

Zorgaanbieders als onderaannemers van zorggroepen

Integrale bekostiging heeft als doel de doelmatigheid van chronische zorg te verbeteren. Op basis van de transactiekostentheorie kan men concluderen dat de huidige contracten tussen zorggroepen en zorgaanbieders niet de juiste prikkels bevatten om deze doelstellingen te halen.

ARTHUR HAYEN
Promovendus aan
de Universiteit van
Tilburg

**JANNEKE DE
JONG-VAN TIL**
Onderzoeker bij het
Rijksinstituut voor
Volksgezondheid en
Milieu

JEROEN STRUIJS
Senior onderzoeker
bij het Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Door de vergrijzing zal het aantal chronisch zieken verder toenemen. Om de kwaliteit en continuïteit van de chronische zorg te kunnen waarborgen is het van belang om de doelmatigheid van deze zorg te verbeteren. Samenwerking tussen de betrokken zorgdisciplines draagt hieraan bij. Lange tijd kwamen samenwerkingsverbanden niet van de grond, vanwege de manier waarop chronische zorg bekostigd werd (Taakgroep Programma Diabeteszorg, 2005). Zorgverleners werden afzonderlijk gecontracteerd en werden betaald per medische verrichting. Hierdoor werd het leveren van onnodige zorg, als gevolg van suboptimale samenwerking, eerder beloond dan afgestraft.

In 2007 startte het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een experiment met een nieuwe bekostigingssystematiek: integrale bekostiging. Hierbij betaalt de zorgverzekeraar één bedrag voor een vooraf vastgesteld pakket aan zorg aan een zorggroep. Dit pakket aan zorg heet een keten-diagnosebehandelcombinatie (keten-dbc) en moet zorginhoudelijk voldoen aan de Zorgstandaard (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2010). Een zorggroep is een nieuwe juridische entiteit die bestaat uit een groep zorgaanbieders en fungeert als hoofdaannemer van het keten-dbc-contract. Zij kan de zorg zelf leveren door zorgaanbieders in loondienst te nemen of te contracteren op de markt. Zorggroepen mogen besparingen op het keten-dbc-bedrag houden, en dit stimu-

leert haar tot een doelmatige organisatie van zorg. Dit kan op verschillende manieren. Zo mag een zorggroep taken herschikken en delegeren (taakherschikking) naar minder dure (typen) zorgaanbieders. Ook mag een zorggroep vrij onderhandelen over de hoogte en vorm van de vergoedingen.

Na een experimentele fase is integrale bekostiging ingevoerd voor de diabeteszorg, Vasculair Risico Management en COPD-zorg. Inmiddels is driekwart van alle huisartsen aangesloten bij een zorggroep (De Jong-van Til *et al.*, 2010). Ondanks dat zorggroepen een belangrijke speler zijn in het gezondheidszorgsysteem, is de wijze waarop zij hun contractuele relaties met onderaannemers vormgeven onderbelicht gebleven. Deze contractuele relaties zijn echter van essentieel belang, aangezien deze onderaannemers de zorgverleners zijn die de doelmatigheid van chronische zorg moeten verbeteren. Een analyse van deze contractuele relaties helpt om resultaten van onderzoek naar de macro-effecten van integrale bekostiging te duiden en om verbeterpotentieel te ontdekken.

De transactiekostentheorie legt een verband tussen contractuele vormgeving en gedrag van contractpartijen. Dit maakt de theorie geschikt om te analyseren of de huidige vormgeving van contractuele relaties onderaannemers prikkelt tot wenselijk gedrag. Wenselijk gedrag omvat hier samenwerking, het minimaliseren van onnodige medische handelingen, taakherschikking en het leveren van zorg volgens de Zorgstandaard.

DE TRANSACTIEKOSTENTHEORIE

Transactiekosten zijn de kosten van het verzamelen van informatie over contractpartners, het onderhandelen over een contract, en het afdwingen van het uiteindelijke contract door rechtspraak of financiële prikkels en monitoring (Hennart, 1993). Dat deze activiteiten kostbaar zijn, volgt uit een tweetal aannames die de transactiekostentheorie maakt over contractpartijen. Contractpartijen hebben ten eerste een beperkt cognitief vermogen om informatie te verwerken, en ten tweede de neiging tot opportunistisch handelen (Williamson, 1991). Dit veroorzaakt verschillende problemen.

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

In de zorgmarkt lijken vooral het probleem van informatieasymmetrie en contractuele *hold-up* aan de orde. Informatieasymmetrie gaat hier over de informatieachterstand die zorggroepen hebben ten opzichte van hun onderaannemers. Aangezien de zorggroep als zodanig niet bij de behandeling van haar patiënten aanwezig is, is het voor haar lastig na te gaan of onderaannemers de zorgvraag juist hebben geïnduceerd en afgehandeld. Een opportunistische onderaannemer kan deze informatieachterstand gebruiken door zorg van mindere kwaliteit tegen dezelfde kosten aan te bieden, of voor onnodige zorg eenzelfde vergoeding te vragen.

Contractuele *hold-up* (Klein *et al.*, 1978) doet zich voor wanneer zorggroepen en onderaannemers investeringen doen in hun contractuele relatie die buiten deze relatie minder waard zijn. Een voorbeeld hiervan is de ICT-infrastructuur, die sop maat gemaakt wordt. Dit type investeringen maakt dat contractpartijen baat hebben bij continuering van het contract, wat een zekere afhankelijkheid introduceert. De minst afhankelijke partij kan hier opportunistisch mee omspringen door te heronderhandelen over het contract, wat een tijdrovend en kostbaar proces kan zijn (Williamson, 1979).

De theorie ziet in de juiste contractuele vormgeving een instrument om de transactiekosten te minimaliseren. De theorie onderscheidt twee uiterste vormen van contractuele vormgeving: het prijssysteem en de hiërarchie (Hennart, 1993). Onder het prijssysteem blijven onderaannemers autonoom en worden ze beloond op basis van productie door bijvoorbeeld een vergoeding per verrichting. Onder de hiërarchie geven onderaannemers hun autonomie op en krijgen zij een beloning onafhankelijk van productie (bijvoorbeeld een vast salaris), in ruil voor het opvolgen van instructies van de zorggroep. Deze verschillen in beloning en sturing tussen prijssysteem en hiërarchie hebben invloed op de wijze waarop informatieasymmetrie en contractuele *hold-up* zich manifesteren (Williamson, 1991). In grote lijnen stelt de theorie dat contractpartijen onder het prijssysteem meer geprikkeld worden om met hun productie bezig te zijn, informatieasymmetrie mogelijk aanwenden om hun productie kunstmatig te beïnvloeden, en vaker zullen overgaan tot heronderhandeling in een situatie van *hold-up*. Onder hiërarchie, waar inkomen onafhankelijk is van productie, zullen zorgaanbieders meer sturing accepteren met betrekking tot de wijze waarop zorg tot stand komt. Dit impliceert minder heronderhandeling.

DE TRANSACTIEKOSTENANALYSE

Onderaannemers blijven overwegend autonoom en worden grotendeels vergoed op basis van productie (De Jong-van Til *et al.*, 2010). Dit geldt voor de onderaannemers die een vergoeding per verrichting krijgen, maar ook voor de onderaannemers die een abonnementstarief krijgen uitgekeerd. Voor deze onderaannemers geldt namelijk dat productie ten laste komt van het abonnementstarief. Contracten tussen zorggroep en onderaannemers worden dus voornamelijk volgens het prijssysteem vormgegeven. De vraag is nu of het prijssysteem de juiste prikkels geeft tot het minimaliseren van onnodige medische handelingen, tot samenwerking, taakherschikking en het leveren van zorg volgens de Zorgstandaard.

Onnodige medische handelingen

De informatieasymmetrie tussen betaler en aanbieder van zorg maakt het lastig om vast te stellen wat onnodige zorg is geweest. Nu er ruimte is om onnodige zorg te leveren, kan een financiële prikkel helpen om dit te ontmoedigen. Wanneer de zorggroep en onderaannemers hun contractuele relaties volgens het prijssysteem vormgeven, worden onderaannemers betaald op basis van productie en zou het leveren van onnodige zorg tot extra inkomen leiden. Een abonnementstarief is op zijn beurt weer een prikkel om minder zorg te leveren (ook minder noodzakelijke zorg). In theorie is het prijssysteem dus niet geschikt om het aantal onnodige medische verrichtingen te minimaliseren.

Recent onderzoek sluit hierop aan. Zo blijkt dat er door integrale bekostiging minder chronisch zieken gebruikmaken van ziekenhuiszorg, maar dat de totale ziekenhuiszorgkosten van deze chronisch zieken toenemen (Struijs *et al.*, 2012a). Hoewel we voorzichtig moeten zijn met het interpreteren van dit resultaat – hier kunnen meer oorzaken voor zijn – wijst de grote toename van de curatieve zorgkosten voor deze groep zieken, mogelijk op overbehandeling.

Samenwerking

Het afzonderlijk contracteren van zorgverleners door de zorgverzekeraar en het betalen per verrichting werden als barrière gezien voor multidisciplinaire samenwerking. Zorggroepen betalen hun onderaannemers nu ook per verrichting. Toch geven zorgverleners aan dat de samenwerking beter is dan voorheen, omdat de onderlinge relatie nu minder vrijblijvend is (Struijs *et al.*, 2009). Het lijkt erop dat het hebben van een contractuele relatie, ongeacht de vormgeving, leidt tot meer samenwerking binnen de zorggroep.

Taakherschikking

De transactiekostentheorie stelt dat sturing op gedrag beter mogelijk is door een contractuele relatie hiërarchisch vorm te geven. Dit lijkt ook op te gaan voor zorggroepen die taakherschikking willen realiseren. Taakherschikking lijkt namelijk minder snel op gang te komen wanneer onderaannemers volgens het prijssysteem worden betaald. Zo bleek het voor zorggroepen lastig om taakherschikking te realiseren rondom het uitvoeren van de fundusfoto (foto van de achterkant van het oog). Een fundusfoto kan aanleiding geven tot een volledig oogonderzoek, dat veelal wordt uitgevoerd door oogartsen. Voor oogartsen is het daarom aantrekkelijk om de fundusfoto zelf uit te voeren, zodat de patiënt ook bij hen terugkomt voor een volledig oogonderzoek. Meerdere zorggroepen wilden echter deze fundusfoto uit laten voeren door (goedkopere) optometristen. Aangezien de oogartsen per oogonderzoek een vergoeding krijgen, was het voor meerdere zorggroepen moeilijk om taakherschikking te realiseren (Struijs *et al.*, 2009). Taakherschikking van huisarts naar de praktijkondersteuner is na invoering van integrale bekostiging juist wel in een stroomversnelling gekomen. De contractuele relatie tussen huisarts en zorggroep is hiërarchischer van aard: huisartsen krijgen een abonnementstarief en nemen op hun beurt de praktijkondersteuner in loondienst. Contractuele vormgeving lijkt dus de mate waarin de zorggroep taakherschikking en -delegatie kan realiseren, te beïnvloeden.

Men kan zich afvragen waarom zorggroepen hun contractuele relatie met de oogarts in stand houden. Hier lijkt sprake van contractuele hold-up. Een oogarts heeft geïnvesteerd in een relatie met patiënten, en deze investering wordt minder waard wanneer de zorggroep hem niet meer contracteert en geen patiënten meer doorverwijst. Diezelfde arts-patiëntrelatie is voor de zorggroep ook belangrijk, aangezien specifieke kennis van de patiëntenpopulatie ten goede komt aan de doelmatigheid. De zorggroep kan niet direct uitwijken naar een zorgverlener met dezelfde kennis van de patiëntenpopulatie. Dit maakt beide partijen afhankelijk van elkaar, wat kan leiden tot transactiekosten. Een aantal zorggroepen lijkt dit probleem aan te pakken door huisartsen bij te scholen om fundusfoto's te beoordelen. Zo worden zorggroepen minder afhankelijk van oogartsen. Vanuit de transactiekostentheorie is dus te beredeneren waarom het initiatief tot nascholing van huisartsen zal leiden tot een meer doelmatige taakherschikking tussen oogartsen en andere zorgverleners.

Het leveren van zorg volgens de Zorgstandaard

De Zorgstandaard regelt uit welke aspecten chronische zorg bestaat. De zorggroep is zelf niet aanwezig bij de feitelijke zorgverlening door haar onderaannemers en is voor een beeld van de geleverde kwaliteit van zorg afhankelijk van registratiesystemen en daaruit voortvloeiende kwaliteitsindicatoren. Deze hebben hun beperkingen. Het is bijvoorbeeld moeilijk om na te gaan of er om legitieme redenen is afgeweken van de Zorgstandaard (Struijs *et al.*, 2012b). Aangezien iedere handeling bijdraagt aan de marginale kosten – die onder het prijssysteem ten laste komen van de zorgaanbieders – prikkelt het prijssysteem om elementen van de Zorgstandaard achterwege te laten.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Zorggroepen geven hun contracten met onderaannemers vorm volgens het prijssysteem, waardoor er voor onderaannemers een sterk verband blijft tussen productie en inkomen. Beredenerend vanuit de transactiekostentheorie leidt deze contractuele vormgeving niet tot optimale doelmatigheid van chronische zorg. De productieprikkel staat haaks op het minimaliseren van onnodige medische handelingen, het realiseren van taakherschikking en het leveren van zorg volgens de Zorgstandaard. Op basis van de transactiekostentheorie is het zorggroepen aan te bevelen om hun contractuele relatie met onderaannemers meer hiërarchisch vorm te geven.

Aangezien het in loondienst nemen van alle onderaannemers risicovol is, rijst de vraag welke andere mogelijkheden zorggroepen hebben om hun relatie met onderaannemers hiërarchisch vorm te geven. Een mogelijkheid is om de hoogte van het abonnementstarief te koppelen aan het behalen van patiëntenuitkomsten, in plaats van het op te bouwen uit de som van (normaliter) declarabele verrichtingen. Zo wordt de relatie tussen productie en inkomen al complexer. De kwaliteit van chronische zorg moet dan echter wel transparanter. Nu is het voor zorggroepen bijvoorbeeld nog vaak onduidelijk of onderaannemers om legitieme redenen van de Zorgstandaard afwijken. Zo hoeft niet iedere diabetes driemaandelijks gecontroleerd te worden, maar een diabetes met een te hoge bloedglucoseconcentratie wel. Om een beter beeld te krijgen van

de mate waarin onderaannemers volgens de Zorgstandaard werken, zouden proces- en uitkomstindicatoren beter geïntegreerd moeten worden. Een voorbeeld van een dergelijke indicator is 'Het percentage patiënten met een te hoge bloedglucoseconcentratie dat in het afgelopen jaar driemaandelijks gecontroleerd is'. Deze samengestelde indicator geeft meer informatie dan beide onderdelen ervan afzonderlijk. Een tweede manier om de transparantie te verbeteren is door het gebruik van longitudinale data, zodat scores van kwaliteitsindicatoren over de jaren heen beter met elkaar vergeleken kunnen worden. Nu wordt er voornamelijk met crosssectionele data gewerkt (Struijs *et al.*, 2012b).

Deze transactiekostenanalyse wijst naar een belangrijke ontbrekende randvoorwaarde voor een goed functionerende zorgmarkt in haar algemeenheid: transparantie. Het ontbreken van transparantie maakt de keuze tussen het prijssysteem en hiërarchie belangrijker. Daarom is een kritische beschouwing van het contracteerbeleid van zorggroepen van belang. In toenemende mate, onder nieuw voorgestelde bekostigingssystematieken zoals *shared savings* en populatiebekostiging (Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, 2012), zullen verschillende groepen zorgaanbieders onderaannemers gaan contracteren. Hierbij krijgen zorgaanbieders ook vrijheden met betrekking tot de invulling van deze contracten. Het is daarom van belang te blijven reflecteren of de ingeslagen wegen uiteindelijk leiden tot meer doelmatigheid in de Nederlandse gezondheidszorg.

LITERATUUR

- Coördinatieplatform Zorgstandaarden (2010) *Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten*. Den Haag: Coördinatieplatform Zorgstandaarden.
- Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (2012) *Eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Integrale bekostiging van zorg: werk in uitvoering*. Den Haag: Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging.
- Hennart, J.F. (1993) Explaining the swollen middle: why most transactions are a mix of 'market' and 'hierarchy'. *Organization Science*, 4(4), 529–547.
- Jong-van Til, J.T. de, J.E. de Wildt en J.N. Struijs (2010) *De organisatie van zorggroepen anno 2010: huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Klein B., R.G. Crawford en A.A. Alchian (1978) Vertical integration, appropriable rents, and the competitive contracting process. *Journal of Law and Economics*, 21(2), 297–326.
- Struijs J.N., J.T. van Til en C.A. Baan (2009) *Experimenteren met de keten-dbc diabetes. De eerste zichtbare effecten*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Struijs J.N., S.M. Mohnen, C.C. Molema, J.T. de Jong-van Til en C.A. Baan (2012a) *Effect van integrale bekostiging op curatieve zorgkosten. Een analyse voor diabeteszorg en vasculair risicomanagement op basis van registratiebestanden Vektis, 2007–2010*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Struijs J.N., J.T. de Jong-van Til, L.C. Lemmens, H.W. Drewes, S.R. de Bruin en C.A. Baan (2012b) *Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg. Effecten op zorgproces en kwaliteit van zorg*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Taalgroep Programma Diabeteszorg (2005) *Diabeteszorg beter*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Williamson, O.E. (1979) Transaction-cost economics: the governance of contractual relations. *Journal of Law and Economics*, 22(2), 29.
- Williamson, O.E. (1991) Comparative economic organization: the analysis of discrete structural alternatives. *Administrative Science Quarterly*, 36(2), 28.