

Marktwerving vereist samenwerking tussen partijen

Zorg kan leren van automarkt

Hans Groenhuijsen, adviseur
en interim-manager Groenhuijsen
Consulting Company

Correspondentieadres:
the.greenhouse@worldonline.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Autoverzekeraars hebben zich
ontwikkeld van polisfabriek tot
ketenregisseur.

beeld: Corbis

Marktwerving in de zorg is een proces met voordelen én valkuilen. Vooral een uitgekiende balans tussen verzekeraar, zorgverlener en patiënt is belangrijk. De autoverzekeringsmarkt volgde de route al eerder. Daar valt iets te leren.

Met de stelselwijziging van 2006 hebben verzekeraars een belangrijkere positie toebedeeld gekregen in de totstandkoming van de door de overheid zo vurig gewenste marktwerving. Zorgaanbieders kijken met argusogen naar deze ontwikke-

ling: marktwerving veronderstelt concurrentie en concurrentie veronderstelt tegengestelde belangen. De benodigde samenwerking tussen betrokken partijen gaat dan ook nog niet van harte. Wat dat betreft kan de zorg, met alle verschillen, veel opsteken van de ontwikkelingen



op de autoverzekeringsmarkt, waar de verzekeraar eveneens een rol van betekenis speelt.

Van polisfabriek tot dienstverlener

In de automarkt is in de jaren '80 een ontwikkeling op gang gekomen van polis- en administratiefabriek naar ketenregisseur en dienstverlener. De verzekeraar nam de positie in van inkoper op een aantal markten, zoals die van schadeherstel, huurauto's, onderdelen, berging en hulp bij pech. De verzekeraar bundelde deze ingekochte diensten tot een aansprekend serviceproduct en bood dat aan aan de consument. De

consument hoeft dus niet zelf op zoek. De verzekeraar neemt hem eigenlijk aan de hand en biedt een complete oplossing. Ook in de zorgmarkt zien we een dergelijke ontwikkeling. Verzekeraars hebben na de stelselwijziging alle zeilen bij moeten zetten om 'de fabriek' op orde te krijgen na de grote verschuivingen in (aantallen) klanten en in producten en tarieven, en integratievraagstukken als gevolg van fusies

en schaalvergrotingen. Maar ook, of juist, in de zorgmarkt ligt een positie van regisseur en dienstverlener erg voor de hand, inclusief een positie als inkoper. Zover is het echter nog niet.

Klant wil kwaliteit

In de automarkt was de inkooprol van verzekeraars aanvankelijk gericht op kostenverlaging, vooral daar waar het grote volume zit, namelijk in de uitkeringen aan verzekerden (de schadelast). Die kostengedreven instelling maakte snel plaats voor een meer op samenwerking gerichte opstelling; verdere druk op de tarieven van leveranciers (garagebedrijven en schadeherstelbedrijven) zou leiden tot een aantasting van serviceniveau en kwaliteit.

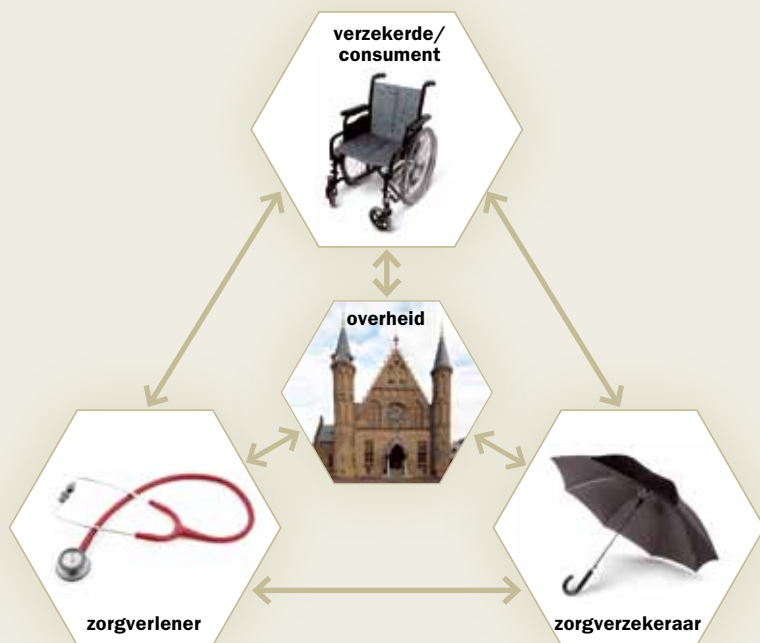
En zo is het dus in de zorgmarkt ook. Meer dan 90 procent van de kosten van de verzekeraar zit in schadekosten (of wat vriendelijker: in zorgkosten), dus zit daar ook de grote potentiële winst. Maar naast kosten wordt serviceniveau in toenemende mate van belang. Klanten willen vooral advies, hulp en een oplossing. Zij letten niet op alle technische ins en outs van polis of herstel (van die auto of van hun gezondheid) en

Het ligt voor de hand dat zorgverzekeraars ketenregisseurs worden

Verzekeraars in de automarkt ontdekten al snel dat het eenzijdig hanteren van het prijswapen averechts werkte.



De zorgmarkt



De zogeheten zorgdriehoek: alle veranderingen in de zorg moeten worden bekeken in relatie tot de drie belangrijke directe spelers: de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en uiteraard de zorgconsument (als patiënt en verzekerde). Samenhang en samenwerking zijn wezenlijk voor uiteindelijk succes.

beeld: Shutterstock

hebben daar ook niet de kennis voor. Wel zijn ze gevoelig voor kwaliteit en betrouwbaarheid van de verzekeraar en de leverancier.

Invloed op leveranciers

In de automarkt, een markt waar overcapaciteit bestond, heeft het inkoopbeleid van verzekeraars grote invloed gehad op de toeleveranciers. De druk op kosten en tarieven heeft geleid tot een soort scheiding in de markt, waarbij zo'n 25 procent tot de gelukkige gecontracteerde partijen behoorde en de rest buiten de boot viel. Dezelfde prijsdruk heeft ook geleid tot aantoonbare verbeteringen in efficiency, productiviteit en bezettingsgraad.

Schaalvergroting was een ander effect. Meer en meer gingen aanbieders samenwerken in ketenverband om schaalvoordelen te behalen en betere afspraken te kunnen maken met verzekeraars. Ook in de zorgmarkt zijn dergelijke ontwikkelingen logisch. Afspraken over volumes, kosten en tarieven zullen de markt verder onder druk zetten. Mogelijke effecten daarvan liggen voor de hand: een zekere sanering van de

markt, nieuwe producten en diensten, keten-integratie, samenwerking enzovoort.

Delicate balans

Verzekeraars in de automarkt ontdekten al snel dat het eenzijdig hanteren van het prijswapen deels averechts werkte. Er kwam een subtiel spel op gang waarbij de delicate balans moest worden bewaard: tussen 'prijs kopen' en 'leven en laten leven', tussen 'ieder voor zich' en 'partnership'. Leveranciers waren voor de verzekeraars essentieel in het uiteindelijk leveren van diensten aan de klant en hadden daarvoor nu eenmaal een bepaalde gezonde marge nodig. Geleidelijk werd ook duidelijk dat de winst (of kostenreductie) vooral kon worden gerealiseerd door de totale keten rond schadeafwikkeling beter in te richten. De beroemde 'driehoek' kwam in beeld, met als spelers: de verzekeraar, de leverancier en de klant (zie *figuur*). Een lijn van denken die ook duidelijk zichtbaar is in de zorg, en die ook een plaats heeft gekregen in de inrichting van het Nederlandse zorgstelsel.

Kennis en kunde

Het herstellen van autoschades was (en is) een ambacht en daarbij hoort een zekere professionele autonomie. De vergelijking gaat snel mank, maar er is een parallel met het hoge kennisniveau en de zelfsturing van de zorgaanbieder. De autonomie van die professional komt per definitie onder druk te staan. Allereerst vanuit de eigen organisatie waar bedrijfs-economische principes dominant worden. Ten tweede neemt de druk van de inkoopende partij/verzekeraar toe die langs verschillende lijnen intervenueert: prijs/tarief, proces en kosten, kwaliteit, effectiviteit. Ten derde is er de druk vanuit de mondige consument, en ten vierde, althans in de zorg, de regel- en controledruk vanuit overheid en toezicht.

In de automarkt is het zoeken van de balans een belangrijk aandachtspunt geweest: behoud van het goede van de 'oude ambachtelijke' wereld met gevoel voor techniek, proces, kwaliteit en zelfsturing, maar in combinatie met een meer gestroomlijnde industriële inrichting van het bedrijf, een combinatie van kleinschalige lokale productie en grootschalige productie in ketenverband, de balans tussen een sterke focus op product en techniek enerzijds en een focus op effectiviteit en dienstverlening anderzijds. In de zorgmarkt zal een vergelijkbare balans moeten komen. Het is geen kwestie van 100 procent overheidsregulering of volledige marktwerking, uitsluitend strakke efficiency of alleen

SAMENVATTING

- Binnen de zorgmarkt veranderen de verhoudingen tussen verzekeraars, consumenten en zorgaanbieders.
- Vergelijkbare ontwikkelingen in de autoverzekeringsmarkt laten zien dat veel te bereiken valt op het gebied van kosten, kwaliteit, efficiency en effectiviteit.
- Diezelfde automarkt laat ook zien waar de gevaren liggen, zoals een eenzijdige focus op kosten, korte termijn en het proces.
- Samenwerking tussen verzekeraars en zorgaanbieders is in elk geval cruciaal.



Eerder verschenen artikelen over marktwerking in de zorg treft u aan bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

maar klantvriendelijkheid. De werkelijkheid is vaak niet zo eenduidig.

Concurrentie

In de automarkt heeft concurrentie gewerkt: veel aanbieders, veel verzekeraars (wel sterk teruggelopen in 25 jaar), een redelijk werkend prijsmechanisme, toenemende transparantie. In de relatie verzekeraar-verzekerde verdween de eenzijdige focus op prijs en werden service en gemak belangrijke overwegingen in de keuze van de consument.

In de zorgmarkt is dat allemaal nog maar de vraag. Het aantal verzekeraars is volgens de NMa-normen nog in orde, maar extreem veel lager dan het was. De prijs is dominant in de marktverhoudingen. Het aantal aanbieders in de zorg als totaal is groot, maar het aanbod is ook gedifferentieerder en sterk lokaal/regionaal, waardoor concurrentie ook weer betrekkelijk is. Veel meer dan in de automarkt is er bij verzekeraars aan de inkoopkant nog een zekere terughoudendheid.

De uiteindelijk in die automarkt gebruikelijke exclusieve contractering met de daarbij horende volumesturing is in de zorgmarkt nog niet sterk ontwikkeld. Een patiënt kan zich in de zorgmarkt veel minder dan in de automarkt echt als consument gedragen. Prijs en prestatie van zorgverleners zijn onvoldoende inzichtelijk. In de verhouding met de verzekeraar is weliswaar sprake van prijstransparantie, maar belemmert de sterke focus van de verzekeraar

op prijs de differentiatie. Verzekeraar en verzekerde lijken elkaar hier in een 'dodelijke omarming' te houden: beide partijen gaan ervan uit dat de ander eenzijdig is gefocust op prijs en conformeren zich daaraan. Gevolg: de markt als geheel blijft zich eenzijdig richten op prijs.

Samenwerken

De fundamentele omslag 'van product naar dienst' is zichtbaar bij zowel de verzekeraar (van polis naar service) als bij de aanbieder (autoschadebedrijf of zorgverlener). Dienstverlening als combinatie van efficiency en effectiviteit laat zich alleen echt goed organiseren vanuit een proces- of ketenbenadering. En dat veronderstelt, binnen een concurrentiële markt, samenwerking tussen verzekeraar en aanbieder maar ook tussen aanbieders onderling. Er ontstaan mogelijkheden voor nieuwe producten, nieuwe distributievormen, nieuwe marktverhoudingen. Uiteindelijk gaat het om de klant, om zijn perceptie, om het resultaat en de waarde voor die klant. Een gestroomlijnd en efficiënt proces is daarbij niet doel op zich maar slechts een hulpmiddel om die voor de klant belangrijke service en kwaliteit te kunnen leveren.

Maar laten we ook niet vergeten dat samenwerken niet moet omdat het poldermodel, een blauwdruk van het stelsel of een markt dat nu eenmaal vereist. Samenwerken is leuk, spannend en productief. 

praktijkperikel

Dresscode

Een van de symbolen van het medische beroep, de witte jas, is in de loop van de jaren verkleurd. Bij sommige specialismen is de dresscode nog zichtbaar, liefst met de stethoscoop losjes uit de zak. In de psychiatrie was de 'emancipatie' zo radicaal dat de witte jassen al lang zijn verdwenen en met de stethoscoop had de psychiater niets.

Oudere ziekenhuispatiënten hebben soms moeite met het verdwijnen van de doktersjas. Ze voelen zich niet thuis, maar ook niet echt in een ziekenhuis. In hun ogen zie je de vragen. Wie is de zuster en wie is de dokter? Wie zijn al die mensen die hier rondlopen?

Ik draag als verpleeghuisarts ook geen witte jas meer, wel een onleesbare badge. Ik heb dezelfde moeite als de ouderen. Vooral op een afdeling met volwassenen wordt de vraag 'wie is wie' angstaanjagend lastig te beantwoorden. Tatoos, juwelen, piercings, ruime kleding, korte T-shirts, blote navels, strakke spijkerbroeken, groteske kapsels en onwerkzame nagels maken het antwoord onzeker.

Een enkel beroep is in deze carnavalsstoet nog goed herkenbaar: de schoonmaker. Ze dragen een niet te opvallend gekleurd werkjasje en wat ze doen is heel zichtbaar: proberen tussen al die mensen door te poetsen.