

Hoe kopen zorgverzekeraars in bij ziekenhuizen

Een analyse van de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen

Suzanne Ruwaard, Rudy Douven, Jeroen Struijs en Johan Polder

In 2006 werd de Zorgverzekeringswet ingevoerd en onderhandelen zorgverzekeraars met zorgaanbieders over de prijs, volume en kwaliteit van medisch specialistische zorg. Dit artikel betreft een inventarisatie van de contracten voor de zorg in 2012 als nulmeting voor de contractonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Aan de hand van de economische contracttheorie worden de contracten zo systematisch en volledig mogelijk beschreven. Uit dit onderzoek blijkt dat onzekerheid en de complexiteit van de markt een grote rol spelen bij de invulling van de contracten. De contracten hebben vrijwel allemaal een korte contractduur, zijn onvolledig en bieden ruimte om gedurende de looptijd opnieuw te onderhandelen. Kwaliteit van zorg blijkt in de contracten van 2012 een beperkte rol te spelen. Dat is echter wel nodig wil gereguleerde concurrentie gaan bijdragen aan de systeendoelen; kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

1 Introductie

In 2006 werd de Zorgverzekeringswet ingevoerd en kreeg gereguleerde concurrentie een grotere rol in het Nederlandse zorgstelsel. Gereguleerde concurrentie zou zowel de kwaliteit, toegankelijkheid als betaalbaarheid van zorg ten goede moeten komen. De consument krijgt meer keuzevrijheid en draagt meer verantwoordelijkheid. Verzekeraars vervullen niet langer alleen de rol van financier, maar hebben een belangrijke regierol gekregen die zij uitoefenen door op de zorginkoopmarkt met zorgaanbieders te onderhandelen over prijs, volume en kwaliteit van andere ziekenhuiszorg inclusief de medisch specialistische zorg. Het idee achter het gereguleerde concurrentie model is dat zorgverzekeraars doelmatig gaan inkopen bij de zorgaanbieders, ofwel, kwalitatief goede zorg tegen een zo laag mogelijke prijs.

Deze zorginkoop speelt zich af in een veranderende context, waarbij de overheid en veldpartijen nog steeds zoekende zijn naar een optimale ordening en invulling van hun rollen en verantwoordelijkheden. Zorginkoop door verzekeraars staat nog redelijk in de kinderschoenen. In dit artikel doen we voor het eerst een poging om met de kennis van nu een zo goed en samenhangend mogelijk inzicht te krijgen in de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen. Een belangrijke vraag die op

de achtergrond speelt is of doelmatige inkoop van zorg voldoende van de grond komt en in hoeverre de spelers tot dusver hun rol hebben gevonden.

Dit artikel biedt een inventarisatie van de contracten tussen de zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Het gaat om een soort nulmeting waartegen in een later stadium de ontwikkelingen na 2012 kunnen worden afgezet, of andere vormen van zorginkoop zoals de 'Alternative Quality Contracts' in de Verenigde Staten (Chernew et al 2011). Het betreft enkele honderden contracten die voor de ziekenhuiszorg in 2012 zijn afgesloten. Deze zijn beschikbaar gesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), die deze contracten heeft opgevraagd bij Achmea, VGZ, CZ, Menzis en Multizorg. Tegen de achtergrond van de economische contracttheorie brengen we de contracten zo volledig en systematisch mogelijk in kaart. We presenteren in dit artikel geen gegevens die herleidbaar zijn naar individuele verzekeraars of ziekenhuizen.

De opbouw van het artikel is als volgt. Paragraaf 2 geeft een korte beschrijving van de inkoopmarkt van ziekenhuiszorg en de recente veranderingen daarin. Paragraaf 3 introduceert de meest belangrijke factoren die volgens de economische literatuur van invloed kunnen zijn op de contracteigenschappen. Vervolgens geven we een beschrijving van de geobserveerde contracteigenschappen tussen verzekeraars en ziekenhuizen in 2012 (paragraaf 4). We sluiten af met een discussie en conclusie (paragraaf 5).

2 Inkoop van ziekenhuiszorg

In deze paragraaf wordt de inkoop van de ziekenhuiszorg beschreven. Er wordt ingegaan op de rollen van de verschillende partijen die betrokken zijn dan wel invloed hebben op de zorginkoop en daarmee ook op de invulling van de contracten. Aansluitend volgt een korte beschrijving van de ontwikkelingen die in de zorginkoopmarkt zijn opgetreden.

De ziekenhuiszorg kent een historie van budgetfinanciering. Ziekenhuizen kregen tot 2006 een budget opgelegd die voor elk ziekenhuis jaarlijks werd vastgesteld door de NZa. Anno 2012 bevond de ziekenhuiszorg zich in een overgangsfase waarbij er zowel budgettering als prestatiebekostiging plaatsvond (NZa 2012b). De ziekenhuiszorg is sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet onderverdeeld in een A- en een B-segment. Het A-segment omvatte in 2012 circa 30% van de ziekenhuiszorg. Voor deze behandelingen gelden maximumtarieven welke jaarlijks door de NZa worden vastgesteld. Het B-segment bestaat voornamelijk uit planbare, dus niet spoedeisende zorg en omvatte in 2012 circa 70% van de ziekenhuiszorg. Over de prijzen voor behandelingen binnen dit B-segment wordt onderhandeld tussen de zorgverzekeraars en het ziekenhuisbestuur. Het B-segment is geleidelijk uitgebreid, van 10% in 2005, naar 20% in 2008, 34% in 2009 en 70% in 2012 (NZa 2008; NZa 2012b).

Hoewel het ziekenhuisbestuur onderhandelt met de zorgverzekeraar en de eindverantwoordelijkheid draagt voor de geïntegreerd verleende zorg, beslissen de

medisch specialisten uiteindelijk over de zorg die zij verlenen. Vrijgevestigde specialisten declareren aan of via het ziekenhuis aan de verzekeraar. De relatie tussen het ziekenhuis en de medisch specialist wordt vastgelegd in onder andere de “Model Toelatingsovereenkomst” (MTO) (Orde van Medisch Specialisten 2011). De medische specialist krijgt het recht om gebruik te maken van de activa zoals de apparatuur en de operatiekamers van het ziekenhuis.

2.1 Partijen en hun rollen

Voor we meer in detail naar de contracten en hun eigenschappen gaan kijken, staan we stil bij de belangrijkste partijen en hun rol bij de inkoop van ziekenhuiszorg.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In de Nederlandse gezondheidszorg heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een systeemverantwoordelijkheid voor het waarborgen van de drie publieke doelen: kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Het ministerie van VWS ziet erop toe dat de verzekeraars en de ziekenhuizen hun rol kunnen vervullen en stuurt indien gewenst bij. Het ministerie van VWS kan met allerlei maatregelen de prikkels en de machtsverhoudingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars beïnvloeden. De NZa vervult daarbij een belangrijke uitvoerende rol. Op macroniveau kan gedacht worden aan het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord (BHA) en het macrobeheersinstrument (mbi), en op microniveau de details van de DBC's op weg naar transparantie (DOT) financiering. Hier komen we in paragraaf 2.2. op terug. Het onderhandelingsresultaat tussen verzekeraars en ziekenhuizen wordt dus mede bepaald door de rol die het ministerie van VWS op de achtergrond speelt.

Ziekenhuizen. Het belangrijkste doel van een ziekenhuis is om zorg te leveren met een goede kwaliteit tegen een redelijke prijs. Met een goede kwaliteit kunnen ziekenhuizen nieuwe patiënten proberen aan te trekken en staan ze ook sterker in hun onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Dit aspect wordt belangrijker omdat ziekenhuizen door de uitbreiding van het B-segment meer risico gaan dragen waardoor de omzet steeds meer afhankelijk wordt van prestaties. Dit wordt nog eens versterkt door de introductie van volume-eisen voor ziekenhuizen. Dit heeft tot gevolg dat de markt steeds meer geconcentreerd wordt; zo zien we een tendens tot meer ziekenhuisfusies; in 2012 vonden er zeven fusies plaats (NMa 2012).

Tijdens de onderhandelingen met verzekeraars spelen mogelijk de verschillende belangen tussen het bestuur en de medisch specialisten mee. Zo wil het bestuur de totale kosten binnen de perken houden, terwijl de vrijgevestigde medisch specialisten een financiële prikkel hebben om te produceren (NVZ 2013). Al wordt deze financiële prikkel afgezwakt door het beheersmodel voor de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten.

Zorgverzekeraars. Het doel van de zorgverzekeraar is het behartigen van de belangen van zijn verzekerden met betrekking tot zorg. Op de website van Menzis wordt dit doel als volgt omschreven: “Ons doel is om goede zorg te bieden, en een

gezonde financiële situatie te behouden”. De andere zorgverzekeraars laten zich in soortgelijke bewoordingen uit. Door het leveren van een goede kwaliteit zorg voor een lage prijs kan een zorgverzekeraar bestaande verzekerden behouden en nieuwe verzekerden voor zich proberen te winnen. Voor zorgverzekeraars staat er veel op het spel. Zij hebben in het huidige zorgstelsel de rol gekregen om de zorg doelmatiger in te kopen. De zorgverzekeraar kan druk uitoefenen door bij bepaalde zorgaanbieders geen zorg in te kopen en daarmee de kosten binnen perken te houden en kwaliteit te verbeteren (Halbersma et al. 2013).

Verzekerde/patiënt. De verzekerden sluiten een verzekering af bij een zorgverzekeraar. De verzekerde kan kiezen tussen een restitutiepolis en een naturapolis. Onder een restitutiepolis zoekt de patiënt zelf zorg en wordt deze vergoed ongeacht of de verzekeraar de aanbieder wel of niet vooraf heeft gecontracteerd. Onder een naturapolis is de verzekeraar verantwoordelijk voor de zorg van de patiënt. De verzekeraar kan contracten afsluiten met voorkeursaanbieders. Wanneer de patiënt ervoor kiest om niet naar een voorkeursaanbieder te gaan, dan dient de patiënt de kosten voor een deel zelf te betalen. De verwachting is dat verzekeraars vooral doelmatige en kwalitatief goede ziekenhuizen als voorkeursaanbieder kiezen. Deze vorm van concurrentie kan goed werken wanneer patiënten ook bewust kiezen voor kwalitatief goede zorgaanbieders.

2.2 Recente ontwikkelingen

De invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 markeert het startpunt van de zorginkoop door verzekeraars. Sindsdien heeft zich echter wel een groot aantal veranderingen voltrokken die van invloed zijn op de marktpartijen en hun contracten. Naast de bovengenoemde uitbreiding van het B-segment zijn ziekenhuizen in 2012 overgestapt naar een nieuw declaratiesysteem (van diagnosebehandelcombinatie (DBC) naar DBC's op weg naar transparantie (DOT)). De overstap naar een nieuw declaratiesysteem kan tot verschuivingen in de ziekenhuisomzet leiden en tot schadelastverschuivingen van zorgverzekeraars. Om deze systeemrisico's te dempen wordt er in 2012 en 2013 gebruik gemaakt van een transitiebedrag (VWS 2013b). Het transitiebedrag is het verschil in omzet tussen het schaduwbudget en de werkelijke DOT-omzet. Het ziekenhuis verrekent het verschil vervolgens met het Zorgverzekeringsfonds, in 2012 werd 95% van het transitiebedrag verrekend, in 2013 is dat nog 70% (ministerie van VWS 2011b). Per 2015 wordt overgegaan op integrale tarieven in de ziekenhuiszorg (NZa 2013). Er geldt dan nog maar één tarief per zorgprestatie. Daarnaast werd in 2012 het macrobeheersinstrument (mbi) ingevoerd om ervoor te zorgen dat de kosten binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) blijven. Hoewel de budgettering is afgeschaft kan de overheid op grond van het mbi ingrijpen wanneer de zorguitgaven boven de politiek wenselijke grens van het BKZ uitstijgen. In dat geval krijgen alle ziekenhuizen een generieke korting (Baarsma et al 2012). Het mbi is vooralsnog niet ingezet. Ook werd in 2012 het beheersmodel voor de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten ingevoerd. Dit houdt in dat instellingen jaarlijks een macrobudget opgelegd krijgen voor het

totaal te declareren bedrag door vrijgevestigde medisch specialisten. Wanneer het BKZ overschreden wordt, dient de instelling dit naar rato terug te betalen aan het Zorgverzekeringsfonds. Tot slot hebben verschillende beroepsgroepen de afgelopen jaren kwaliteitseisen en volumenormenten opgesteld op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Op grond hiervan zullen ziekenhuizen regionale afspraken moeten gaan maken over welke zorg in welk ziekenhuis wordt geleverd. Daardoor zal de marktconcentratie van de ziekenhuiszorg gaan veranderen (IGZ 2010).

Ook voor de verzekeraars is er recentelijk veel veranderd. Zo zijn verzekeraars meer risicodragend geworden door de geleidelijke afschaffing van de ex post risicoverevening. Dat wil zeggen dat zorgverzekeraars alleen nog voorafgaande aan een nieuw verzekeringsjaar worden gecompenseerd voor het risicoprofiel van de verzekerden en dat de kosten die achteraf worden verrekend met het zorgverzekeringsfonds worden afgeschaft. Zorgverzekeraars hebben daardoor een veel groter belang bij een doelmatige zorginkoop dan net na de invoering van de Zorgverzekeringswet. Daarnaast wordt serieus overwogen om artikel 13 van de Zorgverzekeringswet aan te passen, waardoor verzekeraars geen restitutiepolis meer mogen aanbieden in het basispakket en het belang van zorginkoop toeneemt.

Verder sloot minister Schippers al eerder het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 af met alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars om gezamenlijk bij te dragen aan een beheerste kostenontwikkeling (ministerie van VWS 2011a). Er werd onder andere afgesproken dat de macrokosten in 2012 met maximaal 2,5% mogen groeien exclusief loon- en prijsbijstelling. Recentelijk werd in het zorgakkoord afgesproken dat de zorguitgaven in 2014 nog 1,5% mogen groeien, voor de jaren daarna is de maximale groei 1% (ministerie van VWS 2013a).

3 Korte beschrijving economische contracttheorieën

In deze paragraaf wordt de economische contracttheorie beschreven en de toepassing daarvan in empirisch onderzoek naar contracten. Aan de hand van de contracttheorie worden de essentiële factoren die van invloed zijn op de invulling van de contracten op een rij gezet. We beschrijven de daarmee samenhangende contracteigenschappen en vervolgens gaan we na of deze terug te vinden zijn in de contracten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Op deze wijze krijgen we voor het eerst een systematisch beeld van dit onderdeel van de zorginkoopmarkt.

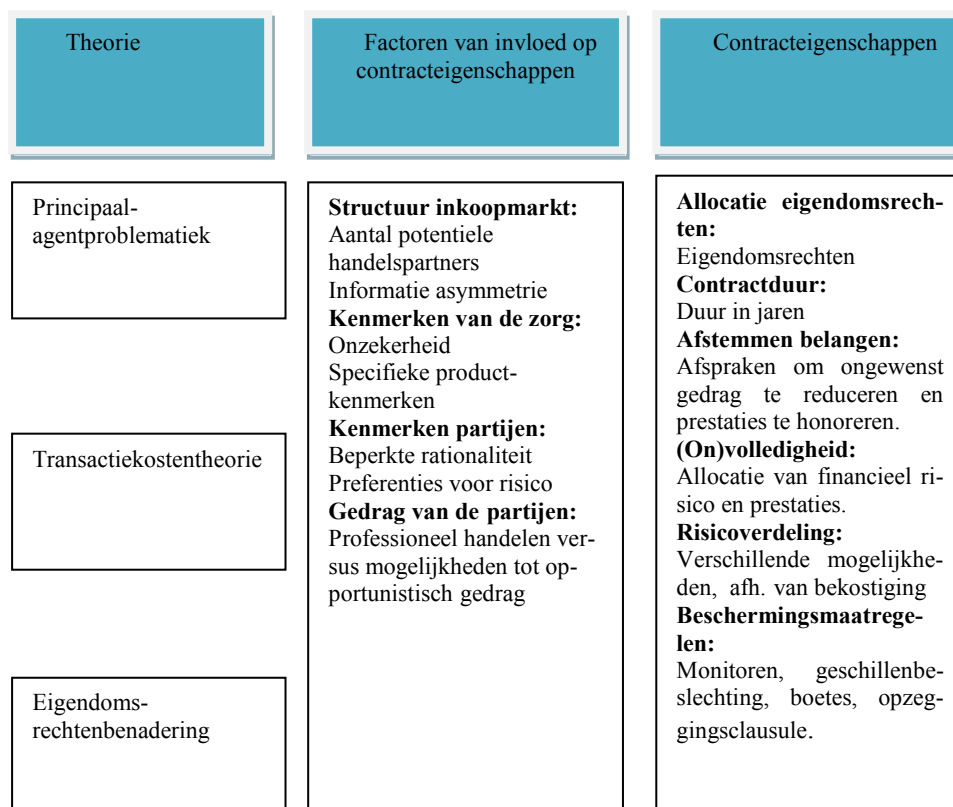
In de economische literatuur is een contract een “overeenkomst tussen twee partijen waarbij kenmerkend is dat men zich vooraf bindt aan de te leveren prestaties” (Hazeu 2000). De drie meest vooraanstaande contracttheorieën zijn: de principaal-agenttheorie, de transactiekostentheorie en de eigendomsrechtenbenadering (Bolton et al. 2004).

De principaal-agenttheorie beschrijft een contract waar een opdrachtnemer (agent) een taak uitvoert voor een opdrachtgever (principaal). De doelstellingen van deze partijen zijn echter niet per definitie met elkaar in overeenstemming. Het

monitoren van prestaties en prestatiebeloning kunnen een oplossing bieden om doelstellingen en het gedrag van de agent in lijn te houden met dat van de principaal. De transactiekostentheorie veronderstelt dat partijen een organisatievorm (vrije markt, hybride vorm of verticale integratie) kiezen op grond van de laagste transactiekosten. Transactiekosten zijn alle kosten die gemaakt worden om de transactie mogelijk te maken. De eigendomsrechtenbenadering benadrukt de allocatie van rechten onder de spelers. De allocatie van deze rechten heeft invloed op het gedrag van de contractpartijen en daarmee op de uitkomsten en de verdeling daarvan.

De empirische literatuur over contracten en de toepassing van contracttheorieën in de praktijk is schaars. Veelal beperkt het empirische onderzoek zich daarbij tot een onderzoeksvraag die getoetst wordt aan de hand van een van de theorieën, zoals blijkt uit de literatuurstudie van Smith et al. (2009). Een belangrijke reden waarom dit onderzoek schaars is heeft te maken met het vertrouwelijke karakter van de contracten. Het is voor onderzoekers vaak niet mogelijk om toegang te krijgen tot private contracten (Smith et al. 2009; Lyons 1996). Ook in de zorgliteratuur is er nauwelijks gepubliceerd over private contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen. Wel zijn fragmentarisch de contracten van bijvoorbeeld de British National Health Service (NHS) (Chalkley et al. 2008) en de ‘Alternative Quality Contracts’ (AQC) van ‘Blue-Cross Blue-Shields’ beschreven (Chernew et al. 2011).

Wanneer we een zo volledig mogelijk beeld van de contracten willen krijgen is het wenselijk om de economische contracttheorieën daar alle drie in te betrekken. Uit onze inventarisatie blijkt dat er een zekere overlap is in de theorieën, maar ook dat door de verschillende focus van deze theorieën er tevens belangrijke verschillen zijn. Figuur 1 laat schematisch zien dat uit de verschillende theorieën complementaire contracteigenschappen kunnen worden afgeleid. Deze contracteigenschappen hebben wij als uitgangspunt genomen bij de analyse van de zorginkoop contracten.

Figuur 1 Schematische weergave van de drie theorieën, factoren van invloed op contracteigenschappen

De uitkomst van contractonderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars hangt af van allerlei factoren. Deze factoren verdelen we onder in de volgende vier categorieën (zie kolom 2 in Figuur 1): structuur van de markt en voor ons doel meer specifiek de zorginkoopmarkt, kenmerken van de zorg als het onderwerp van het contract, kenmerken van de partijen en het gedrag van de partijen.

3.1 Structuur inkoopmarkt

Aantal potentiële handelspartners. Er is een relatief klein aantal zorgverzekeraarsconcerns, waarvan de vier grootste partijen (Achmea, VGZ, Menzis, CZ) een gezamenlijk marktaandeel van 90% genieten (NZa 2012a). Multizorg vormt een samenwerkingsverband en koopt in namens een aantal kleinere zorgverzekeraars. Hoewel de invloed regionaal verschilt hebben de vier grote verzekeraars dus vaak een groot marktaandeel in een ziekenhuis. De ziekenhuiszorgmarkt is minder geconcentreerd; in 2011 telt Nederland 84 algemene ziekenhuizen, acht universitair medisch centra en 59 categorale instellingen (NZa 2012a). Categorale instellingen bieden medisch specialistische zorg voor een specifieke groep patiënten. Zorgver-

zekeraars kunnen echter ook zorg inkopen bij Zelfstandige BehandelCentra (ZBC's) (NZa 2012a). Een ZBC is een kliniek waar minstens twee medisch specialisten werkzaam zijn. In oktober 2012 hadden 282 ZBC's een contract afgesloten met ten minste één verzekeraar (NZa 2012b). ZBC's voeren echter niet alle behandelingen uit en zijn daarmee niet zomaar substitueerbaar met ziekenhuizen. Een zorgverzekeraar kan dus met een groot aantal zorgaanbieders een contract afsluiten, terwijl ziekenhuizen aangewezen zijn op een gering aantal zorgverzekeraars-concerns.

Informatie asymmetrie. Er is sprake van informatie asymmetrie wanneer één partij meer of superieure informatie tot zijn beschikking dan een andere partij. Zo is er een belangrijke informatie asymmetrie tussen de patiënt en de medisch specialist. De medisch specialist is, gegeven zijn kennis, vaak beter in staat te bepalen welke behandeling van toepassing is op de patiënt dan de patiënt of de zorgverzekeraar. Er bestaat ook een informatie-asymmetrie tussen de medisch specialist en de zorgverzekeraar met betrekking tot de kwaliteit van de geleverde zorg. Een mogelijke oplossing voor het reduceren van deze informatie-asymmetrie is het monitoren van prestaties (Holstrom 1979). Zo kan de zorgverzekeraar contractuele bepalingen opnemen om het ziekenhuis kwaliteitsindicatoren te laten rapporteren. Indien de prestaties niet direct meetbaar zijn, kan er gebruik worden gemaakt van een proxy die sterk gecorreleerd is met de prestatie (Grossman et al. 1987; Milgrom et al. 1992). Een proxy kan zijn het aantal behandelingen van een bepaalde aandoening. Wanneer het aantal behandelingen in een ziekenhuis per patiënt groter is ten opzichte van andere (vergelijkbare) ziekenhuizen, kan dit een reden zijn voor nader onderzoek door de verzekeraar. Omgekeerd kan een minimum aantal behandelingen als proxy fungeren voor de veel moeilijker te meten kwaliteit.

3.2 Kenmerken van de zorg

Onzekerheid. Bij het afsluiten van contracten speelt onzekerheid over het zorgvolume een belangrijke rol (Füssenisch 2013). Alleen met grote breedte is te voorspellen hoeveel zorg een bepaalde populatie nodig heeft. Naast onzekerheid over de medische technologie en de snelheid waarmee technologische ontwikkelingen worden opgepakt speelt het keuzegedrag van patiënten ook een belangrijke rol. Recente en toekomstige beleidsveranderingen vormen ook een bron van forse onzekerheid. Het gaat dan om de politieke context als een soort inherente bron van onzekerheid, die het voor beide partijen moeilijk maakt om hier op te anticiperen. Momenteel is er bijvoorbeeld onduidelijkheid over hoe de invoering van integrale tarieven er precies gaat uitzien (NVZ 2013). De veranderlijke omgeving maakt ook dat prestaties minder inzichtelijk zijn. Zo meldde de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) eind 2012 in een brandbrief aan VWS, dat alle stelselwijzigingen tot zo veel onzekerheden hebben geleid, dat de accountants geen goedkeurende verklaring dreigen te geven voor de jaarrekeningen van de ziekenhuizen (Wieleman 2012). Een andere belangrijke bron van onzekerheid zijn de technologische ontwikkelingen die de zorgvraag en de daarbij behorende kosten kunnen be-

invloeden. Er kunnen te allen tijde nieuwe behandelingen of betere alternatieven beschikbaar komen. Over het algemeen leidt onzekerheid tot minder volledige contracten en een kortere contractduur.

Specifieke productkenmerken. De transactiekostentheorie maakt een onderscheid in een aantal productkenmerken, te weten: complexiteit, hoeveelheid producten en transactiespecifieke investeringen. Het product ziekenhuiszorg is zeer complex, omdat het ziekenhuis een breed spectrum aan zorg biedt waarvan de kwaliteit vaak moeilijk te meten is. Daarnaast zijn behandelingen vaak patiëntspecifiek. Bij complexe producten worden daarom vaak bepalingen over kwaliteit of prestaties opgenomen (Brandenburg 2007). Contractonderhandelingen kunnen op productniveau worden gevoerd. Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet was het aantal producten erg groot; er bestonden ongeveer 30.000 DBC's. Sinds 2012 is dat veranderd in ongeveer 4.400 DOT-zorgproducten, maar het gaat nog steeds om een grote hoeveelheid aan producten. In contracten kunnen transactiespecifieke investeringen een rol spelen. Dit zijn investeringen die een deel van hun waarde verliezen als ze niet, of voor een ander doel, worden gebruikt (Williamson 1975). Een voorbeeld hiervan is de nieuwe kankerbehandeling protontherapie. Voor de aanschaf van een protonenapparaat is voor het ziekenhuis een investering van circa 100 miljoen euro gemoeid (Verstappen 2013). Deze investering kan (een deel van) zijn waarde verliezen op het moment dat een verzekeraar ervoor kiest geen kankerbehandelingen bij het ziekenhuis te contracteren en het ziekenhuis de apparatuur niet kan doorverkopen aan bijvoorbeeld een andere zorgaanbieder die wel gecontracteerd is. Lange-termijncontracten kunnen in dit geval een oplossing bieden omdat deze zekerheid bieden voor het ziekenhuis.

3.3 Kenmerken van de partijen

Beperkte rationaliteit. Partijen zijn beperkt in hun vermogen om rationele beslissingen te nemen. Ten eerste is er vaak onvoldoende informatie ter beschikking om alle mogelijke alternatieven en consequenties te kennen. Ten tweede is de mens beperkt in zijn capaciteit om de informatie die hij tot zijn beschikking heeft te evalueren. Tot slot zit er vaak een limiet op de tijd beschikbaar voor het nemen van een beslissing. Beperkte rationaliteit heeft tot gevolg dat contracten per definitie onvolledig zijn. Het contract kan namelijk geen volledige omschrijving bevatten van alle rechten en plichten van beide partijen in alle mogelijke scenario's.

Preferenties voor risico. Partijen kunnen verschillen in hun preferenties voor risico's. Een partij is risiconeutraal wanneer contractuitkomsten niet worden bepaald door toekomstige risico's. Er is sprake van risico(zoekend)/mijdend gedrag wanneer een partij uitkomsten met (on)zekere uitkomsten minder zwaar/zwaarder laat meewegen in haar beslissingen. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn onder het huidige stelsel geleidelijk aan meer risico gaan dragen dan voorheen. In contracten kunnen partijen proberen om risico's af te dekken of op elkaar af te schuiven. Wanneer de verzekeraar en het ziekenhuis een vast bedrag afspreken voor de gele-

verde zorg dan biedt dit de verzekeraar zekerheid terwijl het ziekenhuis het resterende verlies of de winst op zich neemt. In dit geval heeft het ziekenhuis een maximale prikkel om binnen het vaste bedrag te blijven. Het is onduidelijk hoe het optimale contract er uit ziet. Vaak moet er een balans gezocht worden tussen het bieden van zekerheid en het geven van de juiste prikkels.

3.4 Gedrag van de partijen

Professioneel handelen versus mogelijkheden tot opportunistisch gedrag. De verzekeraar, het ziekenhuisbestuur en de medisch specialisten hebben vanuit hun functie en professie verschillende rechten en plichten. Er is echter altijd handlingsruimte en dit kan mogelijkheden bieden om bedoeld of onbedoeld opportunistisch te handelen. Dit kan ongewenste gevolgen hebben. Een aanbieder, kan meer behandelingen uitvoeren dan nodig is, of juist wachtlijsten toelaten, gunstige patiënten of DBC's selecteren (upcoding), of bezuinigen ten koste van kwaliteit (Groenewegen 2007). De mogelijkheid van opportunistisch gedrag kan voor de zorgverzekeraar een aanleiding zijn om in de contracten met ziekenhuizen condities op te nemen die de handelingsruimte van ziekenhuizen en artsen inperken ten einde opportunistisch gedrag en de ongewenste gevolgen daarvan te voorkomen.

4 Beschrijving contracteigenschappen

Bij het opstellen van contracten houden verzekeraars en ziekenhuizen rekening met de volgende zes contracteigenschappen (laatste kolom in Figuur 1): allocatie van eigendomsrechten; er bestaan verschillende soorten eigendomsrechten (bijvoorbeeld het recht tot gebruik van een goed, of het recht om residuele winsten te claimen) en deze kunnen onder de verschillende partijen verdeeld worden. Contractduur; de contractduur is de periode tussen de begindatum en de geplande einddatum van het contract. Afstemming van belangen; in contracten kunnen bepalingen worden opgenomen die gewenst bedrag van partijen stimuleren of ongewenst gedrag voorkomen. Voorbeelden hiervan zijn prestatiebekostiging of bonusen. (On)volledigheid; in hoeverre specificceert het contract de rechten en plichten van beide partijen in alle mogelijke scenario's. Risicoverdeling; via contracten worden (financiële) risico's onderling verdeeld. Beschermingsmaatregelen; partijen moeten erop kunnen vertrouwen dat afspraken worden nagekomen. Beschermingsmaatregelen als monitoren van prestaties, geschillenbeslechting, boetes en of een opzeggingsclausule worden daarom in contracten opgenomen.

Hieronder volgt een beschrijving contracteigenschappen (Figuur 1) van de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen van 2012.

4.1 Allocatie eigendomsrechten

De zeggenschapsverhoudingen binnen het ziekenhuizen liggen formeel vast. Deze zeggenschapsverhoudingen vormen zodoende de uitgangssituatie waarbinnen het

contract tussen de verzekeraar en ziekenhuis wordt afgesloten. Nu komt het natuurlijk nogal eens voor dat de zeggenschapsverhoudingen binnen een ziekenhuis veranderen, bijvoorbeeld door een fusie, of door nieuwe afspraken tussen de Raad van Bestuur en de medisch specialisten. Uit de contracten komt dan ook naar voren dat sommige verzekeraars ontbindende bepalingen hebben opgenomen in het geval dat een wijziging in de zeggenschapsverhoudingen binnen het ziekenhuis optreedt. Twee verzekeraars melden bijvoorbeeld dat de verzekeraar het contract met onmiddellijke ingang mag opzeggen indien “de zeggenschapsverhoudingen binnen het ziekenhuis wordt gewijzigd door overdracht van aandelen, omzetting, splitsing, fusie of bestuurswisseling dan wel wijziging in de samenstelling of de bevoegdheden van een toezichthoudend orgaan”. Daarnaast is er één verzekeraar die met een aantal ziekenhuizen heeft afgesproken dat specialisten in vast dienstverband niet mogen overstappen naar vrijgevestigd, tenzij de verzekeraar hiermee akkoord gaat.

4.2 Contractduur

De contractduur van het merendeel van de contracten is een jaar. Drie verzekeraars werken louter met contracten van een jaar terwijl één verzekeraar werkt met zowel contracten van een als van twee jaar. Er is één verzekeraar die daarnaast ook werkt met ‘Raamovereenkomsten medisch specialistische zorg’, waarbij contracten voor een duur van vijf jaar worden afgesloten. In deze raamovereenkomsten worden voor een beperkt aantal behandelingen afspraken gemaakt over kwaliteit en informatie-uitwisseling voor de komende vijf jaar.

De contractuele bepalingen die tot een tussentijdse beëindiging van het contract kunnen leiden zijn in vrijwel alle contracten hetzelfde. Enkele voorbeelden zijn: wederzijds goedkeuren, faillissement, surseance van betaling of de zorgaanbieder draagt onderneming of deel van de onderneming over aan derden.

4.3 (Ex ante) afstemmen van belangen

In alle contracten worden afspraken gemaakt over de kosten, volume en kwaliteit van de zorg. Daarnaast passen sommige verzekeraars prestatiebeloning toe in de vorm van selectief contracteren of een hogere prijs per patiënt.

Kosten. De verzekeraars en de ziekenhuizen onderhandelen over de tarieven van de DBC-zorgproducten. In de data die wij ter beschikking hadden ontbreken de individuele tarieven of volumeafspraken per DBC die zorgverzekeraars afspreken met ziekenhuizen. Wel observeren we dat er in de contracten grofweg drie verschillende bekostigingsmethoden worden toegepast: aanneemsom, plafondbesluit en contracten die de prijslijst hanteren. Onder een aanneemsom ontvangt het ziekenhuis een van tevoren afgesproken vast bedrag, ongeacht de prestaties. Onder een plafondbesluit worden de kosten van het ziekenhuis gedeclareerd op basis van de afgesproken tarieven, zolang deze onder het plafond liggen. De hoogte van de aanneemsom of plafondbesluit staat in de contracten. Contracten die de prijs-

lijst hanteren ontvangen voor elke uitgevoerde behandeling een vergoeding op basis van de tarieven.

Vrijwel alle contracten werken met ofwel een aanneemsom, of een plafondaafspraak. Twee verzekeraars werken uitsluitend met plafondaafspraken, twee verzekeraars hebben met sommige ziekenhuizen een plafondaafspraak en met andere een aanneemsom. Eén verzekeraar werkt met alle drie de bekostigingsmethoden. Deze verzekeraar maakt een enkele keer gebruik van de prijslijst. Deze methode wordt toegepast wanneer de zorgverzekeraar een klein aandeel heeft in het ziekenhuis. Twee verzekeraars verwijzen voor wat betreft de groeipercentages expliciet naar het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord.

In vrijwel alle contracten is opgenomen dat de zorg niet onnodig kostbaar of gecompliceerd mag zijn. Vier verzekeraars nemen contractuele bepalingen op met betrekking tot het voorschrijven van medicijnen. Drie verzekeraars melden bijvoorbeeld dat medicijnen op stofnaam moeten worden voorgeschreven, tenzij er sprake is van medische noodzaak. Daarnaast staat in de contracten van twee van de verzekeraars dat het ziekenhuis het goedkope alternatief moet kiezen indien er keuze is uit verschillende medicijnen.

Volume. De bekostigingsmethode heeft naast impact op de kosten ook invloed op het volume. Sommige verzekeraars proberen de risico's van onderbehandeling en overbehandeling te voorkomen door het opnemen van additionele contractuele afspraken. Om onderbehandeling te voorkomen leggen veel verzekeraars contractueel vast dat het ziekenhuis alleen patiënten mag weigeren of de behandeling mag beëindigen als daar gewichtige redenen voor zijn. In sommige contracten staat expliciet dat ziekenhuizen een doorleververplichting hebben ook als het plafond of de aanneemsom al bereikt is. Daarnaast meldt één verzekeraar dat ziekenhuizen ook een leverplicht hebben voor geneesmiddelen. Ook worden er afspraken gemaakt om overbehandeling te voorkomen. In vrijwel alle contracten is opgenomen dat zorg alleen wordt vergoed als er een verwijzing, van bijvoorbeeld een huisarts, voorhanden is, tenzij het gaat om spoed. Drie verzekeraars melden expliciet dat er een machtiging van de verzekeraar nodig is voor behandelingen die op de limitatieve lijst staan. De limitatieve lijst is een overzicht van alle behandelingen waarvoor van tevoren toestemming moet worden gegeven. Daarnaast meldt één verzekeraar dat er voor specifieke behandelingen, zoals bovenooglidcorrecties en flapoorcorrecties, een machtiging vereist is. Soms worden de criteria zeer gedetailleerd weergegeven in de contracten. Bijvoorbeeld bij het genoemde bovenooglidcorrectie is een van de criteria "huidsurplus van de bovenoogleden van zodanige omvang dat de huid minimaal de helft van de wimpers bedekt bij recht vooruit kijken en recht gehouden hoofd en/of slapte of verlamming van de m. levator palpebrae". Er is één verzekeraar die voor een aantal behandelingen een maximum te declareren volume heeft afgesproken.

Kwaliteit. In alle contracten worden algemene afspraken gemaakt over de kwaliteit van zorg. De zorg dient in overeenstemming te zijn met de stand van de weten-

schap en praktijk. De zorg moet voldoen aan de (meest recente) standaarden, protocollen en richtlijnen die van toepassing zijn. Een aantal concretere voorbeelden zijn: de implementatie van een Veiligheid Managementsysteem (VMS), accreditatie door een erkend certificatie- of accreditatieorganisatie in 2012. Er worden algemene afspraken gemaakt over wachttijden, zo moet zorg geleverd worden binnen de wettelijk geldende Treeknorm. Daarnaast worden er voor specifieke behandelingen afspraken gemaakt over minimale kwaliteitseisen die zijn opgesteld door de beroepsverenigingen, zoals bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH). In sommige gevallen heeft de verzekeraar zelf eigen kwaliteitseisen of verbeterafspraken opgesteld.

Prestatiebeloning. Er bestaan verschillende vormen van prestatiebeloning: een bonus per behandelde patiënt voor behandelingen waar het ziekenhuis aan bepaalde normen voldoet en selectief contracteren. In 2012 is er één verzekeraar die voor een aantal behandelingen een bonus geeft aan ziekenhuizen die aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen. Daarnaast passen drie verzekeraars selectief contracteren toe, door niet alle zorg of helemaal geen zorg in te kopen bij sommige zorgaanbieders. De meeste verzekeraars hebben met vrijwel alle ziekenhuizen een contract afgesloten, maar niet altijd voor alle behandelingen.

De criteria die worden gebruikt voor selectief contracteren of een extra vergoeding per patiënt, zijn voornamelijk de richtlijnen (minimum kwaliteitseisen) die zijn opgesteld door de beroepsverenigingen en dus bekend zijn bij ziekenhuizen. In sommige gevallen heeft de zorgverzekeraar eigen kwaliteitsindicatoren opgesteld. Ook worden in de contracten voor sommige behandelingen expliciete verbeterafspraken opgenomen.

4.4 (On)volledigheid

De contracten die we observeren zijn onvolledig wat betreft de allocatie van financieel risico en prestaties. Vier van de vijf verzekeraars bieden ruimte om de prijzen gedurende het contract nog aan te passen. De vijfde verzekeraar geeft wel aan dat de zorgverzekeraar het bedrag zal vergoeden totdat het plafond is bereikt. Indien het volume achterblijft, of het plafond/de aanneemsom wordt overschreden, kunnen prijzen omhoog/omlaag bijgesteld worden, zodat het te declareren bedrag overeenkomt met het plafond/de aanneemsom. Verder noemen drie verzekeraars eventuele aanpassingen in de vaste/maximumtarieven, zoals opgesteld door de NZa, een reden om de prijzen aan te passen. In sommige gevallen kan er nog een herbeoordeling van de hoogte van de aanneemsom of het plafond plaatsvinden. Twee verzekeraars geven bijvoorbeeld aan dat de verzekeraar bevoegd is om het plafond te verhogen of te verlagen, indien het aantal verzekerden afwijkt van het aantal waar vanuit was gegaan bij de berekeningen. Een andere verzekeraar geeft aan dat er ruimte is om te heronderhandelen over het budget, indien het ziekenhuis te maken krijgt met een ‘substantiële’ toename in volume dat buiten de risicosfeer van het ziekenhuis ligt. Verder zijn contracten onvolledig wat betreft prestaties. Er

worden wel afspraken gemaakt over kwaliteit, maar geen enkel contract specificeert wat de gewenste kwaliteit is in alle mogelijke scenario's.

4.5 Risicoverdeling

De risico's tussen beide partijen worden verdeeld via de bekostigingsmethode. De verschillende bekostigingsmethodes en de prikkels van beide partijen onder deze afspraken hebben we al besproken onder (ex ante) afstemmen van belangen. Onder een aanneemsom of plafondafpraak draagt het ziekenhuis vrijwel al het risico. Onder een plafondafpraak draagt het ziekenhuis meer risico dan onder een aanneemsom omdat er geen sprake meer is van een omzetgarantie. Het feit dat prijzen en in sommige gevallen de hoogte van de aanneemsom/het plafond nog aangepast kunnen worden, brengt wel weer extra risico's mee voor de verzekeraar, zeker wanneer die wijzigingen verder niet exact gespecificeerd zijn in het contract.

4.6 (Ex post)beschermingsmaatregelen

In alle contracten worden maatregelen benoemd om toezicht te houden op de prestaties van het ziekenhuis en om eventuele latere conflicten te voorkomen/op te lossen. Enkele maatregelen die in de contracten terugkomen zijn: monitoren, geschillenbeslechting en boetes. Verzekeraars verschillen in de precieze invulling hiervan.

Monitoring. Om de prestaties van de ziekenhuizen te monitoren worden er verschillende afspraken gemaakt. Ten eerste worden er rapportageverplichtingen voor de ziekenhuizen opgenomen met betrekking tot volume, kwaliteit, verzekeren en de financiële positie. Een voorbeeld is de maandelijksse rapportage van ziekenhuizen over het aantal gesloten DBC-zorgproducten en de waarde van het OnderHanden Werk (OHW). Het OnderHanden Werk zijn “de waarde van de aan het eind van het boekjaar lopende behandelingen waarvoor een zorgproduct is gestart/geopend, maar waarvoor pas na afloop van het boekjaar kan worden gedeclareerd” (NZA 2011). Eén verzekeraar vraagt om een melding indien het ziekenhuis denkt de aanneemsom of het plafond te gaan overschrijden. Ziekenhuizen zijn ook verplicht om scores op bepaalde kwaliteitsindicatoren te registreren en in sommige gevallen te rapporteren op hun website. Het gaat hier veelal om indicatoren van Zichtbare Zorg (ZiZO), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en of Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Eén verzekeraar vraagt bijvoorbeeld naar de indicatoren van ZiZO en IGZ, terwijl een andere verzekeraar vraagt om de indicatoren van ZiZo en ZN. Sommige verzekeraars hebben een bepaling opgenomen over het verzekerenbestand, dat elke dag geactualiseerd moet zijn. Dit in verband met controles betreffende verzekeringsrecht. Verder vragen verzekeraars informatie op over de financiële positie van het ziekenhuis door middel van het aanleveren/beschikbaar stellen van het (half)jaarverslag.

Naast deze rapportageverplichtingen nemen twee verzekeraars standaard overlegmomenten op om ontwikkelingen en prestaties te bespreken met betrekking tot de omvang, aard en kwaliteit van de zorg en de kosten die daarmee gemoeid zijn.

Verzekeraars nemen het financiële beleid door en monitoren klachten van verzekerden.

Tabel 1 Samenvattend schema

Invulling van de contracten zorgverzekeraar/ziekenhuis	
Allocatie eigendomsrechten	De zeggenschapsverhoudingen binnen het ziekenhuis liggen formeel vast en vormen zodoende de uitgangssituatie waarbinnen het contract tussen de verzekeraar en ziekenhuis wordt afgesloten. Sommige verzekeraars maken contractuele afspraken om meer zekerheid te krijgen over deze zeggenschapsverhoudingen.
Contractduur	De contractduur van het merendeel van de contracten is één jaar. Eén verzekeraar werkt met contracten van één en twee jaar. Daarnaast werkt één verzekeraar met raamovereenkomsten waarin afspraken worden gemaakt over de kwaliteit en informatie-uitwisseling voor de komende vijf jaar.
Afstemmen van belangen	In alle contracten worden afspraken gemaakt met betrekking tot de kosten, volume en kwaliteit van zorg. Daarnaast passen sommige verzekeraars prestatiebeloning toe in de vorm van selectief contracteren of een hogere prijs indien wordt voldaan aan bepaalde kwaliteitseisen.
(On)volledigheid	Contracten zijn onvolledig wat betreft de allocatie van financieel risico en prestaties. Contracten bieden ruimte om te heronderhandelen over prijzen. In sommige gevallen kan er nog een herbeoordeling plaatsvinden over de hoogte van de aanneemsom of het plafond. Verder worden er wel afspraken gemaakt over kwaliteit maar deze zijn weinig gedetailleerd. Geen enkel contract specificiert wat de gewenste kwaliteit is in meerdere scenario's.
Risicoverdeling	De risico's tussen beide partijen worden verdeeld via de bekostigingsmethode. Hoewel het ziekenhuis onder zowel een aanneemsom als onder een plafondafpraak een groot deel van het financiële risico op zich lijkt te nemen is het nog maar de vraag hoe de winsten/verliezen uiteindelijk verdeeld worden.
Beschermingsmaatregelen	In alle contracten worden maatregelen benoemd om toezicht te houden op de prestaties van het ziekenhuis en eventuele latere conflicten te voorkomen/op te lossen. Voorbeelden van dit soort maatregelen zijn: monitoren, geschillenbeslechting en boetes (indirect).

Geschillenbeslechting. In de contracten staat dat partijen de voorkeur geven om geschillen zoveel mogelijk onderling op te lossen. Indien partijen zich niet aan de afspraken houden vindt er overleg plaats en proberen ze gezamenlijk tot een oplossing te komen. Pas als partijen het niet onderling kunnen oplossen laten ze het over aan de Rechtbank. In het ergste geval kan het contract ontbonden worden. Eén verzekeraar geeft aan dat ziekenhuizen kunnen worden verplicht een verbeterplan op te stellen, en dat de zorgverzekeraar het recht heeft om een openbare waarschuwing te geven indien het ziekenhuis tekort schiet.

Boetes. In de contracten worden niet direct boetes opgelegd. Vijf verzekeraars nemen wel expliciet in het contract op dat het ziekenhuis niet langer bevoegd is zorg te verlenen/declaraties in te dienen voor behandelingen waarvoor ze niet voldoen aan de kwaliteits- en of volumennorm. Eén verzekeraar geeft aan dat het ziekenhuis

de verzekeraar moet inlichten indien er af wordt afgeweken van de norm. In dit geval wordt er een verbeterplan opgesteld. Indien het ziekenhuis niet binnen een bepaalde termijn voldoet aan de eisen, zal de verzekeraar deze zorg niet meer vergoeden. Verder heeft de verzekeraar die hogere prijzen hanteert voor bepaalde behandelingen indien wordt voldaan aan bepaalde kwaliteitseisen, in het contract opgenomen dat deze bonus per direct vervalt indien er niet is voldaan aan de voorwaarden.

5 Discussie en conclusie

5.1 Onzekerheid en complexiteit spelen een grote rol bij de invulling van het contract

De factoren onzekerheid en complexiteit spelen een belangrijke rol in de contractstructuur. Dit vertaalt zich in een relatief korte contractduur, de incompleetheid van de contracten en ruimte om tijdens de looptijd van het contract over onderdelen opnieuw te onderhandelen.

De contractduur betreft veelal één jaar terwijl er slechts enkele twejarige contracten bestaan. Langetermijncontracten kunnen nuttig zijn wanneer er grote investeringen worden gemaakt. Een langere contractduur biedt dan aan beide partijen zekerheid en daarmee worden de transactiekosten gereduceerd. Een nadeel van langetermijncontracten is dat het ten koste kan gaan van de flexibiliteit. Ook kan de marktwerking daardoor worden belemmerd. Gezien alle onzekerheden, zal bij langetermijncontracten in de praktijk veel heronderhandeld moeten worden, waardoor de transactiekosten weer toenemen. Cruciaal is daarbij hoe de partijen omgaan met onzekerheid, en of ze in een langetermijncontract een basis zien om vanuit vertrouwen aan oplossingen voor alle voorkomende onzekerheden te werken, zonder alles op voorhand helemaal dicht te regelen.

De contracten zijn onvolledig wat betreft prestaties en de allocatie van financieel risico. Het feit dat een ziekenhuis heel veel verschillende behandelingen uitvoert bij allerlei verschillende patiënten, maakt het complex dan wel onmogelijk voor de zorgverzekeraar en het ziekenhuis om op voorhand alles exact vast te stellen voor alle mogelijke scenario's. Om deze reden wordt er vaak ruimte opengelaten om te heronderhandelen. Het strikt naleven van contracten kan grote financiële risico's met zich meebrengen. Stel dat het zorgvolume ver boven het plafond uitkomt, dan kan dit de financiële positie van een ziekenhuis in gevaar brengen. Het is vooralsnog onduidelijk hoe compleet contracten in de praktijk kunnen worden opgesteld.

5.2 De rol van VWS

Onzekerheid over beleid. Partijen hebben te maken met veel onzekerheid. Er bestaat onzekerheid over volume en technologische ontwikkelingen, maar ook over veranderingen in beleid. Veranderingen in beleid zijn veelal onvoorspelbaarder dan de eerder genoemde soorten onzekerheid. VWS kan deze onzekerheden proberen te

verminderen door het maken van afspraken met partijen en een langetermijnbeleid proberen te voeren. In de praktijk blijkt dit best een lastige opgave te zijn. Zo kwam de overgang naar DOT's in de ziekenhuisfinanciering op een moment dat de marktpartijen net gewend waren aan de DBC's. De zorgverzekeraar en het ziekenhuis hadden in 2012 nog weinig zicht op de kosten van de nieuwe productstructuren (Algemene Rekenkamer 2013). Wanneer beleidsmaatregelen elkaar in een snel tempo opvolgen, wordt het voor de marktpartijen ondoenlijk om scherpe en bindende contracten op te stellen. De politieke omgeving en het wisselen van kabinetten vormen als het ware een inherente oorzaak van onzekerheid over de richting waarin het zorgstelsel zich ontwikkelt. Voor de marktpartijen zijn heldere en zekere toekomstverwachtingen noodzakelijk om hun rol en verantwoordelijkheden waar te maken. Een goed voorbeeld van beleid voor langere termijn betreft het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord waarin VWS heeft afgesproken dat de zorguitgaven met maximaal 2,5% mogen groeien. Dit akkoord kan functioneren als een richtlijn waarmee partijen rekening kunnen houden in de onderhandelingen. We zien deze jaarlijkse groei afspraken terug in de contracten. Vanuit welvaartsoogpunt is het echter wel belangrijk dat de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord niet een op een terugkomen in de contracten, maar dat rekening wordt gehouden met verschillen tussen ziekenhuizen. Ook is van belang dat zo'n akkoord niet wordt doorkruist door allerlei maatregelen op operationeel niveau, zoals bijvoorbeeld overhevelingen van geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget.

5.3 Wat zien we niet of weinig terug in de contracten?

Prestatiebeloning weinig toegepast. Prestatiebeloning is belangrijk om de concurrentie op de ziekenhuismarkt te stimuleren. Het idee achter prestatiebeloning is om ziekenhuizen die een hogere kwaliteit leveren beter te belonen. In 2012 vindt er op beperkte schaal prestatiebeloning plaats, dus prestaties waarbij het aantal behandelingen waarop selectief wordt gecontracteerd of in aanmerking komt voor een extra vergoeding beperkt is. In hoeverre en welke vorm van prestatiebeloning wenselijk is, zal deels afhankelijk zijn van het type zorg. Spoedeisende hulp leent zich eerder voor een extra vergoeding in plaats van selectief contracteren, omdat afstand belangrijk is. Complexe zorg die baat heeft bij schaalvoordelen/concentratie leent zich bijvoorbeeld wel voor selectief contracteren. Voor verzekeraars is het voornamelijk interessant om prestatiebeloning toe te passen voor behandelingen die frequent voorkomen, en wanneer er grote verschillen in prijs en/of kwaliteit aanwezig zijn. Er moet in ieder geval wel genoeg informatie over kwaliteit zijn (Hayen et al. 2013). De criteria die in 2012 worden gebruikt voor selectief contracteren zijn veelal standaard kwaliteitseisen. Zorgverzekeraars beschikken waarschijnlijk nog over te weinig betrouwbare kwaliteitsinformatie.

Bekostiging wordt in praktijk niet gebruikt om risico's te verdelen. Een contract kan risico's tussen spelers verdelen door middel van de bekostigingsmethode. Hoewel het ziekenhuis onder zowel een plafondufspraak als onder een aanneemsom een groot deel van het financiële risico op zich lijkt te nemen, is het maar de

vraag of er geen heronderhandelingen plaatsvinden en hoe de winsten/verliezen werkelijk verdeeld worden. Voor het ziekenhuis geeft een aanneemsom ook een bepaalde mate van zekerheid over de te verwachten inkomsten.

Sancties of boetes weinig gebruikt. Het ziet er naar uit dat het Nederlandse poldermodel ook van toepassing is op de zorginkoopmarkt. Verzekeraars en ziekenhuizen proberen zoveel mogelijk samen tot een oplossing te komen. Het contract kan ontbonden worden als één van de partijen zich niet aan de afspraken houdt, dit zal in de praktijk echter niet snel optreden. Andere aspecten zoals wederzijdse afhankelijkheid en reputatie lijken een veel belangrijkere rol te spelen in het nakomen van afspraken. Partijen hebben baat bij een goede relatie omdat de kans groot is dat ze in de toekomst ook met elkaar te maken hebben.

5.4 Beperkingen van empirisch onderzoek in contracten

Dit onderzoek kent haar beperkingen. Een aantal dimensies, zoals de contractduur is makkelijk kwantificeerbaar. Ook discrete keuzevariabelen, bijvoorbeeld of ziekenhuizen wel of geen doorleververplichting verplichting hebben, kunnen eenduidig vastgesteld worden. Echter, factoren die volgens de contracttheorie grote invloed hebben op de invulling van het contract zoals complexiteit en onzekerheid zijn veelal moeilijk of niet meetbaar (Lyons 1996).

Daarnaast kan de precieze verwoording van de afspraken in het contract afwijken met hoe de partijen deze interpreteren. Aan de andere kan het ook zo zijn dat er onderlinge afspraken zijn die misschien niet letterlijk in de contracten staan en dus niet waarneembaar zijn (Lyons 1996).

6 Conclusie

In de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen speelt onzekerheid over toekomstige ontwikkelingen een belangrijke rol. Dit heeft zich tot nu toe vertaald in een korte contractduur, onvolledigheid van de contracten en de ruimte om te heronderhandelen. Veel verzekeraars hanteren uitgavenplafonds of aanneemsommen om de kosten in de zorg, en hun eigen financiële risico, te beperken. Dat veel ziekenhuizen hierin meegaan geeft aan dat verzekeraars voldoende onderhandelingsmacht hebben tegenover ziekenhuizen. Hierbij heeft het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord tussen verzekeraars, ziekenhuizen en de overheid om de groei van de totale zorguitgaven te beperken waarschijnlijk een belangrijke rol gespeeld. Omdat zowel verzekeraars als ziekenhuizen zich via dit Hoofdlijnenakkoord al vooraf geëngelikt hebben om samen de ziekenhuisuitgaven op nationaal niveau te beperken, zien we deze afspraken ook terugkomen in de individuele contractonderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Uit onze inventarisatie blijkt dat er eerste stappen worden ondernomen door verzekeraars om te differentiëren, zo vindt er in beperkte mate prestatiebeloning plaats en worden er eerste afspraken gemaakt over kwaliteit. Dat is een stap in de goede richting. Wil gereguleerde con-

currentie echt een bijdrage van betekenis gaan leveren aan de systeemdoelen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg, dan zal meer nadruk op de geleverde kwaliteit en de daarvoor benodigde financiële prikkels in toekomstige contracten nodig zijn.

Auteurs

Suzanne Ruwaard (e-mail: S.Ruwaard@uvt.nl) is promovendus aan de Universiteit van Tilburg en verbonden aan het Centraal Planbureau (CPB) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Rudy Douven (e-mail: R.C.M.H.Douven@cpb.nl) is Commonwealthfund Harkness Fellow aan de Harvard Medical School en verbonden aan het Centraal Planbureau (CPB) en de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR). Jeroen Struijs (e-mail: jeroen.struijs@rivm.nl) is Commonwealthfund Harkness Fellow aan de Harvard School of Public Health, Department of Health Policy and Management en verbonden aan het Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Johan Polder (e-mail: johan.polder@rivm.nl) is gezondheidseconoom en verbonden aan het RIVM als CSO en aan Tilburg University als bijzonder hoogleraar.

Literatuur

- Algemene Rekenkamer, 2013, Transparantie ziekenhuisuitgaven: uitgavenbeheersing in de zorg deel 2.
- Baarsma, B., F. de Kam, R. Linschoten, W. Verloren van Themaat en M. Varkevisser, 2012, Advies commissie macrobeheersinstrument: van structureel kortingsinstrument naar daadwerkelijk ultimatum remedium, 5 juni 2012.
- Brandenburg, C., 2007, Zorgverzekeraars contracteren ziekenhuizen in een vrije markt. Een empirisch onderzoek naar de transactiekosten, *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, vol. 81(3): 69-76.
- Bolton, P., en M. Dewatripont, 2004, *Contract Theory*, MIT Press: Cambridge and London.
- Chernew, M.E., R.E. Mechanic, B.E. Landon en D.G. Safran, 2011, Private-payer innovation in Massachusetts: the 'alternative quality contract', *Health Aff (Millwood)*, vol. 30(1): 51-61.
- Chalkley, M., en D. McVicar, 2008, Choice of contracts in the British National Health Service: An empirical study, *Journal of Health Economics*, vol. 27(2008): 1155-67.
- Füssenisch, K., 2013, Estimating costs of the specialist-medical care in the Netherlands: using unknown fractions, Master's Thesis University of Tilburg.
- Groenewegen, J., 2007, Transactiekostentheorie en de nieuwe zorgmarkt, *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, vol. 81(3): 61-68.
- Grossman, S.J., en O.D. Hart, 1986, The costs and benefits of ownership: a theory of vertical and lateral integration *Journal of Political Economy*, vol. 94(4): 691-719.
- Hayen, A.P., Bekker, P.J.G.M. de Bekker, M.M.T.J. Ouwens, G.P. Westert en P.P.T. Jeurissen, 2013, No cure, no pay? Onderweg naar uitkomstbepaling in de Nederlandse zorg; huidige en toekomstige mogelijkheden, Nijmegen: Celsus.
- Halbersma, R., J. van Manen, W. Sauter, 2013, Voldoen de verzekeraars in hun rol als motor van het zorgstelsel? NZa Research Paper 2012-3.

- Hazeu, C.A., 2000, Institutionele economie: een optiek op organisatie- en sturingsvraagstukken, Bussum: Coutinho.
- Holmstrom, B., 1979, Moral hazard and observability, *The Bell Journal of Economics*, vol. 10(1): 74-91.
- IGZ, 2010, Volumenormen beperken risico voor de patiënt.
<http://www.igz.nl/actueel/nieuws/volumenormenbeperkenrisicovoordepatint.aspx>
- Smith, D.G., en B.G., King, 2009, Contracts as organizations, *Arizona Law Review*, vol. 51(1): 1-45.
- Lyons, B.R., 1996, Empirical Relevance of Efficient Contract Theory: Inter-Firm Contracts, *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 12(4): 27-52.
- Milgrom, P., en J. Roberts, 1992, *Economics, Organization and Management*, Prentice Hall.
- Ministerie van VWS, 2011a, Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015.
- Ministerie van VWS, 2011b, Zorg die loont, Den Haag: Tweede Kamerstuk 32 620. Nr. 6. 14. Maart 2011.
- Ministerie van VWS, 2013a, Begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2014: Betere-zorg, beheerste uitgaven.
- Ministerie van VWS, 2013b, VSO tijdslijn macrobeheersinstrument.
- NMa, 2012, Jaarverslag 2012 Nederlandse Mededingingsautoriteit.
- NVZ, 2013, Passend model: over de relatie tussen ziekenhuizen en medisch specialisten na 2015.
- NZa, 2008, Monitor Ziekenhuiszorg 2008: een analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment 2008.
- NZa, 2011, Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg: uitwerking van implementatie per 2012, Consultatiedocument.
- NZa, 2012a, Van fabels naar feiten: stand van de zorgmarkten 2012.
- NZa, 2012b, Marktscan Medisch specialistische zorg: weergave van de markt 2008-2012.
- NZa, 2013, Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015. Advies Orde van Medisch Specialisten, 2011, Model Toelatingsovereenkomst d.d. 20 september 2011.
- Verstappen M., 2013, 'Goed-nieuwsmedaille' protontherapie kent keerzijde.
- Wieleman H.H.H., 2012, Accountantscontrole curatieve Zorg, 20 december 2012.
- Williamson, O.E., 1975, *Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications*, The Free Press: New York