

Zorgbestuurders vinden de eisen van verzekeraars niet altijd wenselijk en passend

Zorgverzekeraars spelen een belangrijke rol bij het voortbestaan van zorgorganisaties. De relatie tussen deze twee partijen is echter complex en verloopt niet altijd vlekkeloos. Een enquête onder zorgbestuurders laat zien dat zij de eisen van zorgverzekeraars beperkt als legitiem ervaren.

IN HET KORT

- Zorgbestuurders ervaren veel macht en urgentie van zorgverzekeraars, maar vinden hun eisen beperkt wenselijk en passend.
- Zorgbestuurders ervaren de meeste invloed van zorgverzekeraars wat betreft financiën, strategievoering en de kwaliteit van zorg.
- Een gedeelde langetermijnvisie zou de kwaliteit van samenwerking kunnen bevorderen en het zorgstelsel werkbaar houden.

TESSA VAN DIJK

Promovenda aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)

RICHARD JANSSEN

Hoogleraar aan de EUR en Tilburg University

WILMA VAN DER SCHEER

Directeur Erasmus Centrum voor Zorgbestuur en voorzitter Academische Werkplaats Zorgbestuur aan de EUR

Zorgorganisaties zijn voor hun financiële stabiliteit en voortbestaan grotendeels afhankelijk van zorgverzekeraars. Recente gebeurtenissen, zoals het faillissement van het MC Slotervaartziekenhuis en de MC IJsselmeerziekenhuizen, en de huidige coronacrisis, hebben deze afhankelijkheden opnieuw nadrukkelijk blootgelegd. Bij de faillissementen van de betreffende ziekenhuizen in 2018 speelden de zorgverzekeraars een doorslaggevende rol (OVV, 2019; Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen, 2020). Tijdens de huidige coronacrisis moesten zorgverzekeraars, banken, overheid en veldpartijen gezamenlijk tot afspraken komen om de continuïteit van de zorg te waarborgen en omzetverlies te compenseren (Skipr, 2020; ZN, 2020; Zorgvisie, 2020).

Er kan dus gesteld worden dat er tussen zorgverzekeraars en zorgorganisaties een cruciale en wederzijds afhankelijke relatie bestaat. Zorgverzekeraars hebben op basis van de zorgplicht de taak om zorg beschikbaar te stellen aan hun verzekerden en om daarvoor zorgorganisaties te contracteren.

Uit recent onderzoek blijkt dat zorgverzekeraars moeite hebben met het inkopen van zorg op basis van kwaliteit (Stolper et al., 2019). Ook de ervaren machtsverhoudingen tussen partijen kunnen het contracteringsproces belemmeren en vertragen (Halbersma et al., 2011; Schut en Varkevisser, 2017). Als gevolg hiervan verlopen de jaarlijkse onderhandelingen vaak stroef. In het verleden zagen

we dat dit soms resulteerde in confrontaties tussen zorgverzekeraars en zorgorganisaties, die plafondafspraken en patiëntenstops gebruikten om druk uit te oefenen op de andere partij (Janssen, 2017; Skipr, 2019).

In dit artikel gaan we op basis van ons onderzoek dieper in op de complexe relatie tussen zorgorganisaties en zorgverzekeraars. We kijken specifiek naar hoe zorgbestuurders, als representant van zorgorganisaties, hun relatie met de zorgverzekeraars ervaren en waarderen in termen van macht, legitimiteit en urgentie.

Onderzoeksopzet

Het is, gezien de mate van wederzijdse afhankelijkheid, van belang om beter inzicht te krijgen in het vertrouwen dat zorgorganisaties in zorgverzekeraars hebben, de werkbaarheid van de relatie en de houdbaarheid van ieders plek in het zorgstelsel. Hoe zorgorganisaties de relatie met zorgverzekeraars ervaren en waarderen, is onderzocht aan de hand van het *saliency*-model (kader 1), ontwikkeld door Mitchell et al. (1997). In dit model wordt de relatie met de zorgverzekeraar op drie manieren gewaardeerd: op basis van ervaren macht, van legitimiteit en van urgentie.

Begin 2019 is er een vragenlijst uitgezet onder bestuurders van zorgorganisaties, in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Zorgbestuurders (NVZD). Hierbij is gebruik gemaakt van hun ledenbestand. De NVZD kende ten tijde van het onderzoek rond de 700 leden. Uiteindelijk zijn 301 respondenten meegenomen in de analyse, van wie 268 respondenten de vragenlijst volledig hebben ingevuld. Zorgbestuurders werken voor verschillende typen zorgorganisaties, die alle hun eigen regelgeving en financieringsstructuur kennen.

De organisaties in de verpleging, verzorging en thuiszorg zijn het beste vertegenwoordigd ($n = 79$), gevolgd door de ziekenhuizen ($n = 55$), geestelijke gezondheidszorg ($n = 47$), gehandicaptenzorg ($n = 35$), gecombineerde zorgorganisaties ($n = 34$) en eerstelijnszorg ($n = 19$). Om verwarring onder respondenten over de verschillende zorgverzekeraars te voorkomen, is er specifiek gevraagd naar de verzekeraar waarmee het grootste contract qua omzet over 2018 is afgesloten.

Macht, legitimiteit en urgentie

De resultaten van het *saliency*-model en de gemiddelde scores die zorgorganisaties toekennen aan zorgverzekeraars

zijn weergegeven in figuur 1. De attributen macht (7) en urgentie (6,9) worden hoger beoordeeld dan legitimiteit (5,5). Dit wil zeggen dat zorgorganisaties van zorgverzekeraars veel invloed ervaren op hun beleid (macht), en dat de eisen van zorgverzekeraars vaak direct hun aandacht vragen (urgentie), maar dat ze de invloed en de eisen van zorgverzekeraars niet vanzelfsprekend wenselijk en passend vinden (legitimiteit).

Uit een verdere analyse van de resultaten blijkt dat er significante verschillen bestaan in de waardering door bestuurders van verschillende typen zorgorganisaties. Bestuurders in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) ervaren meer invloed van zorgverzekeraars dan bestuurders in de gehandicaptenzorg. Bestuurders in de eerstelijns ervaren de eisen van zorgverzekeraars als minder passend en wenselijk dan bestuurders in de gehandicaptenzorg. Bestuurders in de verpleging, verzorging en thuiszorg geven aan dat de eisen van de zorgverzekeraars in mindere mate directe aandacht vragen (urgentie) dan van bestuurders in de eerstelijns en de ggz. Bestuurders in de eerstelijns ervaren weer meer urgentie dan bestuurders in de gehandicaptenzorg.

De verschillen kunnen grotendeels verklaard worden door de sectorspecifieke (beleids)dynamiek. De gevonden resultaten komen overeen met eerder onderzoek, waarbij er ook consequent verschillen per sector worden gevonden (Bijloos et al., 2017).

Invloed op bestuurlijke processen

Om beter inzicht te krijgen in de aard van de invloed die zorgverzekeraars uitoefenen, is er onderzocht op welke bestuurlijke processen zorgbestuurders met name invloed ervaren. Figuur 2 geeft het percentage van de respondenten weer dat aangeeft (zeer) veel invloed van zorgverzekeraars te ervaren op de onderscheiden bestuurlijke processen.

Opvallend is dat zorgorganisaties veel invloed ervaren van zorgverzekeraars met name op het gebied van financiën (73 procent). Dit is te verklaren door de invloed die contractonderhandelingen hebben op de financiële positie van de zorgorganisatie. Daarnaast is de 'bevoorschotting' door zorgverzekeraars van belang voor het in stand houden van een goede liquiditeitspositie.

Als we het percentage voor zorgverzekeraars vergelijken met de invloed die zorgorganisaties ervaren op ditzelfde aspect van een andere financiële stakeholder, namelijk de bank (kader 2), dan ligt het percentage van de zorgverzekeraar opvallend hoger (73 tegenover 37 procent). Daarnaast blijkt dat, ondanks het feit dat zorgverzekeraars het lastig vinden om zorg op kwaliteit in te kopen (Stolper et al., 2019), veel zorgorganisaties hier wel een hoge mate van invloed ervaren.

Figuur 2 laat daarnaast zien dat de ervaren invloed van de zorgverzekeraar verrekend en divers is. Deze beslaat bijna alle gebieden van de zorgorganisatie. Dit betreft niet alleen de financiële processen, maar ook de bredere strategievoering, kwaliteit van zorg en van zorgprocessen. De combinatie van de resultaten in figuur 1 en 2 roept dan ook een beeld op waarin respondenten op veel vlakken de invloed van de zorgverzekeraar ervaren, maar tegelijkertijd de legitimiteit van diens eisen in twijfel trekken.

Salience-model en vragen

KADER 1

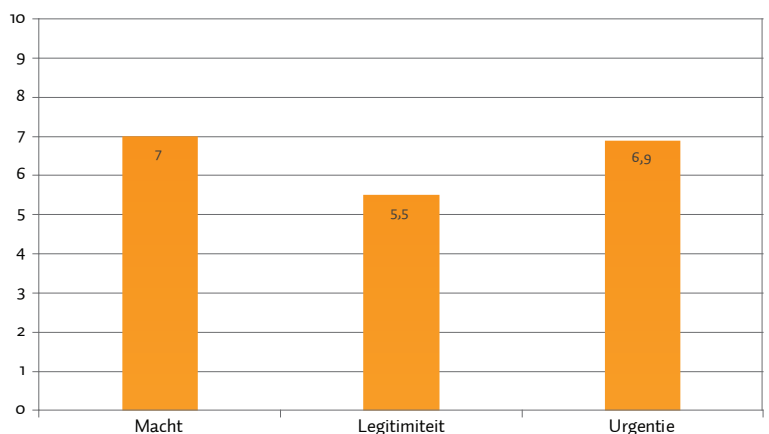
Het *salience*-model (Mitchell et al., 1997) bestaat uit drie stakeholder-attributen: macht, legitimiteit en urgentie. Samen bepalen zij de mate waarin een manager – of in dit geval zorgbestuurder – prioriteit geeft aan bepaalde stakeholders (*salience*). Hierbij geldt: hoe meer attributen, hoe hoger de prioriteit. Macht gaat specifiek over de rol van de stakeholder zelf, terwijl legitimiteit en urgentie slaan op de acties en eisen van een stakeholder. Anders dan in de originele toepassing van het model dat zich hoofdzakelijk richt op *salience*, worden in dit onderzoek macht, legitimiteit en urgentie als individuele componenten beschouwd, omdat dit een rijker beeld geeft van de waardering door zorgorganisaties.

De vragen naar macht, legitimiteit en urgentie zijn gebaseerd op vragen uit eerder onderzoek en zijn als volgt geoperationaliseerd (schaal van 1 tot 10):

1. Macht: In hoeverre heeft de bank/zorgverzekeraar invloed op de beslissingen van de zorgorganisatie waarvoor u momenteel werkzaam bent? Geef een cijfer tussen 1 (zeer weinig invloed) en 10 (zeer veel invloed).
2. Legitimiteit: In hoeverre beoordeelt u de eisen die de bank/zorgverzekeraar stelt aan de zorgorganisatie waarvoor u momenteel werkzaam bent als wenselijk/passend? Geef een cijfer tussen 1 (zeer onwenselijk/niet passend) en 10 (zeer wenselijk/passend).
3. Urgentie: In hoeverre vragen de eisen van de bank/zorgverzekeraar de onmiddellijke aandacht van de zorgorganisatie waarvoor u momenteel werkzaam bent? Geef een cijfer tussen 1 (zeer weinig urgentie) en 10 (zeer veel urgentie).

Gemiddelde macht, legitimiteit en urgentie ervaren door zorgbestuurders

FIGUUR 1



ESB

Onderzoeksresultaten banken

KADER 2

We hebben zorgbestuurders dezelfde set vragen voorgelegd over banken. Banken verschaffen zowel langlopende leningen als werkkapitaal (rekening-courant) aan zorgorganisaties. Daardoor vormen ook zij een belangrijke financiële partij, die verzeleken met de zorgverzekeraars meer op afstand van het gehele zorgstelsel staat. De resultaten wat betreft banken vormen een spiegelbeeld met die van de zorgverzekeraar. Zorgorganisaties ervaren relatief weinig macht (4,3) en urgentie (4,4) van de bank, maar kennen deze partij wel een grotere mate van legitimiteit toe (6,4). Met andere woorden, de eisen die de banken stellen, worden door zorgorganisaties ervaren als wenselijk en passend binnen het zorglandschap. Significante verschillen in de ervaringen van zorgbestuurders hebben met name

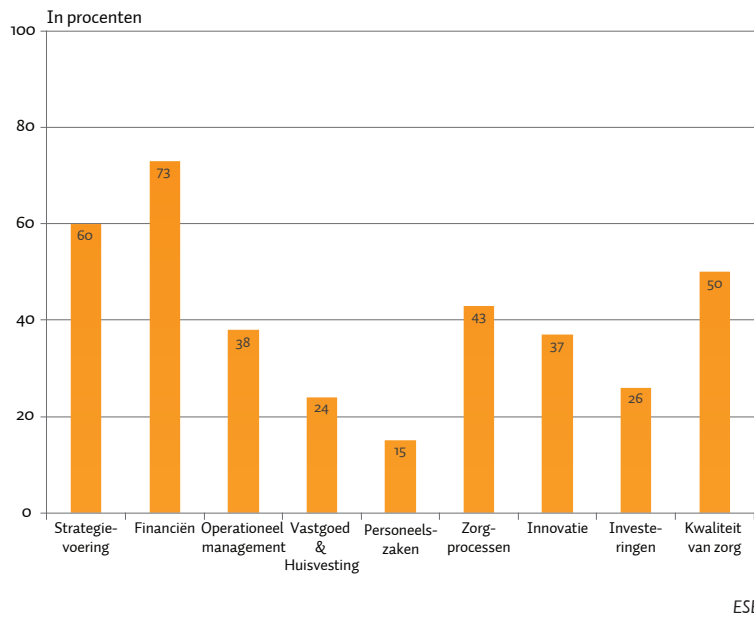
te maken met de omvang van zorgorganisaties. Grotere zorgorganisaties ervaren significant meer invloed en urgentie van de bank. Dit is wellicht te verklaren omdat het belang van banken groter is bij grote zorgorganisaties. Er is meer geïnvesteerd en er staan meer risico's op het spel. Daardoor zullen banken meer willen monitoren en meer druk uitoefenen bij de eisen die ze stellen.

In lijn met de rol van banken scoort hun invloed met name hoog op het gebied van vastgoed en huisvesting (44 procent), investeringen (38 procent) en financiën (37 procent).

Concluderend kan er gesteld worden dat zowel de rol, het belang als de expertise van de bank voor zorgbestuurders duidelijk en afgebakend is, en daarmee wordt hun legitimiteit minder betwist.

Percentage zorgbestuurders dat een hoge mate van invloed ervaart op bestuurlijke processen (n = 251)

FIGUUR 2



ESB

Conclusie en beschouwing

Hoewel de zorgverzekeraar een duidelijke taak heeft binnen het zorgstelsel, vinden zorgorganisaties en bestuurders de contractuele relatie vaak problematisch. De invloed van zorgverzekeraars is groot en omvat zowel financiële aspecten als inhoudelijke onderwerpen, bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg en de strategievoering. Deze invloed is in lijn met de wettelijk toegekende rol van de zorgverzekeraar. De resultaten laten echter zien dat de legitimiteit van hun eisen in de ogen van zorgorganisaties beperkt is. Dit kan leiden tot frictie in de interactie tussen zorgverzekeraars en zorgorganisaties, en kan aldus het onderhandelingsproces bemoeilijken en de samenwerking belemmeren.

Het takenpakket van de zorgverzekeraar maakt dat ze inherent een weinig geliefde partij zijn. Zorgverzekeraars worden namelijk geacht om zorguitgaven te drukken en kwaliteit van zorg te belonen. Echter, contracten afsluiten op basis van kwaliteit is lastiger dan op basis van kosten, en al dan niet gedwongen wederzijdse afhankelijkheden kunnen de relatie bemoeilijken.

Op basis van de beschreven resultaten uit dit onderzoek kan gesteld worden dat er onder zorgbestuurders een gebrek aan draagvlak dreigt voor de rol en de activiteiten van de zorgverzekeraar. Dit heeft niet alleen gevolgen voor het jaarlijkse onderhandelingsproces en de totstandkoming van contracten, maar ook voor de uitvoerbaarheid en werkbaarheid van het gehele zorgstelsel.

Recent hebben Groenewegen et al. (2019) en Maarse en Jeurissen (2019) onderzocht hoe het met het vertrouwen in de zorgverzekeraar gesteld is vanuit het perspectief van twee andere partijen: de verzekerden en de zorgverleners. Hun resultaten laten zien dat er een structureel gebrek aan vertrouwen in zorgverzekeraars bestaat. Ze hintten daarbij naar een legitimiteitsprobleem op de zorgverzekeringmarkt, want als het vertrouwen structureel ontbreekt,

ondermijnt dit de legitimiteit van zorgverzekeraars. Onze resultaten laten een belemmering op de zorginkoopmarkt zien, dat gecombineerd duidt op een dieperliggend probleem met gevolgen voor de uitvoering van de taken van de zorgverzekeraar.

Anderzijds observeren we dat zorgverzekeraars en zorgorganisaties steeds vaker contracten afsluiten gebaseerd op meerjarenafspraken. Dit kan het begin vormen van een nieuw relationeel evenwicht. Meerjarenafspraken bieden zorgorganisaties meer financiële zekerheid voor de toekomst. Een dergelijke langdurige overeenkomst veronderstelt bovendien een gedeelde visie tussen zorgverzekeraar en zorgorganisatie. Dit is in het bijzonder relevant wat betreft de huidige ontwikkelingen in de zorg rondom faillissementen van zorgorganisaties, de coronacrisis en een mogelijke hernieuwde rol voor de overheid in de zorg.

Literatuur

Bijloos, S., W. van der Scheer en L. van Veen-Berkx (2017) *Bestuurders in beeld: vijftien jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*. Utrecht: De Tijdstroom.

Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen (2020) *De aangekondigde ondergang: onderzoek naar de faillissementen van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen*. Rapport, maart. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.

Groenewegen, P.P., J. Hansen en J.D. de Jong (2019) Trust in times of health reform. *Health Policy*, 123(3), 281–287.

Halbersma, R.S., M.C. Mikkers, E. Motchenkova en I. Seinen (2011) Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands. *The European Journal of Health Economics*, 12(6), 589–603.

Janssen, R.T.J.M. (2017) *Het onzekere voor het zekere: tweebenig besturen in de zorg*. Oratie, 24 november. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Maarse, H. en P. Jeurissen (2019) Low institutional trust in health insurers in Dutch health care. *Health Policy*, 123(3), 288–292.

Mitchell, R.K., B.R. Agle en D.J. Wood (1997) Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts. *The Academy of Management Review*, 22(4), 853–886.

OVV (2019) *Faillissement MC Slotervaart en MC IJsselmeer-ziekenhuizen: risico's voor patiëntveiligheid*. Rapport Onderzoeksraad voor Veiligheid, 19 december. Te vinden op www.onderzoeksraad.nl.

Schut, F.T. en M. Varkevisser (2017) Competition policy for health care provision in the Netherlands. *Health Policy*, 121(2), 126–133.

Skipr (2019) *Klant VGZ kan weer zorg krijgen bij Parnassia*. Artikel op www.skipr.nl, 10 december.

Skipr (2020) *Akkoord ziekenhuizen en ZN: compensatie van alle coronakosten*. Artikel op www.skipr.nl, 3 juli.

Stolper, K.C.F., L.H.H.M. Boonen, F.T. Schut en M. Varkevisser (2019) Managed competition in the Netherlands: do insurers have incentives to steer on quality? *Health Policy*, 123(3), 293–299.

ZN (2020) *Regeling continuïteitsbijdrage*. Overzicht te vinden op zn.nl.

Zorgvisie (2020) *Bank ziet naast vragen over vangnet 'goed toekomstperspectief'*. Artikel op www.zorgvisie.nl, 9 april.