



Centrale tarieven, te veel zorg

Auteur(s):

Janssen, R.T.J.M.

Leers, Th.

Meijdam, A.C.

Verbon, H.A.A.

*De auteurs zijn verbonden aan de Katholieke Universiteit Brabant.***Verschenen in:**

ESB, 83e jaargang, nr. 4144, pagina 224, 20 maart 1998

Rubriek:**Trefwoord(en):**

gezondheidszorg

In dit artikel wordt de budgettering van ziekenhuiszorg gezien vanuit de bureaucratietheorie van Niskanen. De huidige praktijk van centrale prijsvaststelling kan beter worden losgelaten ten gunste van vrije onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders.

Sinds 1982 worden ziekenhuizen in Nederland gebudgetteerd om zo de kosten meer beheersbaar te maken. Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) stelt op basis van het totale beschikbare macrobudget jaarlijks de prijzen vast, mede op basis van de verwachte productie. De budgetten van de afzonderlijke ziekenhuizen volgen uit decentrale onderhandelingen over de productieomvang tussen individuele verzekeraars en ziekenhuizen.

Deze methode is voortgekomen uit het bekende plan-Dekker. Volgens dit plan moesten dat zorgverzekeraars meer verantwoording dragen voor kostenbeheersing. Hiervoor dienden zij sterker geprikkeld te worden om met elkaar te concurreren om de gunst van de verzekerde. De relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders moest meer het karakter van een markt krijgen. Verzekeraars zouden hun marktpositie dan kunnen versterken door gunstig in te kopen bij de zorgaanbieders. De laatsten zouden daardoor op hun beurt worden gestimuleerd om op efficiënte wijze effectieve zorg te verlenen. Volgens dit idee kon de verzekeraar als inkoper van zorg onderhandelen over volume, prijs en kwaliteit. Van dit idee is in de praktijk niet veel terecht gekomen. Het wettelijk monopolie van de ziekenfondsen is weliswaar doorbroken, maar op de regionale markten is nog steeds sprake van een bilateraal monopolie: ziektekostenverzekeraar en zorgaanbieder zijn op de regionale markt tot elkaar veroordeeld¹. Bovendien is van een vrije marktwerking geen sprake omdat de ziekenhuissector als geheel gebudgetteerd wordt en de prijzen centraal vastgesteld worden. De verzekeraars en de ziekenhuizen onderhandelen feitelijk alleen over het volume van de zorg.

In dit artikel laten we zien er hierdoor een voortdurende tendens zal zijn tot budgetoverschrijdingen op microniveau, die op macroniveau door middel van tariefdalingen gerepareerd worden. Vervolgens analyseren we de situatie die ontstaat als het COTG wordt afgeschaft en zorgverzekeraars op microniveau prijsafspraken kunnen maken met de zorgaanbieders. Hieruit blijkt dat dit leidt tot een welvaartsstijging als de verzekeraars op microniveau meer informatie hebben over de werkelijke kosten van de (ziekenhuis)zorg dan de overheid op macroniveau.

Eerst beschrijven we het huidige budgetsysteem. Daarna gaan we in op de doelstellingen respectievelijk de beschikbare instrumenten van de partijen in de markt voor ziekenhuiszorg en op de contractrelaties tussen deze marktpartijen. Daarmee wordt de basis gelegd voor de analyse van het gedrag van de marktpartijen. Tot slot vertalen we de uitkomsten van deze analyse naar aanbevelingen voor verbetering van het budgetsysteem voor ziekenhuizen en ziektekostenverzekeraars.

Het budgetsysteem

Budgettering vindt plaats op twee niveaus: macro en micro. De overheid stelt jaarlijks een macrobudget vast. Vervolgens bepaalt het COTG op basis van een gewenst volume voor de verschillende componenten van de ziekenhuiszorg, de tarieven die gebruikers en verzekeraars betalen voor de zorg.

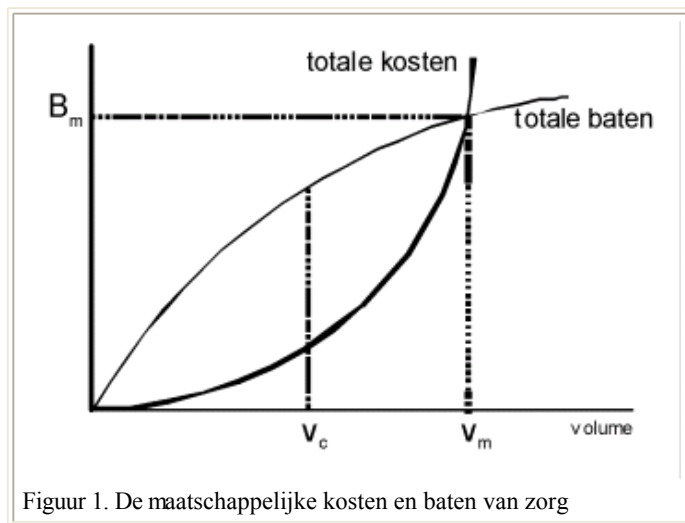
Op het micro-niveau van het individuele ziekenhuis wordt het budget bepaald door het volume (bepaald door capaciteit en verwachte productie) te vermenigvuldigen met de bijbehorende, door het COTG bepaalde, tarieven. De omvang van de volumecomponenten (en dus het ziekenhuisbudget) wordt bepaald in onderhandelingen met de verzekeraar. De capaciteitscomponent is meestal gegeven, zodat eigenlijk alleen over de productiecomponent wordt onderhandeld. De budgetsystematiek is prospectief en vast van aard, er vindt geen nacalculatie plaats. Met andere woorden, is het budget eenmaal vastgesteld dan worden deze inkomsten in principe aan het ziekenhuis gegarandeerd, ongeacht het aantal verrichtingen.

De markt voor ziekenhuiszorg

We gaan er vanuit dat de kwaliteit van zorg gegeven is, zodat we ons kunnen beperken tot volume- en prijsaspecten. De zorg wordt eenvoudigshalve als een homogeen product met een enkele prijs beschouwd.

Doelstellingen van de partijen

De beslissingen van de overheid, inclusief die van het COTG, zijn gebaseerd op een vergelijking tussen de maatschappelijke baten en de kosten van ziekenhuiszorg. De baten en kosten die de overheid (namens de verzekerden) ontleent aan een bepaald volume van zorg van een representatief ziekenhuis zijn in [figuur 1](#) weergegeven als de totale-batencurve.



De verzekeraar streeft naar het maximaliseren van zijn marktaandeel. Schadelastbeheersing is daarbij een belangrijk instrument. Een succesvolle schadelastbeheersing leidt tot een lager premieniveau, waarop de vraag naar ziektekostenverzekering zal reageren. Een potentiële verzekerde maakt immers een afweging tussen de premie die hij moet betalen en het nut dat hij aan de geboden zorg ontleent.

Ziekenhuizen, ten slotte, streven naar maximalisering van hun beschikbare budget. Zij kennen hun eigen kostenfunctie, dat wil zeggen, het is hen bekend tegen welke minimale kosten een zeker volume aan zorgvoorzieningen kan worden geleverd. De totale-kostencurve in [figuur 1](#) geeft een dergelijke kostenfunctie weer. We gaan er ook vanuit dat de gezamenlijke ziekenhuizen in staat zijn de (sociale cq. politieke) baten van ziekenhuiszorg in te schatten. Zij kennen derhalve het verloop van de totale-batencurve. De overheid heeft echter geen volledige informatie over de kosten van een bepaalde hoeveelheid ziekenhuiszorg. Er is dus sprake van asymmetrische informatie.

Contractrelaties: macroniveau

Op macroniveau, waar het budget en de tarieven worden vastgesteld, is er sprake van een relatie tussen de overheid (de minister en het COTG) enerzijds en de gezamenlijke ziekenhuizen anderzijds. Deze relatie kan gekenmerkt worden als een bilateraal monopolie: de overheid is afhankelijk van de gezamenlijke ziekenhuizen voor het leveren van de zorg en de ziekenhuizen zijn afhankelijk van de overheid voor hun budget.

Als het gemiddelde ziekenhuis zelf de hoeveelheid zorg en het bijbehorende budget zou kunnen vaststellen dan zou het zijn informatievoorsprong volledig kunnen uitbuiten. Dat kan door gebruik te maken van de wetenschap dat het totale budget dat de overheid maximaal beschikbaar wil stellen gelijk is aan de totale baten die zij aan deze zorg ontleent. Het ziekenhuis zou dan kiezen voor een hoeveelheid V_m met het daarbij behorende budget van B_m . Bij dat niveau kan het budget dat de overheid maximaal beschikbaar wil stellen aan ziekenhuiszorg precies kostendekkend worden geproduceerd.

Als de overheid volledige informatie zou hebben, zou ze op macroniveau het verschil tussen de baten en de kosten van zorg willen maximaliseren. Zij zou voor de hoeveelheid zorg V_c kiezen, waar de marginale baten van de zorg gelijk zijn aan de marginale kosten. De hoeveelheid V_c is lager dan de door het ziekenhuis te kiezen punt V_m . In dat laatste punt is er dus overproductie: dit resultaat volgt uit de bureaucratietheorie van Niskanen ².

In werkelijkheid zijn de ziekenhuizen natuurlijk niet zo dominant. Dat komt doordat de overheid via het COTG een tarief oplegt. De ziekenhuizen worden gedwongen hiermee rekening te houden en zijn daardoor, zoals we later zullen zien, niet langer in staat V_m gerealiseerd te krijgen.

Microniveau

Op microniveau, waar het volume van de zorg en het budget voor een individueel ziekenhuis wordt vastgesteld, is er sprake van een relatie tussen dat ziekenhuis en een verzekeraar. Hoewel er een flink aantal verzekeraars en ziekenhuizen is, kan deze relatie niet beschouwd worden als een relatie tussen twee partijen op een markt met volledige mededinging. Er is namelijk geen sprake van één grote markt, maar van een aantal regionale markten (de 27 gezondheidsregio's). Op vrijwel elke regionale markt is sprake van een dominante verzekeraar, namelijk het ziekenfonds dat hier tot voor kort het wettelijk monopolie had. Ook aan de aanbodzijde van de markt van ziekenhuiszorg is de afgelopen jaren een flinke concentratie opgetreden. Deze concentratie heeft er toe geleid dat in de regionale ziekenhuismarkten maar weinig aanbieders zijn en dat een verzekeraar nooit in een positie is dat hij een ziekenhuis kan uitsluiten van een contract. Hierdoor zijn de partijen sterk aan elkaar gebonden. Ook hier kunnen we dus spreken van een bilateraal monopolie.

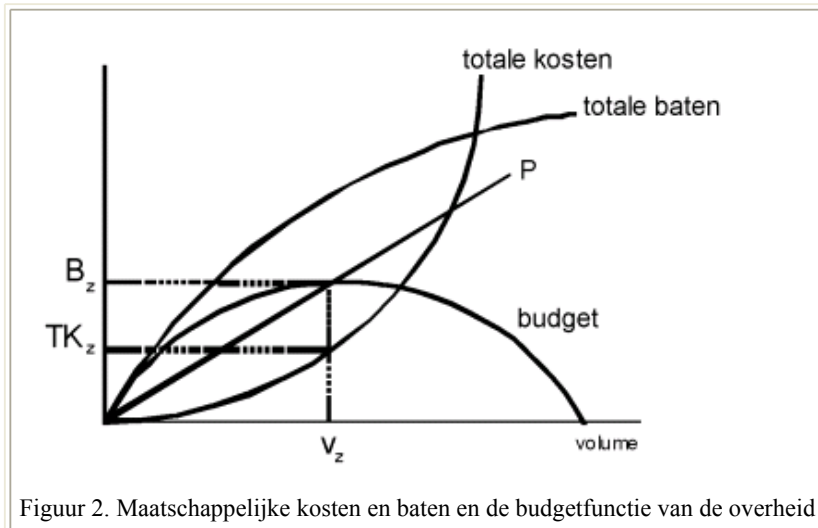
Het bureaucratiemodel met normkostenfinanciering

Omdat de overheid middels het COTG 'prijskaartjes' kan hangen aan de zorg, laat de tariefstelling op macroniveau zich goed analyseren

met behulp van het bureaucratie-model met normkostenfinanciering [3](#).

Het macroniveau

Daar de overheid de kostenfunctie niet kent, zal zij bij het kiezen van het budget en het tarief zich moeten baseren op onvolledige informatie. Het maximale budget dat de overheid aan een bepaald volume van ziekenhuiszorg wil besteden, kan als volgt bepaald worden. Bij ieder door het COTG te noemen tarief bepaalt de overheid de gewenste hoeveelheid zodanig dat de marginale baten van de zorg gelijk zijn aan het tarief [4](#). Door de (dalende) marginale baten in ieder punt met de hoeveelheid verrichtingen te vermenigvuldigen ontstaat een budgetfunctie ([figuur 2](#)), die geheel onder de totale-batenfunctie ligt. Dit volgt uit het feit dat de marginale baten kleiner zijn dan de gemiddelde baten.

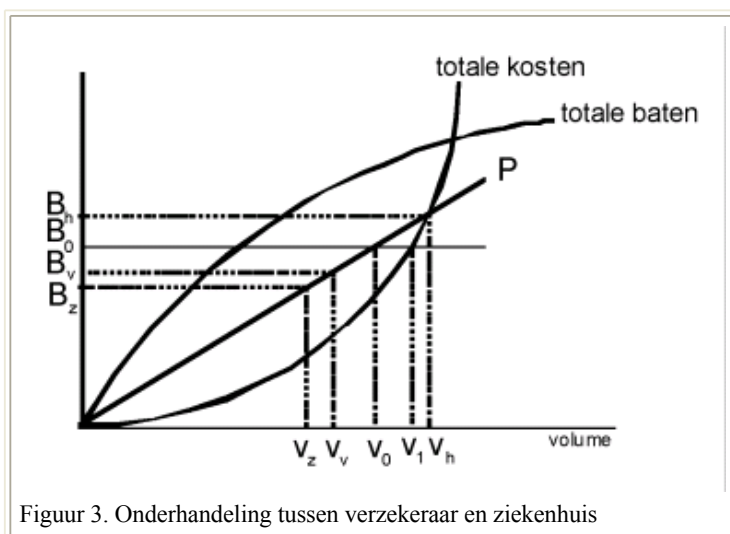


Figuur 2. Maatschappelijke kosten en baten en de budgetfunctie van de overheid

Ieder punt op deze budgetlijn correspondeert met een tarief. Bij de hoeveelheid V_z , bijvoorbeeld, is dat de helling van de lijn P. De ziekenhuizen kunnen nu gebruik maken van hun informatievoorsprong door de overheid een zodanige kostenfunctie voor te spiegelen dat de overheid (via het COTG) het door de ziekenhuizen gewenste punt op de budgetcurve kiest. Dit is natuurlijk het punt V_z dat correspondeert met het grootst mogelijke budget B_z op de budgetfunctie [5](#). Bij dit budget realiseert het gemiddelde ziekenhuis een overschot. De door de overheid verstrekte vergoeding B_z ligt immers boven de werkelijke kosten TK_z .

Het microniveau

Op microniveau wordt de onderhandelingsruimte weergegeven door [figuur 3](#). Deze figuur is (gegeven de veronderstelling van homogene ziekenhuizen) in feite een onderdeel van [figuur 2](#). Het ziekenhuis heeft, zoals gezegd, een maximaal ziekenhuisbudget tot doel dat ex ante gelijk is aan het product van het aantal verrichtingen en het op macroniveau vastgestelde tarief. Daarbij geldt vanzelfsprekend dat de totale kosten van de verrichtingen niet groter mogen zijn dan het budget. Het optimale aantal verrichtingen voor het ziekenhuis wordt dus weergegeven door V_h in [figuur 3](#). Dit volume correspondeert, gegeven het tarief, met een budget B_h dat hoger is dan het op macroniveau vastgelegde budget B_z .



Figuur 3. Onderhandeling tussen verzekeraar en ziekenhuis

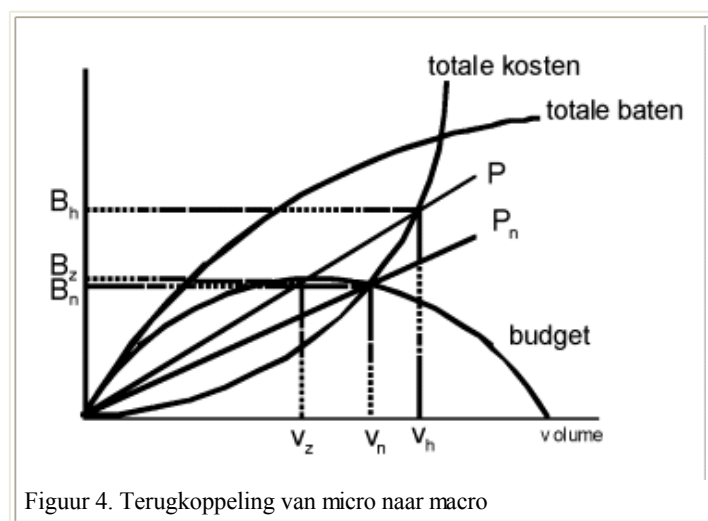
De verzekeraar zal een polis aanbieden waarbij ex ante de prijs (de premie) gelijk is aan de marginale baten. Nu is de verzekeraar verplicht het ziekenhuis het door het COTG vastgestelde tarief per verrichting te vergoeden. Hierdoor wordt hem een fictieve kostenfunctie met constante marginale kosten (het tarief) opgelegd. Gegeven deze 'kostenfunctie', namelijk de lijn P in [figuur 3](#), biedt hij een optimaal verzekeringspakket aan als hij een volume kiest waarbij de marginale baten gelijk zijn aan het tarief dat op macroniveau is bepaald. In [figuur 3](#) doet zich dat voor bij een hoeveelheid V_v en een bijbehorend budget B_v . Dit door de verzekeraar gewenste budget kan zowel onder als boven het op macroniveau vastgelegde budget liggen. In [figuur 3](#) is aangenomen dat de verzekeraar een hoger budget wenst te geven aan zorg dan de overheid.

Laten we nu aannemen dat het tussen de verzekeraar en het ziekenhuis afgesproken budget ergens tussen de door beide partijen gewenste niveau, B_v resp. B_h , uitkomt, namelijk op het niveau B_0 . Dit budget wordt achteraf niet meer aangepast als het werkelijk aantal door het ziekenhuis uitgevoerde verrichtingen afwijkt van het bij de onderhandelingen overeengekomen aantal. Hierdoor kan er voor het ziekenhuis een prikkel ontstaan om van het vooraf afgesproken aantal verrichtingen af te wijken. Bij het budget B_0 en de hoeveelheid verrichtingen V_0 is er namelijk sprake van 'slack', dat wil zeggen een (positief) verschil tussen het budget en de kosten. Het ziekenhuis kan besluiten dit bedrag te gebruiken voor het uitvoeren van extra verrichtingen. Bij het gegeven budget B_0 kunnen maximaal V_1 verrichtingen uitgevoerd worden. Het ligt voor de hand dat het werkelijk aantal verrichtingen het vooraf overeengekomen aantal zal overtreffen. Dit is namelijk in het belang van zowel het ziekenhuis als de verzekerde. Na het afsluiten van de verzekering heeft de verzekerde immers geen belang meer bij het beperken van het aanbod tot een niveau waarbij de marginale baten gelijk zijn aan de marginale kosten. Integendeel, hij zal, als hij zorg nodig heeft, een maximaal niveau van zorg wensen, ongeacht de kosten hiervan ('moral hazard'). Voor het ziekenhuis heeft een groter aantal verrichtingen twee voordelen. Ten eerste voorkomt het te grote budgetdalingen als de tarieven achteraf verlaagd worden wanneer de sector als geheel het macrobudget overschrijdt. Bovendien wordt door een groot aantal gerealiseerde verrichtingen de positie van het ziekenhuis in de volgende onderhandelingsronde versterkt. Men kan er dan op wijzen dat het eerder overeengekomen aantal verrichtingen echt onder het medisch noodzakelijke niveau ligt en dat een hoger budget noodzakelijk is. Gegeven de informatievoorsprong van het ziekenhuis is het waarschijnlijk dat de verzekeraar hieraan toegeeft en in de volgende onderhandelingsronde een groter budget toekent. Zo zal, als alles verder ongewijzigd blijft, het door de verzekeraar toegestane aantal verrichtingen in de loop der tijd steeds verder in de richting van het voor het ziekenhuis optimale aantal V_h verschuiven.

Als we de uitkomst van de onderhandelingen op microniveau vergelijken met het optimale niveau van de zorg (V_c in [figuur 1](#)) dan zien we dat, doordat op macroniveau een tarief wordt vastgesteld, op microniveau een niet optimaal zorgaanbod tot stand komt. De verzekeraar is niet in staat om eventuele informatie over de werkelijke kosten van het ziekenhuis te gebruiken. Bovendien ontstaan door deze budgetmethodiek mogelijkheden voor het ziekenhuis om het aantal verrichtingen op te voeren boven het overeengekomen aantal. De verzekeraar zal in beginsel inzien dat de marginale baten van medische zorg hierdoor dalen. Hij kan hier echter niet op reageren met een lagere prijs omdat de prijs middels het tarief op macroniveau is vastgelegd.

Terugkoppeling

Het door de verzekeraar gewenste budget kan, zoals we zagen, zowel onder als boven het op macroniveau vastgelegde budget liggen. Maar door het gedrag van de ziekenhuizen zal ook in het eerste geval op termijn door het geschetste mechanisme de som van de microbudgetten het macrobudget overschrijden. Uiteindelijk zal dan niet B_z , maar B_h op macro-niveau besteed worden ([figuur 4](#)). Op dat niveau zal op deze overschrijding van het budget gereageerd worden met een verlaging van de tarieven. Als dit proces zich een aantal malen herhaalt, zal dit uiteindelijk kunnen leiden tot een daling van de tariefcurve P naar P_n . In [figuur 4](#) zien we dat dit leidt tot een aantal verrichtingen van V_h en een budget B_n . Bij dat punt is er geen verdere prikkel tot budgetoverschrijding aanwezig. Het resulterende budget is voor de ziekenhuizen echter onaantrekkelijk. Het budget is lager en zij produceren tegen de minimaal mogelijke kosten, hetgeen betekent dat de mogelijkheid van het oplossen van onverhoopt ontstane wachtlijsten en knelpunten zal zijn afgenomen.



Figuur 4. Terugkoppeling van micro naar macro

Afschaffing COTG

Bij de huidige budgetsystematiek ontstaat dus op lange termijn het niet-optimale aanbodniveau V_h . Een alternatief voor het huidige systeem ligt voor de hand: schaf het COTG af en laat de verzekeraars ook onderhandelen over de prijs. De vraag is nu of dit tot een betere uitkomst leidt. Dit hangt geheel af van de informatie waarover de verzekeraar beschikt. Als hij voldoende informatie heeft om een goede inschatting van de kostenfunctie van het ziekenhuis te maken dan zal het volume V_c tot stand komen waarbij de maatschappelijke baten van de zorg geoptimaliseerd worden. Hierbij gaan we er vanuit dat de verzekeraar de ex ante welvaart van de consumenten maximaliseert. In dit geval is de uitkomst dus beter dan de uitkomst onder het huidige budgetsysteem.

Als de verzekeraar geen goede informatie over het verloop van de kostenfunctie heeft zal het ziekenhuis in de onderhandelingen met de verzekeraar dominant zijn. In feite hebben we dan op microniveau dezelfde situatie als in het huidige systeem in de onderhandelingen tussen het COTG en de gezamenlijke ziekenhuizen op macroniveau. Dit zal dan ook voor het gemiddelde ziekenhuis tot hetzelfde resultaat (volume V_z en budget B_z) leiden. Er zal nu echter geen neiging zijn om het volume van de zorg te vergroten en het tarief te verlagen zoals in het huidige systeem zodat ook op lange termijn het volume van de zorg gelijk aan V_z zal zijn. Vanuit welvaarts oogpunt levert een vergelijking tussen V_h en V_z geen eenduidige conclusie op. Beide punten zijn immers niet optimaal. Bij het budget B_z kan er zowel sprake zijn van over- als onderaanbod van zorg, terwijl er bij B_n eenduidig sprake is van overaanbod. Het welvaartsverlies bij B_z kan bijgevolg zowel groter als kleiner zijn als bij het budget B_n .

De vraag of het COTG afgeschaft moet worden kan dus slechts eenduidig met "ja" beantwoord worden als de verzekeraar betere informatie heeft over de kostenfunctie van het ziekenhuis dan de overheid die heeft over de kostenfunctie van het gemiddelde ziekenhuis. Dit lijkt aannemelijk, omdat een verzekeraar op basis van zijn functie veelvuldig contact heeft met het ziekenhuis en voortdurend inschattingen moet maken van mogelijke kosten van behandelingen en daar ook voortdurend informatie over ontvangt. In dat geval zullen decentrale onderhandelingen over het volume en de prijzen leiden tot minder overaanbod en een betere beheersing van de kosten van de ziekenhuiszorg.

Conclusie en aanbevelingen

Voorgaande analyse toont aan dat decentrale budgetonderhandelingen tenderen naar een totaal uitgavenniveau dat het voor de sector als geheel vastgestelde kader zal overschrijden. De daarop volgende generieke korting bevordert strategisch gedrag. Immers ziekenhuizen zullen bij de onderhandelingen zich proberen in te dekken tegen de zeer waarschijnlijke generieke korting die er volgt. Ziekenhuizen zullen wanneer het budget eenmaal vastgesteld is meer verrichtingen produceren dan vanuit een maatschappelijk oogpunt gewenst is. Dit om een goede uitgangspositie bij de onderhandelingen in de volgende periode te krijgen.

Zorgverzekeraars moeten zich in de huidige systematiek richten op de op macroniveau vastgelegde prijzen. Dat betekent dat als zij betere informatie hebben over het kostenverloop van ziekenhuiszorg dan de overheid, zij dat op microniveau niet kunnen gebruiken om een welvaartsverbetering te realiseren. Wij gaan ervan uit dat lokaal onderhandelde prijzen een betere weerspiegeling zijn van feitelijke kosten dan de op macroniveau administratief bepaalde tarieven. We stellen dan ook voor de huidige rigide tariefstelling door het COTG af te schaffen en verzekeraars de mogelijkheid te bieden om niet alleen over volume te onderhandelen, maar ook over prijzen.

1 M. Den Hartog en R.T.J.M. Janssen, Concurrentie en rivaliteit tussen ziekenhuizen, *ESB*, 1 september 1993, blz 794-799.

2 W.A. Niskanen, *Bureaucracy and representative government*, Aldine Atherton, Chicago, 1971.

3 Voor een beschrijving zie D.J. Kraan, A.C. Meijdam en H.A.A. Verbon, Verzelfstandiging gezien vanuit de bureaucratietheorie, in: N.P. Mol en H.A.A. Verbon, *Neo-institutionele economie en openbaar bestuur*, Den Haag, 1997.

4 Het punt V_m zal ze dan in geen geval kiezen omdat daar de prijs van zorg (namelijk B_m/V_m) groter is dan de marginale baten (namelijk de helling van de totale-batencurve).

5 We hebben aangenomen dat de kostencurve de budgetlijn rechts van de top snijdt, d.w.z dat de prijselasticiteit van de vraag naar ziekenhuiszorg in dit snijpunt kleiner dan 1 is. Dit lijkt empirisch het meest relevant.