excellence in de keten*. Kluwer, Deventer.
- Blinkhof, J.M, E.C. Curfs en P.P. Groenewegen. In voorbereiding. (2010). *The Insurance reform in the Netherlands and the position of Insurance companies: a case study*. Wijchen.
- Blinkhof, J.M. (2007). *De klantgerichte bureaucratie, Zorgverzekeraar VGZ, een gevalstudie*. Dissertatie. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Boer, D. de en M. Hendriks, e.a. (2007). *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2007*. Utrecht: NIVEL.
- Boot, J.M. en M.H.J.M. Knapen, (2005). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Bohn, Stafleu van Loghum, Houten.
- Bosch, van den, H. en M. Caniëls. (2008). *Improving the involvement of higher education institutions in learning and innovation in a regional framework*. Open Universiteit Heerlen.
- Bottenburg, M. van, G. de Vries en A. Mooij. (1999). *Zorg tussen staat en markt. De maatschappelijke betekenis van de Ziekenfondsraad 1949-1999*. Uitgeversmaatschappij Walburg Pers, Zutphen.
- Buijsen, M. (2008). *Het recht op zorg is een mensenrecht. Hoe staatspaternalisme leidt tot discriminatie*. Tijdschrift Socialisme& Democratie 5, 14-19.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2010). *Kerncijfers zorg*. Voorburg/Heerlen.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (juli 2010). *Statline-zorgrekeningen: uitgaven (in lopende en constante prijzen) en financiering*. Voorburg/Heerlen.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2009). *Gezondheid en zorg in cijfers 2009*. Voorburg/Heerlen.
- Combée, B. (2010). Position paper. *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg*. Consumentenbond, Den Haag.
- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie Dekker). (1987). *Bereidheid tot verandering*. Staatsdrukkerij, Den Haag.
- Companje, K.P. en A. Kos, (samenstellers). (2002). *Jaarboek HiZ 2000/2001. Stelselwijzigingen en basisverzekering 1940-2002*. Stichting Historie Ziekenfondswezen, Amsterdam.
- Curfs, E.C. (2009). *Bijzondere Leerstoel 'maatschappelijk ondernemen door zorgverzekeraars': Leerstoelbeschrijving*. Open Universiteit Heerlen.
- Curfs, E.C. en H. Wijgergans. (2010). *Zorgverzekeraar VGZ IKM 3000-gecertificeerd. Eindstation ... of motor voor verdere ontwikkeling?* Uit: *Integraal klachtenmanagement* (red. Ahaus, C.T.B. en E. de Haan) (2010). Kluwer, Deventer.
- Damme, E. van, en M.P. Schinkel. (2009). *Marktwerking en Publieke Belangen*. Koninklijke vereniging voor de Staathuishoudkunde, Preadviezen 2009. Amsterdam.

- Delnoije, D. (2009). *Zicht op kwaliteit. Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief. Inaugurale rede.* Universiteit van Tilburg.
- Dirken, J.M. (2001). *Academische kleding, een ontwerp-functionele en historische bespiegeling.* Afscheidsrede, Technische Universiteit Delft.
- Ellenkamp, J.H. (2007). *Met zorg aanbesteden. Consequenties van aanbesteden voor de zorgsector.* Eindwerkstuk MBA-H, Erasmusuniversiteit Rotterdam.
- Elsinga, E. en Y.W. van Kemenade. (1997). *Van revolutie naar evolutie, tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg.* De Tijdstroom, Utrecht.
- Fabbriotti, I.N. (2007) *Zorgen voor zorgketens, integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens.* Dissertatie. Erasmus universiteit Rotterdam.
- Friele, R.D. e.a.. (2009). *Evaluatie Wet marktwerking gezondheidszorg.* ZonMw, Den Haag.
- Gangaram Panday, U. & R. Zandvoort. (2008). *Tussentijdse evaluatie Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid.* Den Haag: ZonMw.
- Gelderman, C.J. en B.J. Albronda. (2007). *Professioneel inkopen.* Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten.
- Groenewegen, P. (1992). *Herstructurering van de Gezondheidszorg: van imperfecte planning naar een imperfecte markt?* Inaugurale rede, Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Grönroos, C. (1982). *Strategic Management and Marketing in the Service Section.* Finland: Swedish School of Economics and Business Administration.
- Groot, G.R.J. de. (2005). De zorgverzekeraar: spin in het web? *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2927, 40-60, 2005.
- Hooghuis, M, en Th. Vonk. (2009). *De waarde van zorg.* NVZ / Synovate, Utrecht.
- Hoeven, H.C. van der. (1989). *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting. De werkelijkheid over het Ziekenfondsbesluit 1941.* Koninklijke Vermande BV, Den Haag.
- Idenburg, P.J. en M. van Schaik. (2010). *Diagnose 2025, over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg.* BeBright.
- IKM 3000. (2007). *IKM 300-standaard, Certificeringsschema Integraal Klachtenmanagement.* Den Bosch.
- INK, Handleiding. (2008). *Positie en Ambitie bepalen.* Zaltbommel.
- De Jong J. D., P.P. Groenewegen, en E.C. Curfs (2009). *Keuze verzekerd: onderzoek in publiek-private samenwerking rond een access panel van verzekerden van UVIT 2009-2012.* Onderzoeksaanvraag. Utrecht.
- De Jong J. D., M. Hendriks, D. Delnoij, en P.P. Groenewegen. *Massale overstap van zorgverzekering in 2006 lijkt eenmalig. Dit jaar wisselt 5% van de bevolking.* NIVEL, 2006.
- De Jong J. D. en P.P. Groenewegen. *Percentage overstappers van zorgverzekeraar valt terug. Collectivisering zet door.* NIVEL, 2007.
- Klink, A. (2008). *Standpunt op RVZ-advies zorginkoop.* Kamerstuk, 22 juli 2008. Den Haag.
- Klink, A. (2009). *Voorhangbrief keten-DBC's en huisartsenbesteding.* Kamerstuk, 13 juli 2009. Den Haag.
- Maat, M.J.P. van der, en J.D. de Jong. (2010). *Eigen risico in de zorgverzekering: het verzekerdenperspectief.* Een onderzoek op basis van het ConsumentPanelGezondheidszorg. NIVEL, Utrecht
- Mazur, G. (2003). *Voice of the Customer (Define): QFD to Define Value. Proceedings of the 57th American Quality Congress.* Kansas City.
- Meer, J.B.W. van der. (1998). *Equal Care, equal Cure? Socioeconomic differences in the use of health services and the course of health problems.* Dissertatie. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Meer, van der, J. en J.S.A.G. Schouten. (1997). *Effecten van zorg.* Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. RIVM / Elsevier, Bilthoven.
- Meijer, A. (2010). *Publieke organisaties & Kwaliteit.* Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschappen (KSBO).

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2001). *Vraag aan bod. Hoofdpijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*. Den Haag.
- Nederlands Tijdschrift Geneeskunde (2003). *Toename onverzekerde patiënten in VS*. Bericht. 147. 2187.
- Nowotny, H. P. Scott, en M. Gibbons. (2003). Introduction. *'Mode 2' revisited: The New Production of Knowledge*. Minerva 41: 179-194.
- Nederlandse Zorg autoriteit. (2009). *Monitor Ziekenhuiszorg. Tijd voor reguleringszekerheid*. Utrecht: NZa.
- Nederlandse Zorg autoriteit. (2010). *Monitor Zorginkoop zorgverzekeraars*. Utrecht: NZa.
- Okma, K.G.H. (2009). *Recent Changes in Dutch Health Insurance: Individual Mandate or Social Insurance?* New York University, New York.
- Pomp, M. (2008). *Uitgavenbeheer in de ouderenzorg. Drie beleidsopties*. RVZ, Den Haag.
- Putters, K. & T.E.D. van der Grinten. (1999). Maatschappelijk ondernemen in de zorg in *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, 49/SFG, 37/73.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2008). *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg*. Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2008). *Zorginkoop*. Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2008). *Beter zonder AWBZ?*. Den Haag.
- Reitsma - van Rooijen, M., en J.D. de Jong. (2010). Betalen voor SEH schrikt af: ook mensen met acute klachten blijven weg. *Medisch Contact*, vol 65, nr. 29-30, 1479-1481.
- RGO. (februari 2003). *Advies Kennisinfrastructuur public health: kennisverwerving en toepassing*. Den Haag: RGO.
- Schnabel, P. (2010). *Zorgvraagstukken in vogelvlucht*. Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Schijndel, B, en G. Berendsen. (2007). *Kwaliteit is mensenwerk, relationele kwaliteit als kwaliteitsfactor*. Synaps: 5e jaargang, juli 2007, nummer 23, 7-11.
- Schellevis, F.G. (2006). *Je gaat het pas zien als je het door hebt: multimorbiditeit in de huisartspraktijk*. Oratie. NIVEL/VU. Amsterdam.
- Smits, J.P.J.M. M. Droomers, en G.P. Westert. (2002). *Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland*. RIVM. Bilthoven.
- Teeuwen, R.T.S.M. (1998). *Het ziekenfondsbestel in historisch perspectief, een studie naar de onderscheidene kenmerken van Nederlandse ziekenfondsen*. Stichting Historie Ziekenfondswezen HiZ, Zeist.
- Thomassen, J.P. (2007). *De klantgerichte overheid, werken aan en voor tevreden burgers en organisatie*. Kluwer: Deventer.
- Tweede Kamer (1974). *Structuurnota Gezondheidszorg*. Staatsuitgeverij, Den Haag.
- Tweede Kamer (1988). *Verandering verzekerd*. Kabinetsnota aan het parlement. Kamerstukken 1987-1988, 19.945, nrs. 27-28. Staatsdrukkerij, Den Haag.
- Tweede Kamer (1995). *Zorg in het regeerakkoord*. Kabinetsnota aan het parlement. Kamerstukken 1994-1995, 24.124, nrs. 1-2. Staatsdrukkerij, Den Haag.
- Varkevisser, M., N. Polman, en S.A. van der Geest. (2006). *Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen 'sturen'*. *Economisch Statistische Berichten*, 4478, 38-40.
- Vektis. (2010). *Zorgthermometer 2010 Verzekerden in beweging*. Zeist.
- Ven, Van der, W.P.M.M. F.T. Schut, H.E.G.M Hermans, J.D. de Jong, M. van der Maat, R. Coppen, P.P. Groenwegen en R.D. Friele. (2009). *Evaluatie Zorgverzekeringwet en Wet op de zorgtoeslag*. ZonMw, Den Haag.
- Vonk, T., en M. Hooghuis. (2009). *De waarde van zorg*. NVZ vereniging van ziekenhuizen/Synovate.
- Vos, L., J.D. de Jong, P. Spreeuwenberg, E.C. Curfs, en P.P. Groenwegen. (2010). *Aangeboden aan BMC Health Services Research. Patients' use of and preferences for primary and secondary Care: a multinomial multilevel regression model*. Utrecht.

- Waters, H., L. Morlock, en L. Hatt. (2004). How HealthCare Purchasers Can Influence Quality – A Conceptual Framework and Comparative Analysis of Contextual Factors. *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 19, No. 4. 365-381.
- Wehrens, R., M. Bekker, S. van Egmond, K. Putters en R. Bal. (2008). De Academische Werkplaats als grensorganisatie. TSG: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, nr. 6, 288-295.
- Wendel, S., J. D. de Jong, en E.C. Curfs (2010). *The effect of consumers' perceived justice evaluations on customer satisfaction: A study of the Dutch healthcare insurance market*. Presentation paper. Utrecht.
- Westert, G.P., M.J. van den Berg, S.L.N. Zwakhals, R. Heijink, J.D. de Jong en H. Verkleij. (2010). *Zorgbalans; De prestaties van de Nederlandse zorg*. RIVM, Houten.
- WET van 16 juni 2005, houdende regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking. (2005). *Zorgverzekeringswet*. Staatsblad, 2005, 358. Den Haag.
- WET van 16 juni 2005, houdende regels inzake de aanspraak op een financiële tegemoetkoming in de premie van een zorgverzekering vanwege een laag inkomen. *Wet op de zorgtoeslag*. (2005). Staatsblad, 2005, 369. Den Haag.
- WET van 7 juli 2006, houdende regels inzake marktordering, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg. *Wet marktordering gezondheidszorg*. Den Haag.
- ZN. (2010). *Zorginkoop AWBZ 2011: Gezamenlijke leidraad voor de zorgkantoren*. Zeist.

Bijlage 1 Vragen, gerangschikt naar aandachtsgebieden van het INK-managementmodel

(vrij naar INK, 2006)

INK organisatie- en resultaatgebieden	
Vragen over regierol zorgverzekeraar in het zorgstelsel in Nederland	
Organisatiegebieden	
Leiderschap	<ul style="list-style-type: none"> - Is de zorgverzekeraar, qua organisatie, structuur en (kwaliteits)management, ingericht op het uitvoeren van de regierol? - Zijn er samenwerkingsverbanden die het uitvoeren van de regierol faciliteren? - Is het voor iedereen binnen de organisatie van de zorgverzekeraar duidelijk wat de koers van de regierol omvat? - Weten alle interne en externe stakeholders wat de koers betreffende de regierol is? - Welk kwaliteitsmanagement passen zorgverzekeraars toe? Hoe verloopt de PDCA-cirkel?
Strategie en Beleid	<ul style="list-style-type: none"> - Willen alle zorgverzekeraars in Nederland de regierol in het nieuwe zorgstelsel uitvoeren? Zo nee, waarom willen sommige zorgverzekeraars dat niet en wat zijn daarvan de consequenties? - Is het mogelijk om de regierol te spelen? Biedt het stelsel voldoende voorwaarden hiervoor? Zo nee, welke voorwaarden zijn dan nodig en kunnen die worden ingevoerd? - Hoe is de regierol in de strategie van de zorgverzekeraars verwoord? - Willen zorgverzekeraars via verticale integratie een rol spelen in het nieuwe zorgstelsel? - Worden er door de zorgverzekeraar in- en externe omgevingsanalyses uitgevoerd? - Is er transparantie in doelen, maatstaven en normen en behaalde resultaten?
Management medewerkers	<ul style="list-style-type: none"> - Zijn de consequenties van de regierol voor het personeelsmanagement vastgesteld? - Vindt er professionalisering van mensen en processen plaats bij zorgverzekeraars gericht op de regierol? - Welke eisen stellen zorgverzekeraars aan hun medewerkers met het oog op de regierol?
Management van middelen	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe vindt monitoring van de processen plaats binnen een kwaliteitsproces van continu verbeteren?
Management van processen	<ul style="list-style-type: none"> - Welke processen spelen een rol bij de regierol van de zorgverzekeraar en hoe zijn die processen op elkaar afgestemd? - Welke indicatoren worden benut om de processen van de zorgverzekeraar aan- en bij te sturen? - Worden benchmarking (tussen zorgverzekeraars) en best practices (ook van andere bedrijven dan zorgverzekeraars) benut om het proces van de regierol van zorgverzekeraars voortdurend te verbeteren? - Hoe zijn de voornaamste stakeholders, de zorgaanbieders en zorggebruikers, betrokken in deze processen?

Resultaatgebieden

Klanten en leveranciers

- Wordt de klanttevredenheid over zowel het zorgaanbod (in relatie tot de zorgvraag) als de dienstverlening van de zorgverzekeraar zelf gemeten en toegepast in de PDCA?
- Wordt de leverancierstevredenheid gemeten en toegepast in de PDCA?
- Wat betekent de regierol van de zorgverzekeraar voor de organisatie en structuur van de zorgaanbieders en zorggebruikers?
- Wat betekent de regierol van de zorgverzekeraars voor de kwaliteit van de producten en diensten van zorgaanbieders?

Medewerkers

- Wordt de medewerkerstevredenheid in relatie tot de regierol gemeten en verwerkt in de PDCA van de organisatie (bijvoorbeeld in opleiding, resultaatafspraken en functionerings- en beoordelingsgesprekken) ?

Maatschappij

- Past het maatschappelijk imago van de zorgverzekeraar bij de rol van regisseur in de zorg?
- Is het maatschappelijk jaarverslag transparant in het vermelden van de bereikte doelen en resultaten op het terrein van de regierol van de zorgverzekeraar?

Bestuur en financiers

- Is het financieringsbeleid voldoende stabiel om de regierol uit te kunnen voeren?
- Is het bestuur tevreden over het maatschappelijk imago?
- In welke resultaten wordt de regierol van de zorgverzekeraars weergegeven?
- Hoe is de participatie van de verzekerden geregeld binnen de zorgverzekeraar?

Afkortingen

AFM	Autoriteit Financiële Markten
Aio	Assistent in opleiding
AMM	Aanmerkelijke Marktmacht
AOZ	Academische Onderzoekswerkplaats Zorgverzekeraars
AVVV	Algemene Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBP	Bruto binnenlands product
BEOZ	Capaciteitsgroep Beleid, Economie en Organisatie van Zorg
BKZ	Budgettair Kader Zorg
Cahpri	School for Public Health and Primary Care
CBS	Het Centraal Bureau voor de Statistiek
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CQ-index	Consumer Quality Index
CVR	Cardio Vasculair Risicomanagement
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC's	Diagnose Behandel Codes
DNB	De Nederlandsche Bank
GBI's	Gezondheidsbevorderende instellingen
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
iBMG	Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit
JOZ	Jaaroverzicht Zorg
LOC	Landelijke Organisatie Cliëntenraden
MDW	Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit
MSU-inkoopmodel	Michigan State University-inkoopmodel
NCEBP	Nijmegen Centre for Evidence Based Practice
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NVVA	Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OECD	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
OPTA	Onafhankelijke Post en Telecommunicatie Autoriteit
OU	Open Universiteit
PDCA	Plan-Do-Check-Act
pgb	Persoonsgebonden budget
QFD	Quality Function Deployment
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
RIO's	Regionaal Indicatie Orgaan
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden
Tranzo	Wetenschappelijk Centrum voor Transformatie in Zorg & Welzijn
UVIT	Univé, VGZ, IZA, Trias
VU	Vrije Universiteit Amsterdam
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Wtg	Wet tarieven gezondheidszorg
Wzt	Wet op de zorgtoeslag
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet



Noten

1. Regierol: verantwoordelijkheid voor toegankelijkheid, kwaliteit en beheersing van kosten van de Zorg (de Groot, 2005).
2. Zorgverzekeraar is een wettelijk begrip (De Groot, 2005). Het is een verzekeringsonderneming die zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert, als bedoeld in de eerste richtlijn schadeverzekering.
3. Zorgaanbieders is synoniem met zorgverleners, medische beroepsbeoefenaren.
4. Zorggebruiker vervangt termen als patiënt, cliënt, consument, zorgvragende en dergelijke.
5. Onder gezondheidszorg worden de activiteiten verstaan die er op gericht zijn tekorten in de gezondheidstoestand en/of zelfredzaamheid van individuen op te heffen, te reduceren, te compenseren en/of te voorkomen (Van der Meer en Schouten, 1997).
6. In 2009 bedragen de zorgkosten volgens de Rijksbegroting van VWS € 58 miljard (€ 31 miljard voor de Zvw en € 21 miljard voor de AWBZ).
7. Collectieve uitgaven zijn overheidsuitgaven en uitgaven voor sociale zekerheid.
8. Omdat collectieve uitgaven onderdeel zijn van het loon, wordt arbeid duurder bij stijgende zorgkosten.
9. Belangrijke oorzaken van de stijgende kosten zijn (Westert e.a., 2010; Pomp, 2008; Schnabel, 2010):
 - Demografie: vergrijzende en ouder wordende Nederlandse bevolking doet de zorgvraag toenemen; de kans op het ontstaan van multimorbide chronische (het tijdens een bepaalde periode optreden van meer dan één langdurige ziekte in één individu, Schellevis (2006)) klachten is, vooral bij vrouwen, groter.
 - De technologische vooruitgang en de ontwikkeling van nieuwe medicijnen maken nieuwe en betere behandelingen mogelijk waardoor de kosten stijgen.
 - Kwaliteitseisen: door stijgende welvaart stelt de samenleving steeds strengere eisen aan de kwaliteit van ouderenzorg.
 - Door meer transparante informatie met zicht op behandelmogelijkheden neemt zorggebruik toe
 - Latente behoeften aan zorg worden manifest, doordat bijvoorbeeld de toegang tot de GGZ is vergemakkelijkt. Maar ook omdat kwaaltjes waar je vroeger mee doorliep, nu effectief behandeld kunnen worden.
 - De toenemende differentiatie en specialisatie van zorgaanbieders. Zorg wordt daardoor intensiever maar het grotere aanbod schept ook een grotere vraag en latente behoeften worden manifest. Daardoor neemt het zorgaanbod en de bijbehorende kosten toe.
 - Het Baumol-effect: loonontwikkelingen in de zorg volgen die in de marktsector, maar productiviteitsgroei blijft achter.
 - Liberalisatie van het zorgstelsel maakt zorg gemakkelijker toegankelijk (bijvoorbeeld fysiotherapie zonder verwijzing)
 - Wijzigingen in regels en richtlijnen. Het aantal patiënten in ziekenhuizen nam toe na het loslaten van de budgetplafonds.
10. Betaalbaarheid is volgens Van der Ven e.a. (2009): op microniveau: doelmatig, geen verspillingen; op macroniveau: betaalbaar voor de samenleving door een beheerste ontwikkeling van de macrokosten. Westert. e.a. sluiten aan bij de gedachterein van Chernen e.a.: 'Zolang de uitgaven aan alle andere producten en diensten naast gezondheidszorg (of: totale inkomen – zorguitgaven) niet dalen, is de zorg betaalbaar' (Westert. e.a., 2010).
11. Toegankelijkheid is volgens Van de Ven e.a. (2009): financiële toegankelijkheid: premie en eigen betalingen mogen geen belemmering vormen voor mensen om medische toegang te hebben tot de juiste zorg binnen een redelijke reisafstand en binnen een redelijke periode.

12. Lang niet iedereen is voorstander hiervan. Zowel in de politiek, het zorgveld als in de wetenschap zijn daartegen weerstand en bedenkingen. Die variëren van ideologisch; 'solidariteit in de zorg is een hoog goed' tot sociaal; 'zwaarste lasten op de sterkste schouders' en zorginhoudelijk; 'verhoging van eigen risico's kan betekenen dat verzekerden geen gebruik maken van zorg als dat wel nodig' (Reitsma-van Rooijen en De Jong, 2010; Van der Maat en De Jong, 2010). Maar nood breekt wet en het lijkt erop dat een meerderheid van de politieke partijen en zorgverzekeraars (ZN, 2010) van mening is dat een verhoging van eigen risico's en eigen betalingen noodzakelijk en wenselijk is.
13. In de periode 2001-2002 waren 43,6 miljoen Amerikanen niet verzekerd tegen ziektekosten: dat is meer dan 15% van de bevolking (Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 2003).
14. Verzekerden krijgen zorg in natura (zorgverstrekingen), de nota wordt betaald door het ziekenfonds.
15. Wet Tarieven Gezondheidszorg waarmee het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) vanaf 1982 alle tarieven in de zorg vaststelt en controleert Zo wordt getracht om met een intensieve overheids-interventie de nadelige effecten van het 'marktfalen' uit de jaren '60 weg te nemen.
16. Van Damme en Schinkel beschrijven hoe de marktwerkingsgedachte in Nederland een grote vlucht nam. Het eerste kabinet Kok (1994-1998) startte de grootschalige MDW-operatie (Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit) die aanvankelijk als een groot succes werd gezien: 'de parel van paars' (Kamerstukken, nr. 24036). Ook de sectorspecifieke toezichhouders, de OPTA, de Energiekamer en de NZa deden hun intrede. In 2005, een jaar voor de invoering van de Zvw, concludeerden economen dat de baten van meer concurrentie de kosten overstegen en dat marktwerkingsoperaties toch vooral verdiept en verder uitgerold moesten worden naar de zorg, de financiële sector en op termijn ook naar het onderwijs (uit Van Damme en Schinkel, 2009). Maar heel opmerkelijk: de politiek was toen al lang weer een ander pad ingeslagen. In 2000 publiceerde de WRR het rapport 'Het borgen van publiek belang', een pleidooi tegen marktwerking en privatisering. De watersector lobbyde als eerste succesvol tegen privatisering. En ondanks dat de schwing er uit was, ging privatisering in de zorg, met eerst Hoogervorst en later Klink onverminderd door. Het proces van privatisering stopte in 2007. Op dringend verzoek van de Kamer onderzochten de ambtenaren de effecten van het tot dan in Nederland gevoerde marktwerkingsbeleid. In februari 2008 publiceerden zij overwegend positieve resultaten. Waar cijfers aanwezig waren, had marktwerking, in combinatie met wet- en regelgeving, positief en in elk geval geen negatief effect op de beschouwde publieke belangen, doelmatigheid, toegankelijkheid.
17. Het gezondheidsmodel in de nota 2000 brengt samenhang in de factoren die op deze gezondheid van invloed zijn: biologische factoren, fysieke omgeving, maatschappelijke omgeving en de leefwijze van mensen. De vraagzijde van de zorg komt hierdoor pregnant in beeld.
18. Zorg wordt niet meer in voorzieningen, maar in functionele termen beschreven. Dit koppelt de aangeboden zorg los van de plaats waar zorg wordt aangeboden en maakt het systeem flexibeler. Niet de voorziening maar de functie wordt gefinancierd (uit Boot en Knapen, 2005).
19. De Commissie Dekker (Commissie Structuur en financiering gezondheidszorg) constateert in het rapport 'Bereidheid tot verandering' o.a. dat overbodige zorg niet wordt voorkomen; dat het zorgaanbod, en niet de zorgvraag de zorgafname bepaalt; dat er onvoldoende preventie in het pakket aanwezig is; dat er een te geringe flexibiliteit van aanbod en organisatievorm is; dat zorg nog steeds wordt gedefinieerd in termen van instellingen en niet van te verlenen zorg en dat substitutie niet te realiseren is.
20. Lubbers II introduceert de benaming 'zorgverzekeraar'.
21. De trage voortgang van de stelselwijziging wordt verklaard uit de veelheid van actoren en belangen in de zorg en hangt samen met het strategisch gedrag, de retoriek en de uiteenlopende visies van de verschillende partijen op de ordening in de zorg (Elsinga, 1997).
22. JOZ is het Jaaroverzicht Zorg.

23. Diagnose Behandel Codes.
24. Door 'lackluster political backing, stakeholder opposition and erosion of popular support' (Okma, 1997).
25. De Zvw verzekert vooral zorg uit de Cure-sector. Voor de Care-sector bestaat als sinds 1968 de 'basisverzekering Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).
26. In principe is iedereen die in Nederland woont of loonbelasting betaalt, verzekerd voor de AWBZ en daarvoor verplicht voor zichzelf en eventuele gezinsleden een verzekering te sluiten voor de Zvw (Zvw, 2006).
27. Blinkhof verklaart die geringe weerstand met 'een opmerkelijk adaptieve en anticiperende ontwikkeling in de structuur en organisatie van de Nederlandse zorgverzekeraars' op veranderende wet- en regelgeving waardoor de voorwaarden vorm werden gegeven om de Zvw daadwerkelijk in te voeren (Blinkhof e.a. 2010). Die anticipatie van verzekeraars vond plaats binnen een toenemende functionele rationaliteit in de westerse samenleving (Groenewegen, 1992). Deze veroorzaakte een shift in de dominantie van overheidsdenken om grote maatschappelijke problemen in de zorg aan te pakken van een centrale overheidsplanning (het denkbeeld van een maakbare wereld) naar de introductie van marktelementen in de zorg (het neoliberale marktdenken) (zie ook Van Damme e.a., 2009).
28. Regulering van de marktwerking is nodig omdat de zorg geen gewone markt van vraag en aanbod is. De Groot (2005) noteert de volgende verschillen:
 - De patiënt maakt niet uit vrije wil gebruik van medische zorg, maar omdat het nodig is en op onvoor spelbare momenten.
 - Hij is afhankelijk van het professioneel oordeel van de arts (informatieasymmetrie).
 - Hij kan de kwaliteit van de zorg niet goed zelf beoordelen.
 - Bij de afweging van de patiënt is de wens weer gezond te worden dominant.
 - De prijs speelt nauwelijks een rol omdat de kosten door de verzekering worden gedekt.
 - Vraag en aanbod zijn beperkt effectief omdat de zorgverlener een dominante positie heeft.
29. Afgeleid van de veel gebruikte schematische weergave voor de Nederlandse gezondheidszorg (Commissie Dekker, 1987; Elsinga e.a., 1997; Boot e.a., 2005).
30. De cijfers tussen haakjes in deze en de volgende alinea verwijzen naar de markten in Figuur 3: Stakeholdersprisma
31. 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 marktordening en voor staatsbemoeienis.
32. Ook wel de regierol van de zorgverzekeraar genoemd.
33. Ook maatschappelijke doelstellingen genoemd.
34. Een collectiviteit is een collectieve zorgverzekering voor een (groot) aantal verzekerden die iets gemeenschappelijk hebben. Van oudsher bestond die gemeenschappelijkheid uit het werknemerschap bij een bedrijf. Dit werden verticale (vanwege de hiërarchische relatie tussen werknemers en werkgever) collectiviteiten genoemd. Na het succes daarvan na de invoering van de Zvw zijn ook de horizontale collectiviteiten ontstaan. De gemeenschappelijke factor is dan geen hiërarchische relatie maar bijvoorbeeld het lidmaatschap van een vereniging. Het voordeel van collectiviteiten is dat de deelnemers hieraan tot 10% korting krijgen op de basisverzekering en soms nog meer op aanvullende verzekeringen, dat er extra zorgarrangementen kunnen worden afgesproken en dat er geen selectief acceptatiebeleid wordt gevoerd voor de aanvullende verzekeringen.
35. Zorgverzekeraars zijn volgens Putters en Van der Grinten maatschappelijk ondernemers omdat zij als private ondernemers voor een belangrijk deel gefinancierd worden met publieke middelen en de resultaten van hun ondernemen goeddeels ten goede komen aan de maatschappij (Putters en Van der Grinten, 1999).

36. Van der Grinten (1999): 'Maatschappelijke ondernemingen zijn 'particuliere niet op winst gerichte organisaties, die pogen met collectieve middelen maatschappelijke doelen te realiseren met behulp van principes uit het bedrijfsleven zoals innovatie, marktgericht werken en het dragen van bedrijfsrisico'. Een belangrijke reden voor maatschappelijk ondernemen in de zorg is volgens van der Grinten (1999) de intense afhankelijkheid tussen publieke, private en professionele sfeer.
37. Uitvoeringsverslag VGZ/UVIT 2007 Zorgaanbieders, Jaarverslag CZ 2007, Maatschappelijk Jaarverslag 2007 Achmea, Jaarverslag Menzis 2007.
38. Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid zijn de zogenoemde maatschappelijke of publieke belangen of systeemdoelen (zie RIVM, 2010).
39. De Groot vroeg zich in 2005, voor de invoering van de Zvw, nog hardop af waarom een zorgverzekeraar een naturavariant zou aanbieden als hij daarmee een vérstreckende verantwoordelijkheid voor de verlening van tijdige en adequate zorg op zich laadt (De Groot, 2005). Hij betwijfelde of deze klassieke (stammend uit de Ziekenfondswet) variant nog bestaansrecht had, mede omdat de zorggebruiker deze variant als een beperking van zijn keuzevrijheid zou ervaren. Daar kan aan toegevoegd worden dat ook menig zorgaanbieder deze variant niet omhelst, omdat de kans bestaat dat hij geen contract krijgt, ook al willen zorggebruikers gebruik maken van zijn diensten.
40. Zie ook voetnoten 10 en 11.
41. Toepassen van richtlijnen en protocollen die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professionele, algemeen aanvaarde standaarden.
42. Een ontwikkelingsmodel voor verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door organisaties van cliënten, aanbieders, beroepsgroepen: ArCares, AVVV, LOC, NVVA, Sting, in afstemming met IGZ, VWS en ZN.
43. Komt overeen met wat in kwaliteitskunde 'hygiënische kwaliteit' wordt genoemd. Hygiënische kwaliteit wordt verondersteld aanwezig te zijn. Aanwezigheid levert op zich nog geen klanttevredenheid op, afwezigheid echter wel klantontevredenheid (dissatisfier).
44. Plan-do-check-act wordt ook wel Deming-cirkel genoemd naar de ontwerper ervan, Walter Edward Deming.
45. Zorggebruiker kan worden ondersteund door consumenten- of patiëntenvereniging. Inbreng van relevante informatie vindt ook plaats vanuit klachtenmanagement, crm-tool van klantservice, verzekerdenpanel, focusgroepen, voice-of-the-customer-enquêtes waarbij klanten die contact opnemen met de klantenservice een aantal vragen wordt gesteld, via hyves-achtige programma's et cetera.
46. Zoals bijvoorbeeld het voorstel van de RVZ om de eerste lijn te zien als de beoogde ketenregisseur en fundholder van de zorgverzekeraar (RVZ, 2008).
47. Kortweg de zorgatlas genoemd.
48. CQ-Index (Consumer Quality Index) meet ervaringen van zorggebruikers met de zorg (Delnoij, 2009).
49. MSU is de afkorting van Michigan State University, ook wel het Moncka's inkoopmodel genoemd (van Assen e.a., 2010).
50. Voor een beperkt aantal niet-spoedeisende ziekenhuisbehandelingen zoals knie- en staaroperaties, zijn zorgverzekeraars niet meer verplicht met elk ziekenhuis afspraken te maken. De zorgverzekeraar maakt met ziekenhuizen afspraken over de prijs, de kwaliteit en de samenstelling van de behandeling waardoor er beter kwalitatief goede en betaalbare zorg kan worden ingekocht.
51. BKZ is het Budgettaire Kader Zorg, de ruimte die de overheid in Nederland biedt voor de uitgaven van zorg.
52. AMM staat voor de bevoegdheid van de NZa om specifieke verplichtingen aan zorgaanbieders of verzekeraars op te leggen die op een deelmarkt beschikken over Aanmerkelijke Marktmarkt.
53. Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling.
54. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

55. Wetenschappelijk centrum voor Transformatie in Zorg & Welzijn.
56. Manifesteren in de zin van: beleid maken en implementeren, concurreren, aanpassen aan stelsel, overleg voeren, samenwerken, onderzoeken, selectief inkopen, managen interne organisatie, kwaliteitsmanagement et cetera.
57. PDCA staat voor Plan-Do-Check-Act.
58. Herstel van ziekte.
59. Verpleging en verzorging.
60. En daarnaast ook: De indicatiestelling voor de zorg geschiedt voor de Care-sector door de Regionale Indicatie Organen (RIO's) en voor de Cure door de huisarts. De afstemming daartussen verloopt daardoor niet altijd soepel. Afstemming van financieringsstromen leidt tot tijdrovende bureaucratie. Verschillen in arbeidsvoorwaarden tussen de beide sectoren bemoeilijken mobiliteit en uitwisseling van personeel en daarmee de samenwerking.
61. Ook in 2008 is de RVZ nog voor opheffing van de AWBZ, maar verbindt dit wel aan de prestaties van de Zvw en de Wmo (RVZ, 2008).
62. In benchmark-onderzoeken worden onder andere de processen, de kostenstructuur en de service-levels (of resultaten van inkoop) van twee verschillende bedrijven of bedrijfsonderdelen met elkaar vergeleken. De resultaten dragen bijna altijd bij aan het vergroten van de effectiviteit van de eigen onderneming.
63. Ingevoerd op 1 januari 2007.
64. In 2010 worden vier zogenoemde keten-DBC's voor chronische aandoeningen geïntroduceerd: COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), Diabetes, Hartfalen en Cardio Vasculair Risicomanagement (CVR). Keten-DBC's zijn diagnosebehandelcombinaties voor de behandeling van aandoeningen door en over de verschillende zorgketens (eerste en tweede lijn) heen, onder regie van één regisseur.
65. Een access panel bestaat uit mensen die hebben toegezegd dat ze vragenlijsten willen invullen (De Jong e.a., 2009).
66. Integraal klachtenmanagement betreft het totaal aan activiteiten om klachten te verwerven, ze naar tevredenheid op te lossen en ervan te leren, ondersteund door een gestroomlijnd proces, een systeem en een professionele organisatie, uitgevoerd door bevlogen medewerkers en door zowel inspirerende als zakelijk leiders die de prestaties van het klachtenbehandelingsproces vanuit de strategie van de organisatie zo sturen dat de drie doelen klantloyaliteit, merkreputatie en kwaliteitsverbetering maximaal kunnen worden nagestreefd.
67. Science practitioners zijn medewerkers in dienst van organisaties die, ondersteund en begeleid door wetenschappers van de universiteit, een deel van hun tijd worden vrijgesteld om onderzoek te verrichten naar onderwerpen die voor hun organisatie van belang zijn.
68. RGO: Kennisinfrastructuur Public Health, 2003
69. ZonMw definieert een academische werkplaats als een 'gestructureerde, regionale samenwerking, primair tussen GGD(en) en universitaire afdeling(en), eventueel in combinatie met één of meerdere buiten-universitaire kennisinstellingen of gezondheidsbevorderende instellingen (GBI's).
70. Doelen van Academische Werkplaatsen: 1. Versterken en verankeren van de kennisinfrastructuur in een gelijkwaardige relatie tussen praktijk en wetenschap. 2. Bijdragen aan de opleiding van (aanstaande) onderzoekers, werkzaam in de GGD-praktijk. 3. Bevorderen van kwalitatief hoogstaand wetenschappelijk onderzoek dat tegelijkertijd relevant is voor de praktijk (opleveren bruikbare producten, diensten en voorzieningen). 4. Borging van kennisoverdracht en implementatie van onderzoeksresultaten. 5. Verbetering van het 'evidence based' handelen bij GGD'en.
71. SMART staat voor Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden.
72. Het streven naar realisatie van de maatschappelijke doelstellingen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid, maar ook van een (verdere) horizontale en verticale integratie van zorgverzekeraars in de zorg.

