

Zorgverzekeraars contracteren ziekenhuizen in een vrije markt

Een empirisch onderzoek naar de transactiekosten

Claudia Brandenburg

SAMENVATTING Dit artikel gaat in op de contractering tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen in Nederland. Met de hervorming van het zorgstelsel ontwikkelt deze, van oudsher (gereguleerde) inkooprelatie, zich tot een vrije markt. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderhandelen steeds meer over volumes, prijzen en kwaliteit. Uit de resultaten van een schriftelijke vragenlijst blijkt dat zowel ziekenhuisbestuurders als zorgverzekeraars vraagtekens zetten bij de transactiekosten die dit tot gevolg kan hebben. Zij geven aan dat vooral de diversiteit en complexiteit van ziekenhuiszorg de onderhandelingen en contractering belemmert. De gevolgen zijn hoge inkoopkosten en administratieve lasten voor ziekenhuizen, mogelijk faillissement van ziekenhuizen en forse investeringen van verzekeraars in bijvoorbeeld informatiesystemen en benchmarking. Ziekenhuisbestuurders en zorgverzekeraars geven aan dat vrije onderhandeling en contractering effectief is voor ziekenhuiszorg met hoge volumes en een lage complexiteit. Voor de spoedeisende en complexe ziekenhuiszorg en ziekenhuiszorg met lage volumes is een hybride relatie met bijvoorbeeld langetermijncontracten tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar beter geschikt. Naar verwachting zal in de toekomst niet een vrije marktstructuur, maar een lappendeken met markt, hybride en hiërarchische structuren de transacties tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars vorm gaan geven.

Mw. drs. C.A. Brandenburg is als senior manager verbonden aan Deloitte Consultancy. Zij heeft Bedrijfskunde en Algemene Sociale Wetenschappen gestudeerd en legt op dit moment de laatste hand aan een proefschrift met als onderwerp "transactiekosten in de relatie tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars".

1 Inleiding

In Nederland voeren zorgverzekeraars jaarlijks contractonderhandelingen met ziekenhuizen over de inkoop van ziekenhuiszorg voor hun verzekerden. Waren deze contractonderhandelingen voorheen volledig ingebed in een bureaucratie van wet- en regelgeving, met de hervormingen¹ lijkt meer bestuurlijke vrijheid te ontstaan. In dit artikel worden de resultaten gepresenteerd van een enquête onder ziekenhuisbestuurders en zorgverzekeraars over de contractering van ziekenhuiszorg door verzekeraars. De resultaten van het onderzoek sluiten aan bij uitgangspunten van de binnen de economie gebruikte transactiekostentheorie waarin hogere transactiekosten aanleiding geven om af te wijken van een vrije marktstructuur en te kiezen voor een hybride relatie of hiërarchie (Williamson 1996). Hoge transactiekosten worden veroorzaakt door het inbouwen van veiligheidsmaatregelen, aanvullend op het standaardcontract, waarin prijs en volume worden geregeld. Deze veiligheidsmaatregelen moeten ervoor zorgen dat het risico op opportunistisch gedrag van één van beide contractpartners wordt geminimaliseerd en de afgesproken transactie plaatsvindt. Iemand die bewust gebruik maakt van de beperkte kennis van zijn contractpartner (bounded rationality of beperkte rationaliteit) gedraagt zich opportunistisch (Williamson 1985, Lindenberg 1996). Een hoog risico op opportunistisch gedrag heeft nadelige gevolgen voor contractpartners, omdat onzeker is of de afgesproken transactie wordt geleverd. Contractpartners zijn in veel gevallen bereid extra kosten te maken om dit risico te verlagen. Voorbeelden van veiligheidsmaatregelen die het risico op opportunistisch gedrag verlagen zijn langetermijncontracten, gezamenlijke investeringen, kwaliteitscontroles en financiële strafmaatregelen. Een transactie die wordt omgeven door een contract met veiligheidsmaatregelen wordt binnen de transactiekostentheorie gezien als een hybride

relatie. In het uiterste geval, indien veiligheidsmaatregelen onvoldoende werken of de kosten te hoog zijn dan kan een contractpartner kiezen voor voorwaartse of achterwaartse integratie. De transactie vindt dan binnen één organisatie (hiërarchie) plaats. Tegenover het voordeel van een hiërarchie, namelijk lage transactiekosten, staat het nadeel dat de druk van de markt ontbreekt, wat nadelige effecten kan hebben op de efficiency en dus de prijs van het product of de dienst die wordt geleverd. De kern van de transactiekostentheorie is dat deze afweging moet worden gemaakt voordat de keuze wordt gemaakt om de transactie in een markt, hybride of hiërarchie te organiseren.

In dit artikel wordt eerst, in paragraaf 2, de probleemstelling uiteengezet aan de hand van een analyse van de contractering van ziekenhuizen door zorgverzekeraars aan de hand van de transactiekostentheorie. Vervolgens wordt het empirisch onderzoek methodologisch toegelicht en worden de belangrijkste resultaten van het onderzoek gepresenteerd (paragraaf 3). Het artikel wordt afgesloten met de belangrijkste bevindingen en conclusies van de auteur ten aanzien van de contractering van ziekenhuizen door zorgverzekeraars in Nederland in het licht van de hervormingen van het zorgstelsel (paragraaf 4).

2 Contractering van ziekenhuiszorg in het licht van de transactiekostentheorie

De transactiekostentheorie is erop gericht transacties (met hun specifieke kenmerken) binnen en tussen organisaties te analyseren en te stroomlijnen met specifieke besturingsstructuren (Williamson 1996, p. 327). Niet alleen de specifieke kenmerken van producten zijn bepalend voor de keuze van de meest efficiënte besturingsstructuur, ook de specifieke kenmerken van de omgeving met wet- en regelgeving spelen een belangrijke rol. Hieronder volgt een beschrijving van de productkenmerken en omgevingskenmerken zoals beschreven in de transactiekostentheorie.

Productkenmerken

De relevante productkenmerken die binnen de transactiekostentheorie worden genoemd zijn complexiteit, frequentie en asset specificity. Deze drie kenmerken hebben grote invloed op de transactiekosten en bepalen in belangrijke mate of een marktrelatie haalbaar is.

Bij een complex product is de kwaliteit van de te leveren of geleverde producten of diensten niet af te lezen van de prijs. Complexe producten vragen om aanvullende afspraken in contracten over de te leveren

kwaliteit van producten en diensten en maatregelen om te meten of de afgesproken prestaties zijn geleverd. De frequentie of het volume van een transactie bepaalt in belangrijke mate de transactiekosten per geleverde dienst of product. Dit wordt veroorzaakt door de vaak hoge vaste transactiekosten. De variabele transactiekosten bewegen volledig mee met de frequentie van de transacties. De vaste transactiekosten zijn onafhankelijk van de frequentie van de transactie. De transactiekosten nemen relatief af bij een hoger volume ofwel hogere frequentie.

Asset specificity is een derde productkenmerk en staat voor hoge investeringen die, als een contract wordt verbroken, niet kunnen worden hergebruikt zonder verlies van waarde (Williamson, 1975). In het geval van asset specificity loopt een contractpartner financiële risico's ten aanzien van de investeringen die moeten worden gedaan om de transactie vorm te geven en de producten of diensten te leveren. Deze risico's zal de contractpartner proberen te verlagen door aanvullende afspraken in het contract op te nemen of door ander investeringsgedrag te hanteren. De bovenstaande drie algemene productkenmerken kunnen worden vertaald naar de situatie van een ziekenhuis. Een ziekenhuis heeft verschillende functies en biedt een groot palet diensten aan die verschillen in hun aard. Verschillende indelingen en segmentaties worden gebruikt voor de producten en diensten die worden geleverd.

Een ziekenhuis kent bijvoorbeeld een beschikbaarheidfunctie voor de acute zorg. Deze beschikbaarheidfunctie met intensive care en eerste hulp activiteiten is regionaal gebonden en kent hoge investeringen in gebouw en faciliteiten. Daarnaast kennen ziekenhuizen topklinische zorg: zorg die vraagt om hoge medische standaarden en grote investeringen in apparatuur en opleiding van personeel. Ziekenhuizen kennen ook de electieve² zorg: planbare ingrepen die vaak met routinematige procedures worden uitgevoerd. De uitvoering van de electieve zorg is zeer geschikt voor benchmarking tussen ziekenhuizen. Kwaliteit en efficiency zijn eenvoudig te meten en vooral afhankelijk van de gevolgde procedures en gebruikte apparatuur. Ziekenhuizen en vooral academische ziekenhuizen verrichten ook de complexe zorg, die electief maar ook spoedeisend kan zijn. Dit is zorg voor patiënten met een complexe aandoening, of meerdere aandoeningen, waarvoor de diagnose moeilijk is te stellen, of andere onregelmatigheden. Deze complexe zorg vraagt om gekwalificeerd medisch personeel en behandeling vindt plaats op basis van het inzicht van de specialist en minder op basis van procedures. In deze gevallen zijn de

prestaties van het ziekenhuis moeilijk te meten. Benchmarking op efficiency en kwaliteit van de geleverde diensten van het ziekenhuis is gecompliceerd. Ziekenhuisproducten zijn in Nederland het afgelopen decennium, in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vertaald naar een productregistratiesysteem met Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). De complexiteit van de diagnose van een patiënt en de variëteit in behandelingen heeft geleid tot een zeer gedetailleerd en bewerkelijk systeem met enkele duizenden DBC's.

De volumes verschillen sterk per DBC. Zeldzame ziektebeelden hebben een DBC met lage volumes en veelvoorkomende ziektebeelden zoals de standaardheupen, hernia's en hartaandoeningen kennen hoge volumes. Volumes zijn niet gerelateerd aan de hiervoor beschreven segmenten van ziekenhuiszorg. Topklinische zorg, electieve zorg, acute zorg kennen zowel DBC's met hoge als met lage volumes.

Asset specificity kan, in een situatie van vrije contractering tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars, optreden voor ziekenhuiszorg die vraagt om hoge investeringen zoals topklinische zorg. In het geval een zorgverzekeraar besluit het contract te beëindigen kan het zijn dat deze investeringen hun waarde verliezen. Door deze hoge investeringen zijn de financiële risico's voor het ziekenhuis groot. Volgens de transactiekostentheorie bestaan er drie gevaren indien geen maatregelen worden genomen om deze financiële risico's ten gevolge van asset specificity te verlagen:

- 1 Ziekenhuizen zien af van investeringen in bepaalde producten of diensten omdat de financiële risico's te groot zijn.
- 2 Ziekenhuizen investeren in meer generieke apparatuur en opleidingen waardoor het mogelijk is deze ook in te zetten voor andere diensten. Dit maakt het ziekenhuis minder afhankelijk van de afname van specifieke producten en diensten. Het investeren in generieke apparatuur en opleidingen leidt in het algemeen tot een lagere kwaliteit en verminderde kostenefficiëntie.
- 3 Ziekenhuizen investeren in producten en diensten en dreigen failliet te gaan indien de verzekeraar besluit de zorg bij een concurrent in te gaan kopen.

Omgevingskenmerken

De transactiekostentheorie hanteert het begrip "institutionele omgeving" om de spelregels te beschrijven waarbinnen een transactie kan worden vormgegeven. Wet- en regelgeving maar ook politieke stabiliteit speelt hierin een belangrijke rol. Davis en North (1971) noemen dit ook wel instituties binnen de omgeving.

De institutionele omgeving speelt een belangrijke rol bij het vormgeven van de inkoop van ziekenhuiszorg door verzekeraars. Anno 2006 schrijft wet- en regelgeving voor 90% van de ziekenhuiszorg een contracteerverplichting en maximum DBC-tarieven voor. Voor 2005 gold dit nog voor 100% van de ziekenhuiszorg. Met deze contracteerverplichting en maximum-tarieven is een hybride relatie ontstaan tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars waarbij beiden tot elkaar zijn veroordeeld. Alleen voor de 10% van de ziekenhuiszorg die geplaatst is op de vrije markt zijn de productkenmerken zoals hierboven beschreven daadwerkelijk relevant. In de vrije markt vragen de risico's ten gevolge van complexiteit en asset specificity om maatregelen in de contractuele relatie en verhogen daarmee de transactiekosten.

In het kader van de hervorming van het Nederlandse zorgstelsel heeft minister Hoogervorst in september 2006 aangegeven dat hij voor 70% van de ziekenhuiszorg een vrije markt wil creëren. Hoogervorst geeft hierbij aan dat de acute zorg hier geen onderdeel van uit gaat maken.

Analyse op basis van productkenmerken en omgevingskenmerken

Op basis van de analyse van ziekenhuisproducten en de institutionele omgeving waarin de transacties tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen moet worden vormgegeven ontstaat de vraag naar de gevolgen van een vrije markt op de contractuele relatie. Op basis van de analyse met de transactiekostentheorie van de product- en omgevingskenmerken kunnen de volgende proposities worden neergezet:

- 1 De transactiekosten zullen stijgen zodra de hybride relatie in de huidige gereguleerde omgeving wordt getransformeerd naar een hybride relatie in een vrije markt. Het standaardcontract, zoals gebruikt in de huidige hybride relatie, moet immers worden aangevuld met veiligheidsmaatregelen om de risico's die ontstaan in de vrije markt af te dekken.
- 2 Op basis van de productkenmerken lijkt een vrije markt het meest haalbaar voor electieve ziekenhuiszorg, die vaak voorkomt en niet vraagt om specifieke investeringen. In een vrije markt vragen deze producten weinig veiligheidsmaatregelen om de marktrisico's af te dekken. De transactiekosten zijn relatief laag. Complexe, niet frequent voorkomende ziekenhuiszorg die vraagt om specifieke investeringen (zoals de acute zorg en topklinische zorg) lijken minder geschikt voor een vrije marktrelatie. De transactiekosten zijn hier immers relatief hoog door de veiligheidsmaatregelen die nodig zijn om de risico's van "asset specificity" en "bounded rationality" af te

dekken. Op basis van de transactiekostentheorie wordt in een dergelijk geval vaak de overweging gemaakt om een hybride of hiërarchische relatie tot stand te brengen aangezien de efficiencybesparingen in een vrije markt ten gevolge van de druk van de markt niet opwegen tegen de transactiekosten.

- 3 Verdergaande deregulering en terugtrekking van de overheid is noodzakelijk om een omgeving te creëren waarin ziekenhuizen en zorgverzekeraars de contractuele relatie vorm kunnen geven op basis van economische afwegingen³.
- 4 De contractuele relatie tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars zal door de veranderingen in de omgeving wijzigen. Veiligheidsmaatregelen zullen, door contractpartners, als aanvulling op het standaardcontract worden ingevoerd om marktrisico's af te dekken. Daarnaast zullen de contractpartners trachten de relatie zodanig vorm te geven dat de druk van de markt hoog is en de transactiekosten laag. Om meer inzicht te krijgen in de verwachte contractuele relatie tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars is een empirisch onderzoek uitgevoerd onder ziekenhuisbestuurders en zorgverzekeraars. In dit onderzoek zijn vragen gesteld die gerelateerd zijn aan de vier proposities. De resultaten worden hieronder gepresenteerd.

3 Empirisch onderzoek

Alle ziekenhuisbestuurders en zorgverzekeraars in Nederland hebben in 2003 een schriftelijke vragenlijst met gestructureerde antwoordcategorieën ontvangen. 76% van de ziekenhuisbestuurders en 65% van de zorgverzekeraars hebben de vragenlijst ingevuld teruggestuurd. Ziekenhuisbestuurders en zorgverzekeraars hebben dezelfde vragen voorgelegd gekregen. Dit houdt in dat ziekenhuisbestuurders een verwachting hebben uitgesproken over ontwikkelingen bij de zorgverzekeraar en andersom. Deze aanpak is vooraf

getoetst bij een aantal ziekenhuisbestuurders en zorgverzekeraars. Uit deze toetsing bleek dat contractpartners wel degelijk verwachtingen hadden over de ontwikkelingen bij de contractpartner. Voor deze aanpak is gekozen omdat de verwachting was dat er verschillen in verwachtingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraar zouden zijn. In SPSS is door middel van de Pearson's Chi square-test vastgesteld dat er, tegen de verwachtingen in, voor geen enkele vraag een significant verschil optrad tussen de antwoorden van zorgverzekeraars en de antwoorden van ziekenhuisbestuurders. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er een gemeenschappelijk beeld bestaat over de verwachte ontwikkelingen in de contractuele relatie tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. De resultaten van het onderzoek zijn daarom niet gespecificeerd voor de twee respondentengroepen.

Voor bijna alle vragen was het mogelijk voor de respondenten om een categorie "weet niet" aan te kruisen. Van deze categorie is veelvuldig gebruik gemaakt, wat aangeeft dat er nog veel onduidelijkheid was bij respondenten over dit onderwerp.

De resultaten van het empirisch onderzoek zijn uitgebreid vastgelegd in een rapportage (Brandenburg, 2004). In dit artikel worden de relevante resultaten gepresenteerd met behulp van tabellen. In de tabellen wordt per vraag het percentage antwoorden van respondenten (gebaseerd op 103 ingevulde vragenlijsten) weergegeven. De resultaten worden gepresenteerd in vier delen. In deel 1 worden de antwoorden op de vragen gerelateerd aan de verwachte stijging van de transactiekosten. In deel 2 wordt de mening van ziekenhuisbestuurders en zorgverzekeraars over marktwerking voor verschillende ziekenhuisproducten gepresenteerd. In deel 3 wordt de verwachte rol van de overheid gepresenteerd. Deel 4 zet de verwachtingen van ziekenhuisbestuurders en zorgverzekeraars ten aanzien van de contractuele relatie tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars uiteen.

Tabel 1: Verwachte investeringen in veiligheidsmaatregelen door de zorgverzekeraar

Waar in zullen verzekeraars meer gaan investeren om beter gebruik te kunnen maken van de invoering van marktwerking (inclusief DBC's)?	zeker	mogelijk	zeker niet	weet niet	Totaal 103 respondenten
Zorginhoudelijke kennis en mensen	32%	53%	10%	5%	100%
Informatiesystemen	74%	23%	2%	1%	100%
Benchmarking van prestaties ziekenhuizen en specialisten	81%	17%	0%	2%	100%
Contacten en onderhandeling met ziekenhuis (de inkoopfunctie)	72%	26%	1%	1%	100%
Kennis van ziekenhuisproblematiek	27%	55%	15%	3%	100%

Deel 1 Transactiekosten

De resultaten van het empirisch onderzoek ten aanzien van de transactiekosten worden in tabel 1 en 2 weergegeven en zijn eensluidend: “De verwachtingen zijn dat de transactiekosten gaan stijgen voor zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars in de toekomstige situatie van een vrijere markt.” Deze resultaten bevestigen de eerste theoretische propositie zoals uiteengezet in paragraaf 2 van dit artikel.

Tabel 1 geeft de verwachte investeringen door zorgverzekeraars weer. Deze investeringen zijn gerelateerd aan veiligheidsmaatregelen om de in paragraaf 2 beschreven risico's (bounded rationality, asset specificity), die gepaard gaan met een vrije markt, te verkleinen.

Tabel 2 geeft weer dat verwacht wordt dat het investeringsrisico voor ziekenhuizen toe gaat nemen als zorgverzekeraars niet meer wettelijk verplicht zijn ziekenhuizen te contracteren. Zoals beschreven in paragraaf 2 brengt deze asset specificity gevaren met zich mee die door het ziekenhuis met veiligheidsmaatregelen dienen te worden afgedekt. Deze veiligheidsmaatregelen zullen kostenverhogend werken. Daarnaast geven de resultaten in tabel 2 aan dat

verwacht wordt dat de onderhandeling- en contactkosten en de marketingkosten toenemen. Aanvullend is echter ook te zien dat de verwachting is dat de druk van de markt zal gaan werken en ziekenhuizen zich moeten gaan onderscheiden.

Deel 2 De haalbaarheid van een vrije markt voor ziekenhuisproducten met verschillende kenmerken

De resultaten van het empirisch onderzoek ten aanzien van de verwachte haalbaarheid van een vrije markt voor verschillende segmenten van ziekenhuiszorg zijn weergegeven in tabel 3. De resultaten kunnen als volgt worden samengevat: “De verwachting is dat marktwerking realiseerbaar is voor zorg met hoge volumes, lage risico's en meetbare resultaten en planbare zorg en minder of niet geschikt voor alle andere zorg.” De resultaten bevestigen de tweede theoretische propositie zoals uiteengezet in paragraaf 2.

In onderstaande tabel worden in percentages de antwoorden van 103 ziekenhuisbestuurders en zorgverzekeraars gepresenteerd. Zoals gezegd zijn hierbij geen significante verschillen gevonden tussen de antwoorden van ziekenhuisbestuurders versus zorgverzekeraars.

Tabel 2: Verwachte risico's, veiligheidsmaatregelen en transactiekosten voor het ziekenhuis

Welke gevolgen heeft het afschaffen van de contracteerplicht voor ziekenhuizen?	zeker	mogelijk	zeker niet	weet niet	Totaal 103 respondenten
Kwetsbaarheid bij grote investeringen voor zorg waarvoor voldoende capaciteit bestaat	41%	47%	8%	4%	100%
Hogere onderhandeling- en contractkosten (de verkoopfunctie naar verzekeraars)	53%	38%	4%	5%	100%
Differentiatie en marketing worden belangrijker voor ziekenhuis (differentiatie in de zin van goedkoper, innovatiever, klantvriendelijker dan andere ziekenhuizen)	69%	30%	1%	0%	100%

Tabel 3: Realisatie mogelijkheden van marktwerking voor verschillende ziekenhuisproducten

Voor welke segmenten van ziekenhuiszorg denkt u dat marktwerking in Nederland realiseerbaar is?	zeker niet	mogelijk	zeker	weet niet	Totaal 103 respondenten
Topklinische zorg	52%	38%	5%	5%	100%
Zorg met hoge volumes, lage risico's en meetbare resultaten	4%	18%	78%	0%	100%
Zorg met lage volumes, hoge risico's en minder duidelijke uitkomsten	70%	25%	2%	3%	100%
Planbare zorg	4%	27%	68%	1%	100%
Spoedeisende hulp	71%	20%	5%	4%	100%

Deel 3 Rol van de overheid

De resultaten van het empirisch onderzoek ten aanzien van de verwachte terugtreding van overheid en deregulering in de ziekenhuismarkt zijn weergegeven in tabel 4. De resultaten kunnen als volgt worden samengevat: "Veel respondenten zijn sceptisch over verdergaande terugtreding van de rijksoverheid en deregulering van de ziekenhuismarkt." In relatie tot de derde theoretische propositie, zoals gepresenteerd in paragraaf 2, houdt dit in dat de verwachting is dat deze randvoorwaarde mogelijk niet zal worden ingevuld. Hiermee zullen de contractpartners niet de vrijheid hebben om de contractuele relatie op basis van economische afwegingen vorm te geven.

De resultaten in tabel 4 geven aan dat slechts een klein deel van de respondenten zeker is over een terugtredende overheid en deregulering, ongeveer de helft denkt dat dit mogelijk is en rond de 40% verwacht dat dit niet gaat gebeuren.

Deel 4 De contractuele relatie tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars

De resultaten van het empirisch onderzoek ten aanzien van de verwachte ontwikkeling van de contractuele relatie tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars worden weergegeven in tabel 5, 6 en 7. De resultaten kunnen als volgt worden samengevat: "Onder ziekenhuisbestuurders en zorgverzekeraars

Tabel 4: Terugtrekking van de overheid en deregulering

In hoeverre zal er in de toekomst sprake zijn van een vrije markt?	zeer zeker	mogelijk	zeker niet	weet niet	Totaal 103 respondenten
De overheid zal tot 2008 geleidelijk terugtreden uit de ziekenhuismarkt.	7%	54%	38%	1%	100%
Het Budgettair Kader Zorg zal na een succesvolle invoering van DBC's worden afgeschaft.	7%	44%	41%	8%	100%
De voorspelbaarheid van de wet- en regelgeving waaraan ziekenhuizen en zorgverzekeraars zich dienen te houden zal tot 2008 toenemen.	6%	41%	44%	9%	100%

Tabel 5: De verwachte contractuele relatie tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars

Welk scenario acht u het meest waarschijnlijk over 5 jaar?			
% respondenten van totaal (103)			
Ziekenhuis en zorgverzekeraar werken samen aan het verbeteren van de ziekenhuismarkt door gezamenlijke investeringen. Investeringsrisico's worden voor bepaalde projecten gedeeld.	36%	Ziekenhuis is alleen verantwoordelijk voor het leveren van de ziekenhuismarkt.	64%
Ziekenhuis en zorgverzekeraar hebben een jaarcontract afgesloten met prijs en capaciteit van een compleet pakket DBC's. Het ziekenhuis is verzekerd van betaling van dit pakket ziekenhuisproducten.	18%	Ziekenhuis en zorgverzekeraar hebben een preferred supplier contract afgesloten. De zorgverzekeraar betaalt alleen de daadwerkelijk afgenomen DBC's tegen de afgesproken prijs. Het ziekenhuis is verantwoordelijk voor het bepalen van de benodigde capaciteit.	82%
Ziekenhuis onderhandelt met verschillende verzekeraars (bijvoorbeeld t.b.v. van risicospreiding).	39%	Ziekenhuis onderhandelt alleen met verzekeraars die een hoog marktaandeel hebben in de regio.	61%
Ziekenhuis en verzekeraar zullen zich gaan profileren met kwaliteitscertificaten en hiervan in hun onderhandelingen gebruik maken.	22%	Ziekenhuis en verzekeraar zullen op basis van benchmark-informatie onderhandelen.	78%
Verzekeraars zullen het instrument van protocollering gebruiken om de kwaliteit en efficiëntie van ziekenhuis en specialist te waarborgen.	29%	Verzekeraars zullen gebruik maken van de door het ziekenhuis en specialist opgeleverde DBC-informatie om de kwaliteit en efficiëntie van de door hen ingekochte ziekenhuismarkt te waarborgen.	71%

bestaat een divers beeld over hoe deze relatie tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars eruit zal gaan zien en voor welke veiligheidsmaatregelen gekozen gaat worden om risico's ten gevolge van bounded rationality en asset specificity te verkleinen." De verwachting is dat zorgverzekeraars mogelijkheden zien om de transactiekosten te verlagen door gezamenlijk in te kopen en investeringen te doen in privé-klinieken. Deze resultaten bevestigen de vierde theoretische propositie zoals uiteengezet in paragraaf 2.

4 Belangrijkste bevindingen en conclusies

De belangrijkste bevinding van het onderzoek is de verwachte stijging van de transactiekosten bij de invoering van een vrije markt voor de contractering tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Deze transactiekosten resulteren in een forse kostenstijging en zijn divers van aard. Kostenstijgingen zijn het gevolg van veiligheidsmaatregelen die nodig zijn om twee risico's af te dekken die ontstaan in een vrije markt. Het eerste risico betreft bounded rationality. In het licht van de opheffing van de contracteerverplichting gaan zorgverzekeraars de geleverde prestaties van ziekenhuizen meten en vergelijken. Het meten van deze prestaties vraagt om investeringen door de zorgverzekeraar in kennis, informatiesystemen en benchmarking. Vanzelfsprekend zijn de transactiekosten die dit met zich meebrengt relatief hoger voor complexe ziekenhuisproducten en ziekenhuisproducten die weinig voorkomen. Het tweede risico betreft asset specificity. Asset specificity speelt een rol zodra de contracteerverplichting

tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars wordt opgeheven. Ziekenhuizen gaan investeringsrisico's lopen en proberen deze af te dekken met veiligheidsmaatregelen zoals het uitstellen van investeringen of het doen van generieke investeringen. Dit heeft verlies aan kwaliteit en kostenefficiëntie tot gevolg. Grote investeringen in ziekenhuizen komen vooral voor in de topklinische zorg en de intensive care van de spoedeisende hulp. Ook bepaalde planbare zorg, die investeringen vraagt in dure apparatuur of medische scholing van personeel, hoort hierbij.

Een andere belangrijke bevinding is dat veel ziekenhuisbestuurders en zorgverzekeraars een belangrijke rol blijven zien voor de overheid. De verwachting is dat de overheid niet volledig zal terugtreden en een systeem van gereguleerde marktwerking zal ontstaan in plaats van een vrije markt. Het gevolg hiervan is dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars belemmerd worden bij het vormgeven van de contractuele relatie op basis van economische afwegingen.

Als afronding van dit artikel kunnen de volgende drie conclusies worden getrokken op basis van de beschreven bevindingen:

- 1 De transactiekosten voor zowel verzekeraar als ziekenhuis lopen hoog op in een vrije markt. Hogere contract-, onderhandelings-, administratieve, informatie- en registratiekosten zullen zich moeten terugverdienen door een doelmatiger ziekenhuis en scherpere prijsonderhandelingen tussen verzekeraar en ziekenhuis. Een negatief resultaat tussen transactiekosten en scherpere prijzen kan resulteren in integratie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Hiermee ontstaat een hiërarchische structuur waar-

Tabel 6: Inkoop van zorgverzekeraars gerelateerd aan verlaging transactiekosten

Hoe zullen verzekeraars met een laag marktaandeel in een regio de ziekenhuiszorg gaan inkopen over 5 jaar? Meerdere antwoorden mogelijk	% respondenten van totaal (103) dat antwoord mogelijkheid acht
met een contract met een verzekeraar met een hoog marktaandeel	42%
met een productenboek waarin het ziekenhuis verrichtingen en prijzen aanbiedt	21%
met inkoopcombinaties gevormd door verzekeraars die ook een laag marktaandeel hebben	58%
anders	5%

Tabel 7: Voorwaartse integratie door zorgverzekeraar resulterend in hiërarchische relatie

Waar in zullen verzekeraars meer gaan investeren om beter gebruik te kunnen maken van de invoering van marktwerking (inclusief DBC's)?	zeker	mogelijk	zeker niet	weet niet	Totaal 103 respondenten
privé-klinieken	33%	61%	4%	2%	100%

binnen de transacties tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar plaatsvinden. Zorgverzekeraars kunnen hierin een eerste stap gaan zetten door deel te nemen in privé-klinieken. Nadeel is dat hiermee de druk van de markt verdwijnt om kostenefficiënt te werken.

- 2 Investeringsrisico's ofwel asset specificity vormen een bedreiging voor de vrije markt tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Indien deze investeringsrisico's niet met de juiste maatregelen worden afgewend ontstaan ongewenste situaties zoals faillissement van ziekenhuizen of verlies van kwaliteit of efficiëntie. Voorbeelden van maatregelen zijn langetermijncontracten en gedeelde investeringen. Nadeel is dat deze maatregelen concurrentieverlagend werken.
- 3 De verwachting is dat de ziekenhuismarkt niet volledig zal worden vrijgegeven door de overheid. Een volledige vrije markt lijkt slechts voor onderdelen realiseerbaar. Het landschap zal wijzigen in een lappendeken van markt-, hybride en hiërarchische structuren om de transacties tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars vorm te geven. ■

Literatuur

- Brandenburg, C.A. (2003), Marktwerving in de ziekenhuiszorg, "De mening van ziekenhuizen en zorgverzekeraars", onderzoeksrapport, december 2003
- Davis, L.E. en D.C. North (1971), *Institutional change and American economic growth*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Lindenberg, S.M (1996), Short-Term prevalence, social approval, and the governance of employment relations. In: J. Groenewegen (ed.), *Transaction cost economics and beyond*, pp .129-148.
- Williamson, O.E (1985), *The economic institutions of capitalism: firms, markets, relational contracting*, New York Free Press.
- Williamson, O.E. (1975), *Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications*. New York: Free Press.
- Williamson, O.E (1996), *The mechanisms of governance*.

Noten

- 1 In de afgelopen periode is het zorgstelsel ingrijpend gewijzigd door nieuwe wet- en regelgeving zoals de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) en het experimenteelartikel van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG Express). Deze wijziging van het zorgstelsel is erop gericht de marktwerving te vergroten. Meer informatie over uitvoeringsbesluiten en de wetgeving is te vinden in het Staatsblad en op de website van het ministerie van VWS (www.minvws.nl).
- 2 Electieve zorg is de curatieve zorg (diagnostiek, behandeling en/of nabehandeling) waarvan het medisch aanvaardbaar is dat deze enkele dagen tot weken kan worden uitgesteld.
- 3 Volgens de transactiekostentheorie kan dat een hiërarchische, hybride of marktrelatie zijn afhankelijk van de risico's en de transactiekosten veroorzaakt door de veiligheidsmaatregelen die nodig zijn om deze risico's af te dekken.