

Naar nieuwe beheersstructuren in de Nederlandse gezondheidszorg?

Prof.dr. G.W.J. Hendrikse
Prof. dr. F.T. Schut¹

(ACTA Hospitalia, 2004, 44(1), 5-20.)

Abstract

De economische ordening van de Nederlandse gezondheidszorg staat aan de vooravond van drastische veranderingen, waarbij prijsvorming en toetreding aanzienlijk zullen worden geliberaliseerd. Deze veranderingen nopen tot een herziening van de relaties tussen en binnen de (organisaties van) zorgvragers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In dit artikel geven wij een aanzet om te komen tot een systematische indeling van mogelijke beheerstructuren voor de relaties tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medische specialisten. Doel van een dergelijke indeling is te komen tot een selectie van beheersstructuren die geschikt zijn voor de gewijzigde verantwoordelijkheidsverdeling in het nieuwe zorgstelsel.

Trefwoorden: Onvolledige contracten, beheerstructuur, complementariteit.

¹ Hendrikse: Erasmus Universiteit Rotterdam, Faculteit Bedrijfskunde, Kamer F3-51, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, Tel: +31-10-4088660, E-mail: ghendrikse@fbk.eur.nl.

Schut: Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG, Kamer L3.115, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, Tel: +31-10-4088558, E-mail: schut@bmg.eur.nl.

Wij zijn dank verschuldigd aan KLICT voor de ondersteuning en feedback.

1 Op weg naar een nieuw zorgstelsel

De Nederlandse gezondheidszorg staat aan de vooravond van een ingrijpende hervorming. Volgens de reeds vergevorderde plannen van het kabinet moet het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars vanaf 2006 worden opgeheven en dienen beide typen zorgverzekeraars vanaf dat moment te concurreren bij het aanbieden van zowel de basisverzekering (de zogenaamde standaardverzekering curatieve zorg) als de aanvullende verzekering. Daartoe zal in september 2004 een ontwerp van een Zorgverzekeringwet (Zvw) bij de Tweede Kamer worden ingediend (Ministerie van VWS 2004a). Daarnaast zijn in 2004 reeds wetsvoorstellen ingediend voor een wijziging van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG ExPres) om te experimenteren met vrije prijsvorming mogelijk te maken en *prestatiebekostiging* te faciliteren, voor een gedeeltelijke afschaffing van de contracteerplicht van ziekenfondsen jegens ziekenhuizen (Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg) en voor een vereenvoudiging van de toetreding voor nieuwe zorgaanbieders en de mogelijkheid om het winstmotief toe te staan aan zorgaanbieders (Wet Toelating Zorginstellingen). Tenslotte is er met ingang van 2004 een Zorgautoriteit opgericht die moet gaan toezien op de transitie van aanbodregulering naar marktwerking op daartoe in aanmerking komende deelmarkten van de gezondheidszorg.

Door deze veranderingen komt de verantwoordelijkheid om afspraken te maken over de prijs, het volume en de kwaliteit veel meer dan nu te liggen bij de zorgvragers, de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. Zorgvragers zullen door "te stemmen met de voeten" zorgverzekeraars moeten dwingen goede (selectieve) contracten te sluiten met zorgaanbieders over de prijs en de kwaliteit van de te leveren zorg. De huidige beheersstructuren en zeggenschapsverhoudingen tussen deze partijen zijn nog niet toegesneden op deze nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling.

In dit artikel richten wij ons achtereenvolgens op de bilaterale relaties tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis en tussen ziekenhuis en medisch specialist. Daarbij geven wij eerst aan welke veranderingen in deze relaties hebben plaatsgevonden en naar verwachting zullen plaatsvinden en welke gevolgen deze veranderingen (kunnen) hebben voor de beheersstructuur. Vervolgens gaan wij met behulp van de zogenaamde attributenbenadering in op de vraag welke beheersstructuren coherent zijn, teneinde te kunnen beoordelen aan welke voorwaarden een effectieve systeeminnovatie zou moeten voldoen.

2 Gevolgen voor de relatie zorgverzekeraar - ziekenhuis

De relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen zal door de hervorming van het zorgstelsel dramatisch veranderen. Onder druk van concurrentie om de gunst van verzekerden moeten zorgverzekeraars bij zorgaanbieders zorg gaan "inkopen" van een zo gunstig mogelijke prijs/kwaliteit verhouding. Daartoe moeten zorgverzekeraars met ziekenhuizen en andere zorgaanbieders contractuele afspraken maken. De volgende veranderingen zijn daarbij van ingrijpende betekenis.

Ten eerste wordt het huidige globale ziekenhuisbudgetteringssysteem binnenkort afgeschaft. Sinds de invoering van de ziekenhuisbudgettering in 1983 onderhandelt het ziekenhuis uitsluitend met het grootste regionale ziekenfonds, dat onderhandelt namens alle ziekenfondsen, en met een zogenaamde regiovertegenwoordiger, die onderhandelt namens alle particuliere ziektekostenverzekeraars. Deze onderhandelingen hebben betrekking op uiterst grove productieparameters, zoals het totaal aantal opnamen, verpleegdagen, dagbehandelingen en polikliniekbezoeken. Het aldus onderhandelde productievolume bepaalt, tezamen met wettelijk bepaalde beschikbaarheids- en capaciteitsgebonden kosten de hoogte van het budget (en daarmee – tezamen met de vergoeding voor kapitaallasten - de hoogte van

het verpleegdagtarief dat zodanig berekend wordt dat bij de afgesproken productie het budget precies sluitend is). Met ingang van 1 januari 2005 zullen de ziekenhuisbudgetten echter niet langer verdeeld worden op basis van globale maar gedetailleerde productieparameters, de zogenaamde Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Bovendien wordt 10% van de ziekenhuisproductie niet langer gebudgetteerd maar worden de prijzen van de betreffende DBC's vrij onderhandelbaar tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. In de (nabije) toekomst zullen ziekenhuizen dus niet langer onderhandelen over globale productievolume met een collectief van zorgverzekeraars, maar zullen zij met individuele zorgverzekeraars gedetailleerde afspraken moeten maken over prijs, volume en kwaliteit per DBC (of cluster van DBC's).

In de tweede plaats worden zorgverzekeraars steeds meer risicodragend voor de kosten van ziekenhuiszorg. De afgelopen 10 jaar is het voormalige volledige retrospectieve kostenvergoedingssysteem voor ziekenfondsen (waarbij zij de medische kosten van hun verzekerden volledig vergoed kregen) geleidelijk vervangen door een prospectief risicovergoedingssysteem (waarbij ziekenfondsen vooraf een normuitkering ontvangen ter compensatie van de voorspelbare verschillen in ziekterisico van hun verzekerden). Voor ziekenhuiszorg zijn ziekenfondsen nog maar beperkt risicodragend, mede omdat zij door de globale budgetteringssystematiek tot op heden weinig invloed konden uitoefenen op de kosten van ziekenhuiszorg. Met de afschaffing van de globale ziekenhuisbudgettering zal ook voor de ziekenhuiszorg het financiële risico voor ziekenfondsen worden opgevoerd, zodat zij belang krijgen bij scherpere onderhandelingen. Bovendien mogen ziekenfondsen sinds medio jaren '90 een deel van de premie (de zogenaamde nominale premie) zelf vaststellen - mits deze voor elk van hun verzekerden gelijk is - en mogen verzekerden jaarlijks vrij van ziekenfonds veranderen (jaarlijkse acceptatieplicht). Aldus hebben ziekenfondsen de afgelopen jaren een steeds groter belang gekregen bij het contracteren en bevorderen van een zo doelmatig mogelijke zorgverlening.

In de derde plaats kunnen ziekenhuizen en medisch specialisten sinds de invoering van zogenaamde Integratiewet in februari 2000 niet langer onafhankelijk van elkaar contracten sluiten met zorgverzekeraars, maar dient het ziekenhuisbestuur op te treden als onderhandelingspartner namens het "Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf" (GMSB). Tot die tijd sloten medisch specialisten afzonderlijke overeenkomsten met de zorgverzekeraars. Sinds de Integratiewet vormt de honorering van de medisch specialisten een integraal onderdeel van het ziekenhuisbudget. De toekomstige af te spreken DBC-prijzen dienen op grond van deze Integratiewet eveneens een honorariumcomponent voor de medisch specialist te bevatten. Vooralsnog lijkt de overheid van plan om het uurtarief van medisch specialisten zelf vast te stellen en dus niet onderhandelbaar te maken. Hoewel de prijscomponent van de medisch specialistische zorg door de overheid zal worden bepaald, moeten er met de zorgverzekeraars daarnaast ook volume- en kwaliteitsafspraken worden gemaakt.

In de vierde plaats, voorafgaand aan de invoering van de basisverzekering in 2006, worden in de ziekenhuissector de mogelijkheden voor concurrentie al enige tijd geleidelijk opgevoerd. De afgelopen jaren zijn de toetredingsdrempels voor aanbieders van dagbehandelingen (minder dan 24-uurs zorg) geleidelijk verlaagd, hetgeen heeft geleid tot de oprichting van circa 50 Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's).

De "governance" aspecten van deze ontwikkelingen voor de relatie zorgverzekeraar – ziekenhuis zullen in de volgende twee subparagrafen nader aan de orde worden gesteld. In paragraaf 3.1 zullen de prestatieprikkelaspecten aan de orde komen betreffende de ontwikkeling van een productclassificatiesysteem. Zeggenschapsaspecten worden besproken aan de hand van de opkomst van Zelfstandige Behandel Centra.

3.1 DBC's

Er wordt sinds 2000 gewerkt aan de ontwikkeling van een productclassificatiesysteem - de zogenaamde Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) - die geleidelijk het huidige systeem van globale ziekenhuisbudgetten gaat vervangen. Het is de bedoeling dat individuele zorgverzekeraars op termijn met ziekenhuizen afspraken gaan maken over prijs per DBC of cluster van DBC's. Vanaf 2003 mogen ziekenhuizen en zorgverzekeraars bij wijze van experiment voor 105 DBC's - gegroepeerd in 17 clusters en tezamen goed voor ongeveer 6% van de totale uitgaven voor ziekenhuizen en medisch specialisten - prijsafspraken te maken in plaats van het ziekenhuisbudget. Uit een eerste evaluatie van dit experiment (Ministerie van VWS 2003a) bleek dat in augustus 2003 14 zorgaanbieders (8 ziekenhuizen en 6 ZBC's) over een aantal DBC-clusters afspraken met zorgverzekeraars hadden gemaakt (voor in totaal circa 5% van de totale uitgaven aan de betreffende DBC's).

Het kabinet Balkenende II besloot op grond van de evaluatie van het experiment om vanaf 1 juli 2004 het vrij onderhandelbare aandeel van het ziekenhuisbudget (het zogenaamde vrije segment) te verhogen tot 10% van de ziekenhuisproductie en deelname voor alle zorgverzekeraars en zorgaanbieders verplicht te stellen (Ministerie van VWS, 2003b). Inmiddels is deze datum verschoven naar 1 januari 2005 (Ministerie van VWS, 2004b). Overigens zal ook in het vrije segment niet de volledige DBC-prijs vrij onderhandelbaar zijn. Zo wordt er voor de DBC-component medisch specialistische zorg een landelijk uniform uurtarief vastgesteld (d.w.z. niet gedifferentieerd per specialisme). Voorts komt er bovenop de vrij onderhandelde prijs per DBC(-cluster) een verplichte normopslag voor kapitaallasten van 12,5%. Het ligt in de bedoeling om – afhankelijk van de ervaringen met de onderhandelingen in het vrije segment – geleidelijk steeds meer DBC's van het vast naar het vrije segment over te hevelen. Bovendien zal op termijn ook de normatieve opslag voor kapitaallasten komen te vervallen, zodat ziekenhuizen en zorgverzekeraars op den duur ook moeten onderhandelen over een marktconforme kapitaallastenvergoeding.

Met de invoering van het vrije onderhandelingssegment zullen ziekenfondsen voor de onder dit segment vallende DBC's worden ontheven van de thans nog geldende contracteerplicht jegens ziekenhuizen (jegens ZBC's bestaat er geen contracteerplicht). Ziekenfondsen hoeven dan niet langer met elk ziekenhuis voor de vrij onderhandelbare producten een overeenkomst af te sluiten, hetgeen hun onderhandelingspositie natuurlijk versterkt (exit-optie). Dit biedt de mogelijkheid voor selectieve contracten.

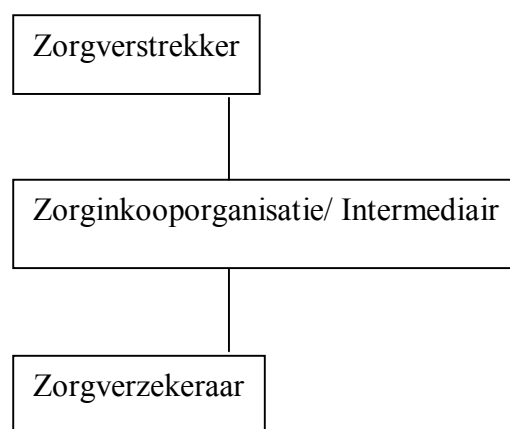
Een belangrijke vraag is hoe de contractuele relatie tussen de zorgverzekeraars en ziekenhuizen zouden moeten worden vormgegeven. De aard van de contracten is niet duidelijk omdat, zeker in de beginjaren, de zorgverzekeraars waarschijnlijk een grote informatie-achterstand hebben ten opzichte van de ziekenhuizen. Een indicatie voor de gebrekkige informatie bij zorgverzekeraars over reële prijzen voor vrij onderhandelbare zorg is dat zij hiervoor in het experiment ruim 10% meer kwijt waren dan dat zij onder het systeem van ziekenhuisbudgettering zouden hebben betaald (dit verschil is overigens deels toe te schrijven aan extra productievolume) (VWS, 2003a). Bovendien is het niet waarschijnlijk dat er voldoende betrouwbare informatie over bijvoorbeeld kwaliteit (uitkomsten van zorg) aanwezig is om volledig gespecificeerde contracten op te kunnen stellen.

Een ander belangrijk onderwerp betreft de organisatie van de prijsvorming van de ongeveer 15.000 DBC's (Bulow and Klemperer, 1986). Komen prijzen tot stand via bilaterale onderhandelingen en uitgebreide 'beauty contests', of zou er misschien een veiling kunnen worden gehouden zoals die wordt gehouden ten aanzien van de 6.000 verschillende soorten bloembollen in de markt voor bloemen? De organisatie van de prijsvorming is mede

afhankelijk van de zeggenschaps- en machtsverhoudingen in de zorgsector, waarop wij nu dieper zullen ingaan.

3.2 Nieuwe beheersstructuren in de zorg

In de toekomst zullen ziekenhuizen niet langer onderhandelen over globale productievolumina met een collectief van zorgverzekeraars, maar zullen zij met individuele zorgverzekeraars gedetailleerde afspraken moeten maken over prijs, volume en kwaliteit per DBC (of cluster van DBC's). De aard van de onderhandelingsituatie zal daardoor wijzigen. Om effectief te kunnen onderhandelen met ziekenhuizen, zullen individuele zorgverzekeraars voldoende gewicht (patiënten) in de schaal moeten kunnen leggen. Zorgverzekeraars met een gering regionaal marktaandeel zullen waarschijnlijk bij de inkoop van zorg gaan samenwerken of de inkoop uitbesteden aan een intermediaire inkooporganisatie die namens meer zorgverzekeraars onderhandelt. Figuur 1 geeft deze situatie weer.



Figuur 1: Intermediaire inkooporganisatie

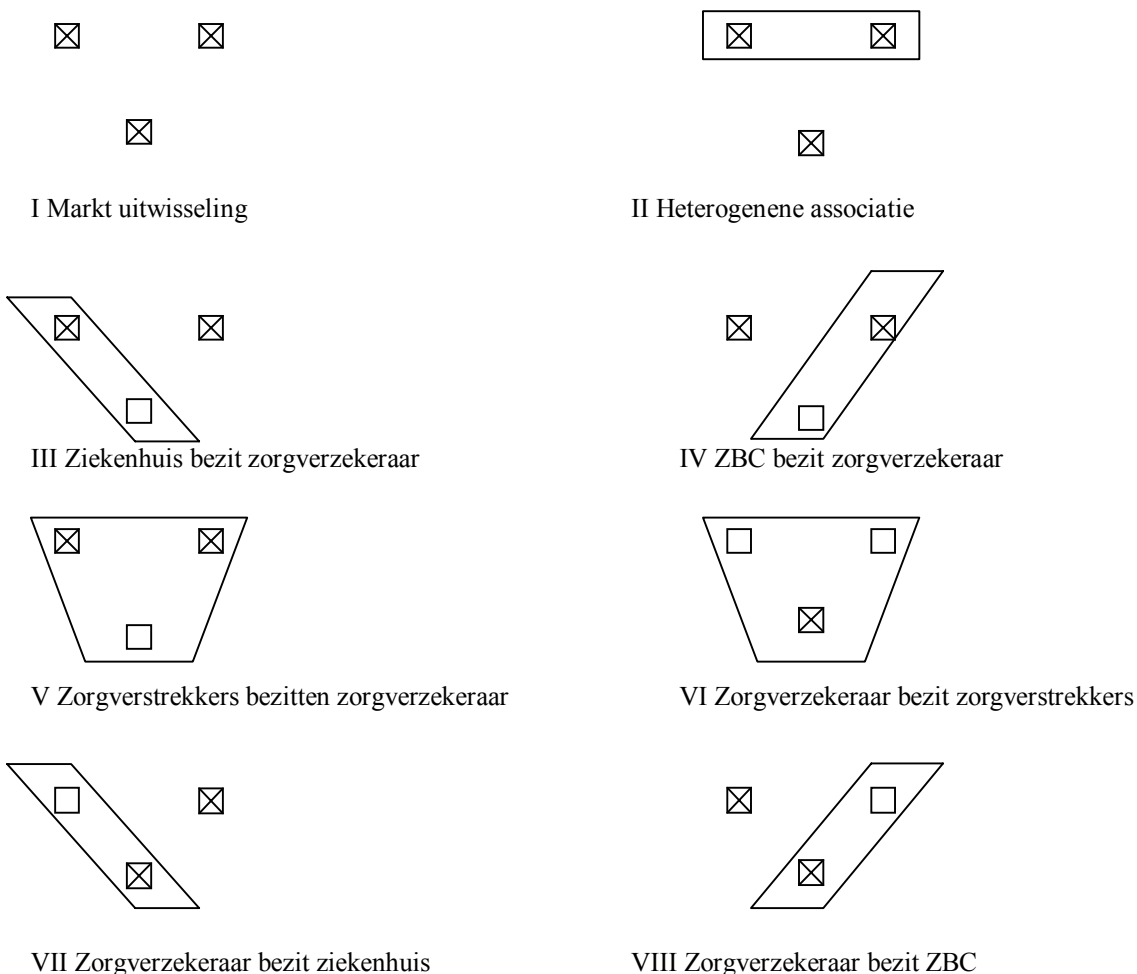
Het is waarschijnlijk dat een ziekenhuis in de toekomst te maken krijgt met één of enkele regionaal grote zorgverzekeraars en één of meer inkooporganisaties van regionaal kleine zorgverzekeraars. De verdeling van macht en zeggenschapsverhoudingen over ziekenhuizen en zorgverzekeraars zal daarom een belangrijke rol spelen in de omvang en allocatie van het surplus en de geneigdheid van bijvoorbeeld het ziekenhuismanagement om te investeren in product en procesvernieuwing. Een belangrijke vraag is derhalve welke verdeling van macht en zeggenschap tot welke uitkomsten zal leiden. Figuur 2 presenteert tien mogelijke beheersstructuren in een keten bestaande uit drie partijen, waarbij de omlijning aangeeft welke partijen organisatorisch geïntegreerd zijn en een kruis aangeeft bij welke partij de zeggenschap berust. De keuze van beheersstructuur heeft een grote invloed op de prikkel om te investeren voor de diverse partijen.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Agent 1	X	(X)	(X)	X	X	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)
Agent 2	X	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)
Agent 3	X	X	X	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)

Figuur 2: Tien mogelijke beheersstructuren in een keten die bestaat uit 3 partijen

De meest extreme vorm van verdeling van macht en zeggenschap is een volledige integratie van de diverse partijen in één organisatie, zoals in de beheersstructuren VIII, IX, en X. Thans is het zorgverzekeraars nog niet toegestaan om ziekenhuizen te exploiteren en is het ziekenhuizen nog niet toegestaan een zorgverzekeraar op te richten. In de toekomst zullen deze wettelijke belemmeringen naar verwachting verdwijnen, hetgeen mogelijk zal leiden tot verticaal geïntegreerde ziekenhuis-verzekeringsorganisaties - analoog aan de Health Maintenance Organizations (HMO's) in de Verenigde Staten. Tussen volledige geïntegreerde en volledig zelfstandige ziekenhuis- en verzekeringsbedrijven, is een continuüm van meer of minder exclusieve netwerkverbanden mogelijk.

De verlaging van de toetredingsdrempels voor aanbieders van dagbehandelingen (ZBC's) heeft tal van nieuwe beheersstructuren mogelijk gemaakt. Neem aan dat er sprake is van twee zorgaanbieders, een ziekenhuis (linksboven) en een ZBC (rechtsboven), en een zorgverzekeraar (beneden) weergegeven. In figuur 3 zijn acht beheersstructuren gepresenteerd, waarbij een kruis weer aangeeft bij welke partij de zeggenschap berust. Er is aangenomen dat een ziekenhuis en een ZBC identiek worden behandeld wanneer zij zich in een organisatie bevinden. Wederom geldt dat de keuze van beheersstructuur een grote invloed heeft op de prikkel om te investeren voor de diverse partijen. De vraag is niet alleen welke van de acht beheersstructuren van figuur 3 optimaal is, maar ook wat de gevolgen zijn voor de intensiteit van het concurrentieproces en daarmee de prijsvorming.



Figuur 3: Acht beheersstructuren met betrekking tot de relatie zorgverzekeraar-ziekenhuis-ZBC

4 Gevolgen voor de relatie ziekenhuis - medisch specialist

De veranderende onderhandelingsrelatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen zal ook haar repercussies hebben voor de relatie tussen ziekenhuismanagement en (vrijgevestigde) medisch specialisten. Een - weliswaar groeiende - minderheid van de medisch specialisten is in loondienst van een algemeen ziekenhuis (bij academische ziekenhuizen is de overgrote meerderheid van de medisch specialisten in loondienst). De meeste medisch specialisten zijn echter vrijgevestigde ondernemers en sluiten als zodanig een toelatingscontract met een ziekenhuis op grond waarvan zij gebruik mogen maken van de faciliteiten van het ziekenhuis.²

Het feit dat het ziekenhuisbestuur namens de medisch specialisten moet onderhandelen met de zorgverzekeraars, heeft reeds geleid tot belangrijke veranderingen in de relatie tussen ziekenhuisbestuur en de vrijgevestigde medisch specialisten. Vrijgevestigde specialisten zijn zich in toenemende mate als belangengroep in het ziekenhuis gaan organiseren, aanvankelijk vooral in coöperatieve verenigingen, later in zogeheten stafmaatschappen (Scholten en Van der Grinten, 2003). Daarnaast werd ook de positie van de medische staf – het orgaan dat binnen ziekenhuizen optreedt als vertegenwoordiger van de medisch specialisten – in het ziekenhuis in hoog tempo geformaliseerd en gereguleerd, zodat inmiddels ruim 80% van medische staven een verenigingsstructuur heeft. Terwijl de medisch staf door de medisch specialisten wordt gezien als middel om invloed uit te oefenen op het ziekenhuisbestuur, beschouwt het ziekenhuisbestuur de medische staf als medium om medewerking van medisch specialisten te bewerkstelligen. Medische staven komen daardoor steeds meer in een dubbelrol terecht, waarin zij enerzijds medeverantwoordelijk worden voor de besluitvorming maar aan de andere kant geacht worden om de belangen van de medisch specialisten te behartigen.

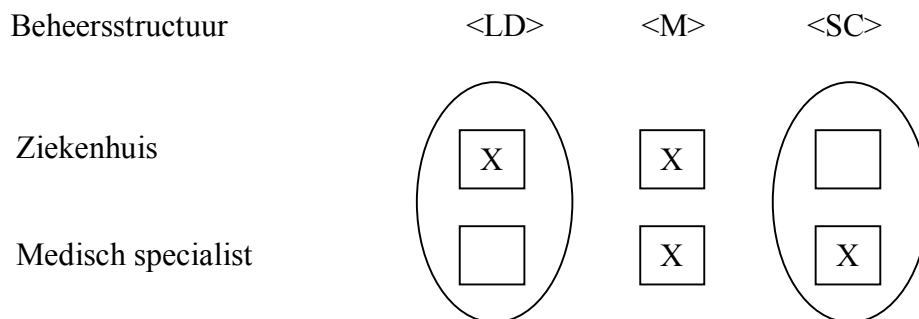
Scholten en Van der Grinten concluderen uit een onderzoek onder 6 ziekenhuizen dat in alle ziekenhuizen de relatie tussen de Raad van Bestuur en het stafbestuur in hoge mate informeel is.³ Een bestuursreglement waarin de verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden is vastgelegd ontbreekt in alle casussen. Medische staven blijken huiverig voor een te sterke binding aan het ziekenhuisbestuur: zij prefereren een sterke informele machtspositie zonder medeverantwoordelijkheid voor het ziekenhuisbeleid. Dit heeft mede te maken met het feit dat de handelingsvrijheid van medische staven doorgaans beperkt is en door de achterban bewust beperkt wordt gehouden. Medisch specialisten in het stafbestuur hebben een minimaal mandaat en zijn gehouden voortdurend hun achterban te raadplegen, waarbij de besluitvorming doorgaans plaatsvindt op basis van consensus en niet bij meerderheid van stemmen. Om een sterke binding (loyaliteit) aan het ziekenhuisbestuur te voorkomen wordt de zittingstermijn van de stafbestuursleden door de achterban bewust beperkt gehouden (2 of 3 jaar met maximaal 2 of 3 herbenoemingen). Scholten en Van der Grinten typeren de huidige invloed van de medische staf en het ziekenhuisbestuur als een combinatie van veel macht, weinig verantwoordelijkheid en weinig besturend vermogen.

Het is onwaarschijnlijk dat de huidige combinatie van bevoegdheden en verantwoordelijkheden stand kan houden in een meer marktgerichte omgeving waarin ziekenhuizen sterker onder druk komen te staan van zorgverzekeraars en concurrenten (andere ziekenhuizen en ZBC's). *Om in een meer marktgerichte omgeving staande te blijven zijn*

² Rajan en Zingales (1998) gaan in op de governance aspecten van enerzijds de controle over de toegang tot de faciliteiten van het ziekenhuis door het ziekenhuis en anderzijds de specifieke kennis van de medische specialisten. Een vraag die hieraan voorafgaat betreft de governance van het ziekenhuis. Is het gewenst dat het ziekenhuis en de operatiekamers in handen zijn van dezelfde partij (Hart en Moore, 1990)?

³ Baker, e.a. (2002) gaat de efficiëntie van dergelijke relationele contracten na.

effectievere beheersstructuren nodig. Ook hier is een continuüm van zeggenschapsverhoudingen mogelijk. Aan de ene kant kan het ziekenhuisbestuur optreden als inkoper van medisch specialistische zorg en kunnen de huidige (grotendeels uniforme) toelatingscontracten worden omgevormd tot zorginkoopcontracten waarin afspraken worden gemaakt over “arbeidsvoorwaarden” (bijvoorbeeld facilitaire ondersteuning) en de te leveren zorgprestaties. Aan de andere kant zijn er twee uitersten. Enerzijds zouden medisch specialisten veel sterker kunnen worden gebonden aan het ziekenhuis (verticale integratie) zodat het ziekenhuis een soort "specialists' cooperative" wordt. Anderzijds zouden alle specialisten in loondienst van het ziekenhuis kunnen komen. De vraag is welke zeggenschapsrelaties het meest geschikt zijn in een meer marktgerichte omgeving waarin ziekenhuizen met individuele zorgverzekeraars (of inkoopcombinaties) moeten onderhandelen over prijs, kwaliteit en volume van zorg en waarin ziekenhuizen en zorgverzekeraars in meer of mindere mate verticaal geïntegreerd zijn. Figuur 4 geeft drie mogelijkheden weer, waarbij LD staat voor loondienst, M voor marktrelatie, SC voor specialisten coöperatie, en ‘X’ om aan te geven wie de zeggenschap heeft.⁴



Figuur 4: Drie beheersstructuren betreffende de relatie ziekenhuis – medisch specialist

4.1 Zeggenschapsrelaties in de Verenigde Staten

Een indicatie van de variëteit en effectiviteit van de verschillende zeggenschapsrelaties binnen ziekenhuizen kan worden ontleend aan de Verenigde Staten. In veel stedelijke gebieden moeten Amerikaanse ziekenhuizen vooral vanaf de jaren '90 opereren in een steeds sterker concurrerende omgeving waarbij zij contracten moeten sluiten met steeds kritischer zorginkopers (zorgverzekeraars, HMO's en de federale overheid). Zorginkopers kregen steeds meer invloed op het ziekenhuisbeleid – ook wel aangeduid als “managed care” – waarbij via “capitated full-risk” en “shared-risk” contracten steeds meer financieel risico bij het ziekenhuis werd neergelegd. Om aan deze groeiende druk het hoofd te bieden gingen ziekenhuizen op hun beurt in toenemende mate over tot het sluiten van risicocontracten met (groepen) medisch specialisten of tot een volledige verticale integratie tot “hospital owned physician practices”.

Eind jaren '90 ontstond er mede door de forse economische groei steeds meer kritiek op de “knellende” managed care contracten. Deze zogenaamde “managed-care backlash” – enigszins te vergelijken met de groeiende kritiek op het rantsoeneringsbeleid in de gezondheidszorg van het tweede Paarse kabinet in Nederland – leidde tot een versoepeling van het inkoop en contracteringsbeleid. Parallel daaraan leidde de moeizame en soms weinig

⁴ Verscheidene interpretaties van zeggenschap zijn mogelijk, zoals eigendom, formele autoriteit en informele autoriteit (Baker, e.a., 1999).

succesvolle integratie van medisch specialisten in het ziekenhuis tot meer lossere verbanden tussen medische staf en ziekenhuis.

Casalino en Robinson (2003) typeren de hierboven beschreven ontwikkeling in de Amerikaanse gezondheidszorg als de opeenvolging van drie perioden: de *pre-managed care*, de *tight managed care*, en de *loose managed care* era.

De overgang naar de knellende managed care periode ging gepaard met een toenemende integratie van ziekenhuizen en medisch specialisten. Casalino en Robinson geven hiervoor vier redenen:

1. De noodzaak van een *betere coördinatie* van de zorgverlening wegens de grotere druk van de zijde van de zorginkopers tot kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering;
2. De noodzaak om de *onderhandelingsmacht* ten opzichte van de zorginkopers te versterken;
3. De noodzaak om via een sterkere binding van medisch specialisten en eerstelijnsartsen aan het ziekenhuis *voldoende patiënteninstroom* (ziekenhuisopnames) te garanderen;
4. De noodzaak om via *financiële risicodeling* artsen te stimuleren tot een *doelmatiger* praktijkstijl en gebruik van ziekenhuisvoorzieningen.

De drie perioden lijken volgens Casalino en Robinson een pendant te hebben in drie basisvormen van de relatie tussen artsen en ziekenhuizen:

- het *medical staff model*,
- het *hospital-owned physician practice model*, en
- het *independent practice association (IPA)* of *physician hospital organization (PHO) model*.

Deze drie modellen corresponderen op hun beurt met de drie basis organisatievormen vanuit de transactiekosteneconomie: arm's length, firm/hierarchy en hybrid organizations.

In het medical staff model, dat gedurende het grootste deel van de 20^e eeuw het dominante organisatiemodel was, opereren artsen voor eigen rekening binnen de muren van het ziekenhuis dat primair fungeert als werkplaats. Het ziekenhuis fungeert feitelijk als een soort winkelcentrum waar iedere specialist(enmaatschap) zijn eigen winkelt beheert (Tap en Schut 1987). Door de steeds stringenter toepassing van managed care door zorginkopers in de jaren '90 gingen veel ziekenhuizen over op het hiërarchische model (artsen in loondienst) of het hybride model (risicodeling en prestatiecontracten met een afgebakende groep artsen). Recent empirisch onderzoek (Lake et al. 2003) wijst uit dat het hiërarchische model vaker voorkomt in gebieden waar er sprake is van een hevige concurrentie tussen een beperkt aantal ziekenhuizen (ofwel waar de ziekenhuissector reeds sterk geconsolideerd is). Ook in andere sectoren wordt verticale integratie vaak voorafgegaan door horizontale integratie.

Tabel 1. Potentiële voor- en nadelen van drie typen ziekenhuis-arts relatie*

	Medical staff (Verlengde arm)	IPA, PHO (Hybride)	Hospital owned (Hiërarchie)
Prikkelt artsen tot opbrengstmaximalisatie	++	+	0
Vermijdt interne politieke strijd	++	0	0
Bevordert patiënteninstroom	0	+	++
Gaat gepaard met lage transactiekosten	++	+	0
Vergroot onderhandelingsmacht ten opzichte van zorginkopers	0	+	++
Bevordert coördinatie van zorg	0	+	++

* Plustekens geven de relatieve voordelen aan ten opzichte van een of meer andere modellen.

Bron: Casalino en Robinson (2003), Table 2, p.336.

Casalino en Robinson bespreken van elk van de drie modellen de potentiële voor- en nadelen en illustreren deze aan de hand van een viertal case-studies. De potentiële voor- en nadelen zijn samengevat in Tabel 1.

Ondanks de "managed care backlash" en de niet altijd gunstige ervaringen met de hybride en hiërarchische modellen, achten Casalino en Robinson (2003, p. 348-349) de terugkeer naar het medische staf model onwaarschijnlijk, gegeven de blijvende noodzaak tot kostenbeheersing en de blijvende aanwezigheid van kritische zorginkopers: *"Rather than going back to relying on the medical staff model, hospitals and physicians are likely to continue to experiment with alternative structures of affiliation that promote coordination and achieve other strategic objectives"*.

In Nederland is het "medical staff model" nog steeds dominant. Wel zijn van 1995 tot 2000 de prikkels voor opbrengstmaximalisatie bij specialisten effectief weggenomen doordat onder druk van de overheid de verrichtingentarieven ("fee-for-service") werden vervangen door niet aan de productieomvang gekoppelde lumpsumbetalingen. De groeiende wachtlijsten die hiervan het gevolg waren hebben echter geleid tot enorme maatschappelijke druk op de overheid om de budgettaire teugels te laten vieren. In 2001 besloot de overheid daarom tot de invoering van het zogenaamde "boter-bij-de-vis principe", waarbij extra zorgproductie ziekenhuizen recht geeft op extra budget. *De facto* betekende dit de afschaffing van de ziekenhuisbudgettering en de herinvoering van de prikkels voor opbrengstmaximalisatie, met – zoals te verwachten was – een kostenexplosie als gevolg. Wanneer na de invoering van de stelselherziening zorgverzekeraars gaan optreden als kritische inkopers van ziekenhuiszorg zullen zij het financiële risico deels verschuiven naar het ziekenhuis en is het "medical staff model" niet langer houdbaar. De vraag is of dit op termijn zal leiden tot een hybride of hiërarchische relatie tussen ziekenhuizen en medisch specialisten, of dat er andere effectieve beheerstructuren denkbaar zijn.

5 Systeminnovatie

Een zorgsysteem is een complex mechanisme voor het coördineren en motiveren van de zorgactiviteiten van mensen. Dit systeem bestaat niet alleen uit verschillende partijen, zoals patiënten, zorgverzekeraars, medische specialisten en ziekenhuizen, maar ook uit diverse dimensies / attributen, zoals accounting, financiering, marketing, organisatie, personeelsbeleid, enzovoort. Er zijn vele verwevenheden tussen de verschillende partijen en attributen, wat tot afstemming noopt om van de mogelijke synergieën / complementariteiten te kunnen profiteren. Deze paragraaf stelt de afstemming tussen de verschillende activiteiten centraal door uit te gaan van een systeem van attributen benadering, waarbij de attributen elkaar versterken wanneer ze op elkaar zijn afgestemd (Milgrom en Roberts, 1990). Aan de afstemming tussen attributen kunnen verschillende principes ten grondslag liggen⁵.

De wederzijdse invloed van verschillende attributen zullen wij toelichten aan de hand van een gestileerd voorbeeld van de relatie medisch specialist - ziekenhuisdirectie. In deze relatie zijn ruwweg drie verschillende attributen te onderscheiden:

- Takenvrijheid: de mate van keuzevrijheid die de medisch specialist heeft over de omvang en de aard van zijn of haar werkzaamheden;
- Stukloon: de mate waarin het beloningssysteem van medisch specialisten is geënt op de geleverde productie, variërend van volledig stukloon (betaling per verrichting of "fee-for-

⁵ Zie Hendrikse (2003) voor een uitgebreide bespreking van dergelijke principes (zoals contractuele externaliteiten in het uniforme compensatie principe, orthogonaliteit, de wet van de grote aantallen, beïnvloedingskosten en herhaalde interacties).

service”) via beloning per DBC, allerlei vormen van financiële risicodeling met het ziekenhuis (verdeling eventuele surplussen en tekorten), een vast uurloon (maar ongespecificeerd aantal uren) tot een vast salaris (onafhankelijk van de geleverde productie);
 - Zeggenschap: de mate van beslissingsbevoegdheid die de medisch specialisten hebben over aanschaf/verdeling/beschikbaarheid ziekenhuisfaciliteiten (bedden, operatiekamers, apparatuur, verplegend personeel, arts-assistenten, ondersteunend personeel) en / of strategie van het ziekenhuis (zoals uitbreidingsinvesteringen, specialisatie/diversificatie, prijs-, volume en kwaliteitsafspraken met zorgverzekeraars, kartelafspraken met andere ziekenhuizen, verticale integratie met zorgverzekeraars of met andere zorgaanbieders, oprichting privé-klinieken).

Als voor de eenvoud wordt aangenomen dat voor elk van deze drie attributen (keuzevrijheid taken, prestatie afhankelijke beloningen, zeggenschap medisch specialist) slechts twee waarden mogelijk zijn (Klein-Groot, Laag-Hoog, Nihil-Volledig), dan zijn er acht beheersstructuren mogelijk. Tabel 2 geeft aan welke combinaties dan mogelijk zijn.

Tabel 2: Beheersstructuren terzake van de relatie medisch specialist - ziekenhuisdirectie

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Takenvrijheid	K	K	K	K	G	G	G	G
Stukloon	L	L	H	H	L	L	H	H
Zeggenschap	N	V	N	V	N	V	N	V

Merk op dat de relatie tussen figuur 4 en tabel 2 is dat in figuur 4 de aandacht volledig is gericht op de toewijzing van zeggenschap in de relatie ziekenhuis – medisch specialist, terwijl de toewijzing van zeggenschap één van de attributen is van de beheersstructuur waarmee de medisch specialist te maken heeft.

Van deze acht mogelijkheden zijn er slechts twee stabiel: I en VIII. De inrichting van de organisatie rond een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis (I) is anders dan die van een zelfstandige medisch specialist (VIII). De medisch specialist in het ziekenhuis is werknemer, over werkmethoden / -tijden en te gebruiken apparatuur beslist in principe de werkgever, en meestal wordt een salaris betaald dat nauwelijks gerelateerd is aan het aantal behandelingen dat op een dag wordt uitgevoerd. Dit is de combinatie KLN in tabel 2, samengevat met I, en wordt in de vakliteratuur aangeduid als de beheersstructuur ‘make’. Een zelfstandige medisch specialist is eigen baas, bepaalt zijn eigen werkmethode en dagindeling, en verdient op basis van het aantal behandelingen dat wordt uitgevoerd. Dit is de combinatie GHV in tabel 2, samengevat met VIII, en wordt in de vakliteratuur aangeduid als de beheersstructuur ‘buy’ of ‘outsourcing’.

De waarde van de invulling van een attribuut in een systeem hangt af van de invulling van de andere attributen omdat er sprake is van wederzijdse beïnvloeding (contractuele externaliteiten). Bijvoorbeeld, ten aanzien van het aspect beloningsstructuur is het niet verstandig om een medisch specialist te betalen op basis van het aantal behandelingen (H) in een ziekenhuis dat verantwoordelijk is voor het beheer van de overige inputs (N), dat wil zeggen de beheersstructuren III en VII, omdat dat ten koste zou gaan van moeilijk meetbare activiteiten als goed onderhoud van en zorgvuldig omgaan met apparatuur en een optimale inzet van verpleegkundig en ondersteunend personeel. Dit zou problemen kunnen geven omdat niet de medisch specialist maar het ziekenhuis de eigenaar van de apparatuur en de werkgever van het personeel is. Wanneer medisch specialisten (V) zelf de eigenaar van kapitaal en arbeid zijn, zoals in een aantal ZBC’s, vormt betaling op basis van het aantal

verrichtte prestaties (H) geen probleem voor goede inzet van productiefactoren omdat zij daar zelf baat bij hebben. Een vast salaris (L) voor medisch specialisten die verantwoordelijk zijn voor het beheer van de inputs (V), dat wil zeggen de beheersstructuren II en VI, is daarentegen niet wenselijk omdat dan waarschijnlijk te veel aandacht zou worden besteed aan onderhoud van apparatuur en de wensen van het personeel en te weinig aan zorg voor patiënten. Sterkere prestatieprikkels lijken in een dergelijke situatie aangewezen. Ten aanzien van het aspect takenvrijheid is het niet verstandig om een medisch specialist verbonden als werknemer aan een ziekenhuis (N) een grote vrijheid te laten ten aanzien van aanwezigheid (G), dat wil zeggen beheersstructuur V is niet stabiel Dit gaat ten koste van de uitvoering van allerlei moeilijk meetbare activiteiten die belangrijk zijn voor het functioneren van de organisatie.

Hoewel de gehanteerde dichotomie in de onderscheiden attributen te simpel is om de relatie tussen medisch specialisten en ziekenhuizen exact te karakteriseren, komt configuratie V (GLN) het meest dicht in de buurt van de huidige dominante beheersstructuur. Nederlandse medisch specialisten hebben namelijk een grote takenvrijheid, hun honorarium is nauwelijks (meer) afhankelijk van hun productie en zij hebben weinig (formele) zeggenschap over de aanschaf en allocatie van ziekenhuisfaciliteiten. Uit het bovenstaande volgt dat de huidige configuratie niet coherent / stabiel is. Met de invoering van DBC's en het uurloon in plaats van een lumpsumbetaling verschuift het kenmerk van het beloningsattribuut van L naar H. Wanneer daarnaast de tendens doorzet dat medisch specialisten meer zeggenschap en verantwoordelijkheid krijgen over de aanschaf en allocatie van ziekenhuisfaciliteiten verschuift het kenmerk van zeggenschapsattribuut van N naar V. Al met al verschuift de beheerstructuur dan van V naar VIII waardoor een coherente structuur zou ontstaan.

Weliswaar vormt beheersstructuur VIII een adequaat afgestemd cluster van attributen voor de organisatie van de functie van de medisch specialist, maar hetzelfde geldt ook voor beheerstructuur I. Dit resultaat geeft aan dat er onafhankelijk van de context doorgaans geen sprake is van één optimale beheersstructuur. De specifieke context is uiteindelijk bepalend voor welke mogelijkheid het meest wenselijk is.

De toegepaste attributenbenadering geeft inzicht in de voorwaarden voor effectieve systeeminnovatie. In de eerste plaats vereist een goed organisatorisch ontwerp coherentie, dat wil zeggen dat de verschillende attributen elkaar versterken. Het bovenstaande illustreert dat er niet noodzakelijk één superieur ontwerp is. De omgeving van de organisatie kan zodanig zijn gewijzigd dat een overgang van het ene coherente systeem van attributen naar het andere gewenst is. Bijvoorbeeld systeem VIII, waarin specialisten volledige autonoom zijn bij de inrichting van hun werkzaamheden, de volledige zeggenschap hebben over de productiefactoren en een volledig prestatieafhankelijke beloning ontvangen, kan maatschappelijk ongewenst zijn in een omgeving waarin zorgverzekeraars en patiënten prestaties niet goed kunnen beoordelen en/of niet prijsgevoelig zijn.

5.1 Big Bang?

Complementariteit houdt in dat de overgang van het ene naar het andere afgestemde systeem van attributen weinig baat heeft bij een verandering van slechts één attribuut. Het systeem raakt daardoor uit balans en het totale resultaat is zelfs veel slechter dan de oorspronkelijke situatie. Ten eerste brengt dit met zich mee dat weliswaar een beleid van 'best practice' voor een bepaald attribuut kan worden gevolgd, maar dat dit vanuit een complementariteitsperspectief niet wenselijk is voor alle attributen omdat het de coherentie van het gehele systeem ondergraaft. In de tweede plaats, complementariteit lijkt ook in te houden dat 'Big Bang', alles-of-niets, verandering gewenst is. Soms is dit duidelijk. Bijvoorbeeld, als de Britten zouden overstappen op de continentale verkeersregels, dan is het

geen goed idee om dit geleidelijk te doen, bijvoorbeeld door de personenauto's al dit jaar te laten overgaan op de nieuwe regels en de vrachtauto's pas volgend jaar. Toch komt in allerlei situaties geleidelijke, moeizame verandering voor. Dit kan ingegeven zijn door het belang van additionele informatie, of omdat sommige attributen nu eenmaal langzamer zijn te veranderen dan anderen, zoals bepaalde werkpraktijken. Het kan derhalve nogal wat tijd kosten voordat een systeeminnovatie werkelijk de beoogde synergie-effecten genereert. Een klassiek voorbeeld is de productiviteitsstijging als gevolg van de invoering van ICT. De kosten van ICT zijn in een paar decennia met 99,9% gedaald. Ondanks deze kostendaling, en de massale invoering van deze technologieën, is het effect lange tijd nauwelijks in de productiviteitsstatistieken terug te vinden geweest, wat Solow (1992) bracht tot de veel geciteerde uitspraak: *"You can see the computer age everywhere except in the productivity statistics"*. De omslag van de 'traditionele' naar de 'nieuwe' organisatie kan namelijk vele jaren in beslag nemen, omdat een belangrijk deel van de waarde van informatietechnologieën is gelegen in het faciliteren van complementaire organisatorische investeringen met betrekking tot bedrijfsprocessen en werkpraktijken. Alle andere attributen dienen te worden aangepast, waarbij nieuwe processen, procedures, en organisatiestructuren dienen te worden ontwikkeld. De moeilijkheid hierbij is dat de traditionele werkpraktijken en instituties zijn ontstaan in een tijd dat de kosten van communicatie apparatuur en computers relatief hoog waren. Verandering is derhalve moeilijk, vooral omdat IT samen dient te gaan met het ontwikkelen van software, data verzamelen en invoeren, nieuwe bedrijfsprocessen implementeren, en opleiding van personeel. De resultaten van afstemming worden pas na vele jaren zichtbaar.

6 Conclusie

Naar analogie van de ontwikkelingen in de ICT-sector, is het te verwachten dat ook de hervorming van de Nederlandse gezondheidszorg pas na geruime tijd haar vruchten zal kunnen afwerpen. De transitie naar de meest passende beheerstructuren in de relaties *tussen* en *binnen* (organisaties van) zorgvragers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders, zal vanwege de complexiteit en onderlinge verwevenheid van deze structuren niet via een "big bang" kunnen verlopen. De overgang naar nieuwe coherente beheersstructuren kan daarom, zeker op korte of middellange termijn, gepaard gaan met extra kosten en verlies aan productiviteit. Daarbij speelt als extra complicatie dat dergelijke transitiekosten doorgaans politiek niet acceptabel zijn, waardoor hervormingen halverwege kunnen blijven steken.

Een probleem binnen de zorgsector is dat een systematisch beeld van de mogelijke coherente beheersstructuren vooralsnog ontbreekt. Beter inzicht in de bij de hervorming passende beheersstructuren kan een sneller en effectiever aanpassingsproces mogelijk maken. Wij hebben voor de relaties zorgverzekeraar – zorgaanbieder en de relatie ziekenhuis – medisch specialist aangegeven welke beheersstructuren mogelijk en coherent zijn. Voorts hebben wij uiteengezet dat via de zogenaamde attributenbenadering systematisch inzicht kan worden verkregen in de meest geëigende beheersstructuren. Ter illustratie hebben wij een ruwe indeling in attributen gehanteerd voor de relatie medisch specialist - ziekenhuisdirectie. Voor het bepalen van de relevante attributen van de diverse beheersstructuren in de zorgsector is nader empirisch onderzoek wenselijk en noodzakelijk.

Referenties

- Baker, G., R. Gibbons and K.J. Murphy, Informal Authority in Organizations, *The Journal of Law, Economics, & Organization*, 1999, 15(1), 56-73.
- Baker, G., R. Gibbons and K.J. Murphy, Relational Contracts and the Theory of the Firm, *Quarterly Journal of Economics*, 2002, 117(1), 39-84.
- Bulow, J.J. en P. Klemperer, Auctions vs Negotiations, *American Economic Review*, 1996, 86(1), 180-194.
- Casalino, L. en J. Robinson, Alternative models of hospital-physician affiliation as the United States moves away from tight managed care, *Milbank Quarterly*, 2003, 81(2), 331-351.
- Hart, O. en J. Moore, Property Rights and the Nature of the Firm, *Journal of Political Economy*, 1990, 98(6), 1119-1158.
- Hendrikse, G.W.J., *Economics and Management of Organizations*, McGrawHill, 2003
- Lake, T., K. Devers, L. Brewster, en L. Casalino, Something old, something new: recent developments in hospital-physician relationships, *Health Services Research*, 2003, 38, 471-488.
- Milgrom, P. en J. Roberts, The Economics of Modern Manufacturing: Technology, Strategy, and Organization, *American Economic Review*, 1990, 80(3), 511-528.
- Ministerie van VWS, 2003a, *Evaluatie DBC-experiment "Ruimte voor Resultaat"*, Den Haag, september 2003.
- Ministerie van VWS, 2003b, *Invoering Diagnose Behandeling Combinaties*, TK 29248 (1), 10 oktober 2003.
- Ministerie van VWS, 2004a, *Hoofddlijnen herziening stelsel curatieve zorg*, Brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, DBO-CB-U-2455261, Den Haag.
- Ministerie van VWS, 2004b, *Gefaseerde invoering DBC's 2004-2005*, Persbericht 24 maart 2004, www.minvws.nl/persberichten
- Rajan, R. en L. Zingales, Power in a Theory of the Firm, *Quarterly Journal of Economics*, 1998, 113, 387-432.
- Scholten, G.R.M. en T.E.D. van der Grinten, Medische staf op weg naar partnership? De deelname van medisch specialisten in de besturing van Nederlandse ziekenhuizen, *Acta Hospitalia*, 2003, 43(2), 7-21.
- Solow, R.M., We'd Better Watch Out, *New York Times Book Review*, 1987, July 12, 36.
- Tap, H.J. en F.T. Schut, Escaping from the dual organization: physician self-governance, *International Journal of Health Planning and Management*, 1987, 2, 229-242.

Abstract

The introduction of regulated competition in the Dutch health sector puts pressure on the prevailing governance structures between patients, health insurance companies, hospitals, and medical specialists. This article provides an incomplete contracting framework to systematically chart the various possible governance structures regarding health insurers, hospitals, and medical specialists. The goal is to indicate which governance structures are viable in the new setting.

Keywords: regulated competition, incomplete contracts, governance, complementarity