

PASSENDE CONTRACTERING VAN ZORG: VAN 'GESTOLD WANTROUWEN' NAAR SAMENWERKEN OP BASIS VAN SOCIALE NORMEN

Peter Dohmen, Chandeni Gajadien, Erik van Raaij en Sander Steenhuis

INTRODUCTIE

Sinds 2006 hebben zorgverzekeraars de wettelijke taak om namens hun verzekerden kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg in te kopen bij zorgaanbieders. Uit de laatste monitors van de NZa blijkt echter dat de focus in onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voornamelijk ligt op het veiligstellen van eigen financiële belangen en wordt steeds duidelijker dat de huidige wijze van onderhandelen en contracteren een belemmering vormt voor de transformatie naar passende zorg^{1,2}.

Als reactie hierop wordt er in contracten steeds meer geëxperimenteerd met 'Alternative Payment Models' (APMs). APMs, zoals bundel- of populatiebekostiging, bieden een alternatief voor het betalen per zorgprestatie. Bij contracten

met APMs dragen zorgaanbieders meer financiële verantwoordelijkheid voor de (integrale) kosten en uitkomsten (ook wel: 'waarde') van de zorg voor hun patiënten. Uit onderzoek blijkt dat het ontwikkelen en implementeren van zo'n APM-contract complex is^{3,4}.

Deze complexiteit wordt mogelijk veroorzaakt door de dominantie van de klassieke contracttheorie bij de ontwikkeling en implementatie van APMs. Deze dominantie leidt ertoe dat veel nadruk wordt gelegd op het technisch 'modelleren' van het optimale contract dat is gericht op het reduceren van onzekerheden en het voorkomen of indammen van mogelijk opportunistisch gedrag van de andere contractpartij. Het is echter de vraag of deze klassieke benadering de ontwikkeling en implementatie van APMs helpt of

juist in de weg zit en of APMs niet vanuit een ander inkoopperspectief benaderd zouden moeten worden.

In dit artikel verkennen wij een andere benadering van contracteren (en samenwerken), in de context van APMs. Hoe worden inkoopcontracten en inkoopprestaties momenteel vaak nog benaderd? Hoe ziet het nieuwe perspectief eruit en wat maakt het anders? En hoe kan zo'n alternatief perspectief bijdragen aan het reduceren van de complexiteit van APM-contracten?

AGENCY EN STEWARDSHIP: TWEE VERSCHILLENDE PERSPECTIEVEN

De complexiteit van APM-contracten ontstaat mede omdat contracten traditioneel worden gezien als een 'safeguarding' instrument waarmee onzekerheid

en risico's beperkt kunnen worden. Om risico's te beperken streven partijen naar 'complete contracten' waarin ze afspraken maken over mogelijke negatieve scenario's en hoe ze de effecten hiervan voor zichzelf kunnen beperken. Door de complexiteit van de zorgsector is een compleet contract echter per definitie niet haalbaar, nog afgezien van de hoge transactiekosten die gepaard gaan met de onderhandeling, het opstellen van dergelijke contracten en het toezien op de naleving van gemaakte afspraken.

Deze klassieke benadering van contracteren wordt sterk beïnvloed door de zogenoemde 'Agency theory'⁵. Deze economische theorie wordt gebruikt in situaties waar een persoon of organisatie – de 'agent' – de bevoegdheid heeft beslissingen te nemen namens een andere

PASSENDE CONTRACTERING VAN ZORG: VAN 'GESTOLD WANTROUWEN' NAAR SAMENWERKEN OP BASIS VAN SOCIALE NORMEN

persoon of organisatie – de 'principal'. Zo'n situatie kan zorgen voor inefficiëntie omdat – volgens deze theorie – de agent (in dit geval de zorgaanbieder) snel de neiging zal hebben om niet alleen de belangen van de principal (in dit geval de zorgverzekeraar) na te streven bij het leveren van de ingekochte zorg, maar om ook in eigenbelang op te treden. Doordat de zorgverzekeraar de ingekochte zorg niet zelf consumeert en informatie mist, is deze niet goed in staat om het gedrag van de zorgaanbieder te controleren. De verzekeraar zal daardoor snel geneigd kunnen zijn om aanbieders te zien als 'opportunisten' die in de zorgverlening vooral hun eigenbelang (bijvoorbeeld meer productie) nastreven. Als reactie op deze aanname volgen vaak uitgebreide inkoopcontracten gebaseerd op macht, controle en toezicht. Dit zorgt weer voor frustratie bij zorgaanbieders (die zich onnodig gecontroleerd voelen), met als resultaat: een samenwerkingsrelatie op basis van wederzijds wantrouwen⁶.

TABEL 1: VERSCHILLEN TUSSEN TRANSACTIONELE EN RELATIONELE CONTRACTEN

	Transactioneel contract	Relationeel contract
Focus	Prijs en volume	Uitkomsten
Aard van de relatie	Op afstand	Partnership
Inkoopbehoefte	Inkoper specificeert de oplossing	Inkoper specificeert het probleem
Rol van sociale normen	Geen verbinding met sociale normen	Sociale normen als expliciete contractuele verplichting
Risicomanagement	Gebruik van macht en van afdwingbare contractuele verplichtingen	Het vermijden van risico's door een voortdurende afstemming van belangen
Focus van het contract	Streven naar complete contract, d.w.z. contract moet alle toekomstige eventualiteiten omvatten	Creëren van een eerlijk en uitgebalanceerd flexibel contractueel raamwerk

Naast de 'Agency theory', kunnen contracten ook gebaseerd worden op de zogenoemde 'Stewardship theory'. Volgens deze theorie is de agent als 'steward' ervan overtuigd dat samenwerking en collectivistisch gedrag leiden tot betere uitkomsten dan zelfzuchtig individualistisch gedrag⁵. Zelfs wanneer de belangen van de steward en de principal niet op één lijn liggen, hecht de steward meer

waarde aan het in stand houden van de collectiviteit, dan het dienen van de eigen organisatie.

Vanuit deze theorie zien zorgverzekeraars en zorgaanbieders elkaar als 'stewards' die intrinsiek worden gedreven door gemeenschappelijke belangen. De relatie wordt niet beheerst door controle en wantrouwen, maar door dialoog (onder

andere over die gemeenschappelijke belangen) en wederzijds vertrouwen. Dikke en gedetailleerde 'complete' contracten zijn dan niet meer nodig, want partijen worden door sociale normen beschermd tegen opportunistisch gedrag van anderen en nadelige (financiële) effecten van onvoorziene gebeurtenissen⁷.

PRAKTISCHE UITWERKING VAN THEORETISCHE PERSPECTIEVEN: VAN TRANSACTIONEEL NAAR RELATIONEEL CONTRACT

Naar onze mening hangt het succes van APMs niet alleen af van het type relatie (Agency of Stewardship theory) maar ook in belangrijke mate van het type contract. Gebaseerd op het werk van Williamson (2008) en Macneil (1985)^{7,8}, kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars grofweg kiezen tussen een transactioneel contract of een relationeel contract. In Tabel 1 geven wij een samenvattend overzicht van de verschillende basiskenmerken van beide contracten⁹.

Transactionele contracten zijn vooral gericht op het volume en de prijs van de dienst of het product ('de transactie'). De nadruk ligt op productspecificaties (zoals door de inkopende partij bepaald) en niet op gewenste outputs of uitkomsten. Er is nauwelijks sprake van een relatie tussen partijen en contracten zijn vaak kortlopend. Naleving vindt plaats vanuit macht-

TABEL 2. EIGENSCHAPPEN VAN TRANSACTIONELE VS. RELATIONELE CONTRACTEN IN DE ZORG

	Transactioneel contract	Relationeel contract
Economisch basis model	Gericht op prijs en volume van zorg (P*Q).	Gericht op uitkomsten van zorg.
Relatie model	Geen of eenvoudige relatie; zero-sum; kortdurende contracten.	Hoge mate van samenwerking; positive-sum; langdurige contracten.
Visie en intentie	Geen (gedeelde) visie; intentie is verlagen van kosten.	Gedeelde visie op zorg; intentie is samen passende zorg te creëren.
Specificatie van in te kopen zorg	'Wie' en/of 'hoe'; afspraken, technische eisen en inkoopspecificaties.	'Wat'; afspraken over uitkomsten van zorg met generieke voorwaarden.
Prestatiefocus	Materiële en formele controles; op o.a. de doelmatigheid en rechtmatigheid van declaraties. Conform de 'letter' van de overeenkomst.	Strategische gewenste uitkomsten en/of resultaten; mate van waardecreatie: hogere gezondheidswinst tegen gelijkblijvende of lagere kosten. Conform de 'geest' van de overeenkomst.
Prestatiemetingen	Benchmarking van prijs, volume en gepast gebruik	Monitoren van KPI's over kwaliteit, doelmatigheid, uitkomsten en duurzaamheid.
Prijnmodel en beloningen	Vaste prijs per verrichting of zorgproduct; meestal geen incentives voor kwaliteit, preventie, samenwerking en innovatie.	Prijnmodellen met op waarde gerichte beloningen, zoals bundel- en/of uitkomstbekostiging.
Relatiemanagement	Geen strategisch relatiemanagement; slechts procedureel van aard gericht op monitoren van en naleven van contractafspraken	Hoge mate van strategisch relatiemanagement; inzet op behoud of versterken van onderlinge relatie / partnership
Verbeteren, transformeren en innoveren	Geen / marktgedreven; leveren van afgesproken zorgvolume	Gezamenlijk en proactief transformatie management van beoogde zorgtransformatie

posities en contractuele verplichtingen. Deze manier van contracteren geeft de contractpartijen weliswaar financiële zekerheid, maar de beweegruimte van leveranciers (zorgaanbieders) is beperkt. Relationele contracten berusten op de onderlinge vertrouwensrelatie en gedeelde positieve sociale normen (zoals wederkerigheid, autonomie, eerlijkheid, gelijkheid, loyaliteit en integriteit)¹⁰. De contractpartijen leggen met elkaar de gewenste (lange termijn) doelstellingen of uitkomsten vast (het 'wat') en zoeken elkaar op bij onvoorziene omstandigheden of onzekere situaties. De aanbieder krijgt op deze wijze de vrijheid om toe te werken naar de beoogde doelstellingen en durft hiervoor waarschijnlijk meer risico te nemen. Het contract is een flexibel raamwerk dat partijen gebruiken om richting te geven aan het oplossen van mogelijke onvoorziene gebeurtenissen en nadelige financiële effecten. In tabel 2 hebben wij beide contractmodellen verder uitgewerkt voor de zorg (gebaseerd op het werk van Keith et al., 2015)¹⁰.

EEN RELATIONEEL CONTRACT ALS POTENTIËLE OPLOSSING VOOR DE COMPLEXITEIT VAN APMS

Het realiseren van passende zorg vraagt om innovatie in de zorg en dienstengevolge ook om aanpassing van de bekostiging en contractering van zorg. APMS die gericht zijn op uitkomsten in plaats van op prijzen en volumes kunnen die transformatie steunen. Uit de literatuur en praktijk blijkt echter dat het ontwikkelen en implementeren van APMS uiterst complex is. Met dit artikel bieden wij een alternatief voor het huidige inkoop perspectief dat is gebaseerd op de klassieke contracttheorie. Het belang van sociale normen wordt daarbij in onze ogen onderschat. Het type contract, de onderlinge inkooprelatie en de APMS moeten met elkaar in lijn zijn. Het relationele perspectief zou daarom meer aandacht moeten krijgen in de praktijk en de wetenschap. Wij verwachten dat relationele contracten een passende manier kunnen zijn om APMS te ontwikkelen en te implementeren. Het werken met APMS is nog omringd

met veel onzekerheid en dat vraagt om flexibiliteit. Vertrouwen hebben in elkaar en een goede samenwerking zijn dan – verwachten wij – cruciaal om met elkaar financiële risico's te nemen en (gezaamenlijke) investeringen te doen die leiden tot het realiseren van de noodzakelijke transformatie naar passende zorg.

Peter Dohmen en Chandeni Gajadien zijn werkzaam als beleidsmedewerker Tweedelijns Somatische Zorg bij de Nederlandse Zorgautoriteit. Erik M. van Raaij is hoogleraar Inkoopmanagement in de Zorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Sander Steenhuis is senior onderzoeker Alternatieve Bekostiging in de Zorg aan het LUMC.

Referenties

1. NZa. Monitor medisch-specialistische zorg 2021.
2. NZa. Monitor Medisch Specialistische Zorg 2022.
3. Steenhuis S et al. *Milbank Q* 2020;98:197-222.
4. Struijs JN et al. *Commonwealth Fund*, Apr.

2020.

5. Davis JH et al. *Academy of Management Review* 1997;22: 20-47.
6. van Raaij E. *Purchasing value: purchasing and supply management's contribution to health service performance*. 2016, Oct 14.
7. Macneil IR. *Wisc Law Rev* 1985;4:483-526.
8. Williamson OE. *J Supply Chain Man* 2008;44: 5-16.
9. Van de Rijt J & Witteveen W. *Relationele Contracten*. Best Value Group 2021.
10. Keith B et al. *Strategic sourcing in the new economy: harnessing the potential of sourcing business models for modern procurement*. 2016