

University of Groningen

De invloed van externe budgetparameters op de interne budgettering van academische ziekenhuizen

Crom, B.

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2005

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Crom, B. (2005). *De invloed van externe budgetparameters op de interne budgettering van academische ziekenhuizen: verklaringen voor verschillen in budgetteringssystemen en hun effecten*. [, Rijksuniversiteit Groningen]. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

2. De externe budgettering van academische kerntaken

2. De externe budgettering van academische kerntaken

In welke mate en waarom academische ziekenhuizen externe budgetteringsparameters toepassen in hun interne budgettering (mate van koppeling) kan pas goed worden begrepen als duidelijk inzicht bestaat in de werking van de externe budgettering. Getracht wordt dat inzicht in dit hoofdstuk te verschaffen. Externe budgettering is geen op zichzelf staand fenomeen, maar kent haar vertrekpunt in de bekostiging van de taken van het academisch ziekenhuis. Deze zullen daarom als eerste worden beschreven in paragraaf 2.1. Vervolgens zal in paragraaf 2.2 inzicht worden gegeven in de wijze waarop die taken worden bekostigd. Een belangrijk onderdeel daarvan vormt de functiegerichte budgettering, welk bekostigingssysteem de parameters bevat waarmee de mate van koppeling in dit onderzoek zal worden geoperationaliseerd. De doelstellingen van dit systeem krijgen in paragraaf 2.3 nadrukkelijk aandacht, omdat ze een belangrijke rol zullen spelen bij het vaststellen van de doelstellingen van interne budgettering in sub-paragraaf 3.2.2. De veranderende context en de spanningsvelden die daardoor ontstaan voor de functiegerichte budgettering zullen worden geschetst in paragraaf 2.4, waarna in paragraaf 2.5 de wijzigingen in het stelsel die daaruit voortkomen zullen worden besproken. Om de relatie te kunnen leggen met een typologie van interne budgetteringssystemen in sub-paragraaf 3.3.4 zal tenslotte in paragraaf 2.6 een vertaling van de parameters van het externe budget plaatsvinden naar een begrippenkader dat daarop aansluit.

2.1. De kerntaken van het academisch ziekenhuis¹

Ziekenhuizen ontstonden eeuwen geleden als gasthuizen waarbij de nadruk lag op verpleging en verzorging (care). In de 18^e eeuw ontstonden de eerste academische gasthuizen die als doel hadden een methodische denk- en werkwijze in de geneeskunst te ontwikkelen. Het academisch gasthuis was ook in eerste aanleg niet bestemd voor algemene patiëntenzorg, zoals blijkt uit een wet van die tijd. Alleen patiënten wier gezondheidstoestand van belang was voor het onderwijs werden opgenomen. Pas aan het eind van de 19^e eeuw kwam daarin verandering en werden academische gasthuizen opgenomen in het systeem van de gezondheidszorg (Fraanje en Kooiman, 1998, p.19).

Lag tot aan de tweede wereldoorlog het accent van de gasthuizen op care en onderwijs (academisch), sindsdien is de helende (curatieve) functie van het ziekenhuis in opmars gekomen, uitmondend in wat heden onder de taak van het academisch ziekenhuis wordt verstaan:

'Tot de taak van het academisch ziekenhuis behoort de patiëntenzorg en het verzorgen van de opleiding tot medisch specialist. De patiëntenzorg, waarin tevens topklinische functies en de topreferente functie zijn begrepen, staat mede ten dienste van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek van de universiteit waaraan het academisch ziekenhuis is verbonden.' (wet van het wetenschappelijk onderwijs, art.150 a).

2. De externe budgettering van academische kerntaken

Hierna zal kort worden ingegaan op deze functies. We hanteren daarbij de driedeling patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek.

a. Het verlenen van patiëntenzorg (zorgfunctie)

Drie soorten zorg kunnen worden onderscheiden:

1. Reguliere zorg.

Reguliere zorg heeft betrekking op routinematige, 'normale' zorg welke ook door algemene ziekenhuizen wordt geleverd. Deze zorg wordt ook wel aangeduid als basiszorg.

2. Topklinische zorg.

Topklinische zorg is zorg welke vanwege haar bijzonder specialistische karakter bijzondere voorzieningen (personeel, materieel) vereist. Het gaat om hooggespecialiseerde, veelal dure zorg die bestemd is voor een beperkte patiëntenpopulatie en daardoor een bovenregionaal verzorgingsbereik heeft (VWS, 2000a, p.20). Elk academische ziekenhuis levert een breed pallet aan topklinische zorg, waarbij overigens wel specialisaties per ziekenhuis kunnen optreden (zoals moge blijken uit NZi, 1998 II, bijlage I). Overigens kan met dergelijke zorg op den duur zodanige ervaring zijn opgedaan dat het een routinematig karakter krijgt en kan worden afgestoten naar algemene ziekenhuizen. Zo verlenen een twintigtal *algemene* ziekenhuizen topklinische zorg, waarvan een aantal in de Stichting Topklinische Ziekenhuizen (STZ) is verenigd. Voor het verlenen van topklinische zorg heeft zowel een academisch als algemeen ziekenhuis toestemming nodig op grond van artikel 18 van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (VAZ, 2000, p.4) en de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV, zie CTG, 2000a, paragraaf 3 en VWS, 1998, paragraaf 4). Topklinische zorg wordt in het spraakgebruik ook wel aangeduid als WBMV-zorg (met verwijzing naar de artikelen 2 en 8), een term die we in het onderzoek ook veelvuldig zullen hanteren.

3. Toppreferente zorg.

Toppreferente zorg heeft betrekking op de beschikbaarheidsfunctie van de 'last resort': patiënten die vanwege complicatie of zeldzaamheid van aandoeningen niet terecht kunnen in een algemeen ziekenhuis vallen voor diagnostiek en behandeling terug op het academisch ziekenhuis. Als gevolg van complexe pathologie vereist het verlenen van toppreferente zorg het met elkaar samenwerken van diverse specialismen. De topreferente zorg is 'supergespecialiseerde' zorg en wordt dan ook door het ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) beschouwd als uitsluitend behorend tot het domein van de academische ziekenhuizen (VWS, 2000a, p.23). Een belangrijke overweging daarbij is het doelmatig exploiteren van de dure voorzieningen welke dergelijke zorg vereist (VWS, 1998, p.16). Het gaat dus om 'bijzondere gevallen' waarvoor het academisch ziekenhuis eindpunt van verwijzing is. De toppreferente functie komt tot uitdrukking in voorzieningen als specialistische en geavanceerde laboratoria, gespecialiseerde verpleegkundigen, uitgebreide bibliotheken, aangepaste en extra operatiekamer- en intensive-care-faciliteiten, uitgebreide technische en instrumentele ondersteuning (VAZ, 1993, paragraaf 3.3).

2. De externe budgettering van academische kerntaken

b. Het verzorgen van onderwijs en opleidingen (werkplaatsfunctie)

Het academisch ziekenhuis heeft een belangrijke functie als ‘werkplaats’ voor de medische faculteiten van universiteiten. Het is primair de aangewezen plaats voor studenten om **geneeskunde te studeren in een praktische omgeving** (onderwijs). Een andere, maar hieraan verwante belangrijke onderwijstaak is het **opleiden van arts-assistenten tot medisch specialisten** (opleiding)². Het ziekenhuis functioneert, met andere woorden, als een werkplaats voor de medische faculteit van de universiteit waarmee het ziekenhuis verbonden is. Daarvoor stelt het ziekenhuis ruimte, mensen en apparatuur beschikbaar. Om de kostbare infrastructuur die dit vereist in stand te houden, worden door het ministerie van OCW middelen ter beschikking gesteld door tussenkomst van de universiteiten. Het gaat dus om de ‘meerkosten’ voor de patiëntenzorg ten gevolge van de onderwijs- en onderzoekstaak (VAZ, 2000, p.6). Overigens vindt een steeds groter deel van het onderwijs en de opleiding plaats in algemene ziekenhuizen. Zoals een divisie manager van een ziekenhuis stelt: “Je zult een verschuiving zien naar de periferie, ook omdat je in de academische ziekenhuizen soms het hele pallet niet meer ziet. Als je Kindergeneeskunde hier ziet en je zou alleen hier je opleiding doen, dan zou je denken dat ieder kind in Nederland te vroeg geboren is.”

c. Het uitvoeren van onderzoek (ontwikkelingsfunctie)

Het academisch ziekenhuis is bij uitstek ook de plaats waar via **wetenschappelijk onderzoek** en literatuurstudie vernieuwingen in de geneeskunde worden ontwikkeld en toegepast. Dit wordt aangeduid als de ontwikkelingsfunctie³. Zoals reeds eerder gesteld, worden uitontwikkelde zorgvernieuwingen vaak overgenomen door algemene ziekenhuizen.

De bovengenoemde functies vertonen een sterke onderlinge verwevenheid. Zonder uitputtend te zijn worden enkele voorbeelden genoemd. Routinematige zorg is, behoudens een doelmatige exploitatie van dure voorzieningen, met name van belang om in het kader van onderwijs studenten de mogelijkheid te bieden zich te bekwamen in het verlenen van reguliere patiëntenzorg. Zoals uit het aangehaalde wetsartikel mag blijken, staan de topklinische en topreferente functies mede ten dienste van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek. Verder is illustratief dat in VWS (1998, p.3) wordt gesteld dat de uitoefening van de topreferentiefunctie voortvloeit uit de Wet op het Hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW). VAZ (2000, p.3) formuleert het treffend als volgt: “aan het bed van de patiënt in het academisch ziekenhuis ontmoeten patiëntenzorg, opleiding en wetenschap elkaar.”

In totaliteit zijn op grond van bovenstaande zes soorten aandachtsgebieden te onderscheiden, te weten reguliere zorg, topklinische zorg, topreferente zorg, opleiding, onderwijs en onderzoek. In de praktijk vindt groepering van die aandachtsgebieden plaats, uitmondend in een definiëring van kerntaken. Meerdere definities worden daarbij gebezigd, hetgeen resulteert in drie, vier of vijf verschillende kerntaken, afhankelijk van

2. De externe budgettering van academische kerntaken

de groepering die men kiest. Aangezien het onderscheid in verschillende zorgvormen voor dit onderzoek van belang is, zullen wij uitgaan van een gangbare indeling in vijf kerntaken, aan te duiden als:

1. reguliere zorg,
2. topklinische zorg,
3. topreferente zorg,
4. onderwijs (waarmee ook opleiding wordt bedoeld) en
5. onderzoek.

2.2. Het budget van het universitair medisch centrum

De financiering (in de zin van bekostiging) van academische ziekenhuizen heeft sterke overeenkomsten met die van algemene ziekenhuizen, maar onderscheidt zich daar op een aantal punten ook wezenlijk van. Met name betreft dit aanvullende regels voor financiering met betrekking tot de onderzoeksfuncties en onderwijs. Dat neemt niet weg dat de financiering van de academische ziekenhuizen van de afgelopen tien jaar is toegroeid naar het financieringsmodel dat geldt voor de algemene ziekenhuizen waar het de reguliere en topklinische zorg betreft (NZi, 1998 II, p.13). Een andere ontwikkeling is de integratie van academisch ziekenhuis en faculteit tot een universitair medisch centrum (UMC). Deze paragraaf neemt daarom het UMC als uitgangspunt voor het budget. Desalniettemin zal vaak worden gesproken over het academisch ziekenhuis, doordat die onderdelen dan betrekking hebben op de functies en/of de financiering zoals die specifiek het ziekenhuis betreffen. Meer algemeen zal omwille van taalkundige eenvoud in deze studie vaak worden gesproken van het academisch ziekenhuis.

Zoals blijkt uit de jaarrekeningen van universitaire medische centra, bestaat het totale budget waar een UMC jaarlijks over kan beschikken uit een aantal hoofdcomponenten:

1. Externe budget
(formeel genoemd als Wettelijk budget aanvaardbare kosten, ook wel aangeduid als Toegekend wettelijk budget, CTG-budget of WTG-budget)⁴
2. Rijksbijdrage (werkplaatsfunctie en faculteit)
3. 2^e, 3^e en 4^e geldstroom
4. Overige opbrengsten

In deze componenten zijn de eerder besproken functies van het academisch ziekenhuis terug te vinden. Zoals hierna zal worden toegelicht, is voor elk van deze functies een zogenaamd toewijzingsmodel ontwikkeld op basis waarvan het budget wordt bepaald. In bijlage V is een gedetailleerde specificatie opgenomen. Een samenvattend overzicht is gepresenteerd in tabel 2.1.

2. De externe budgettering van academische kerntaken

Het **externe budget** bestaat uit een aantal componenten. Conform de indeling zoals genoemd in een convenant gesloten tussen VAZ (Vereniging van Academische Ziekenhuizen⁵) en ZN (Zorgverzekeraars Nederland) in 2000 (VAZ, 2001b), alsook in CTG (2000b, p.4) en CTG (2001b, p.2), worden de belangrijkste hierna genoemd. Voor het overige wordt verwezen naar bijlage V.

De reguliere patiëntenzorg, waartoe VWS in de aangehaalde literatuur ook de topklinische zorg rekent, is voor het academisch ziekenhuis essentieel om haar werkplaatsfunctie uit te kunnen oefenen (VWS, 1998, p.16). De bekostiging van de reguliere en topklinische zorg kent een historie met diverse breekpunten (zie Groot en Van Helden, 2003, p.272). Met ingang van 1939 kennen alle ziekenhuizen een stelsel van tarieffinanciering, waarbij de kosten van het ziekenhuis worden vergoed op basis van tarieven voor verpleegdagen en specifieke verrichtingen. Voor de academische ziekenhuizen werden de tarieven vastgesteld door de minister van het huidige OCW. Met de inwerkingtreding van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) in februari 1982 viel de financiering van de academische patiëntenzorg voortaan toe aan de minister van VWS. In 1983 werd de budgetfinanciering ingevoerd, hetgeen het einde inluidde van de open-eind financiering, zoals die werd gekend onder de tarieffinanciering. De budgetfinanciering hield in dat de ziekenhuizen een jaarlijks budget kregen (gebaseerd op een historisch kostenniveau, vandaar ook wel historische budgettering genoemd) waaruit de te verlenen zorg moest worden gefinancierd. De automatische vergoeding van activiteiten werd dus afgeschaft⁶, met dien verstande dat over groei in de topklinische productie en de consequenties daarvan voor het ziekenhuisbudget met de zorgverzekeraar wel afspraken konden worden gemaakt. Kostenstijgingen konden door deze vorm van externe budgettering door de overheid worden beheerst, terwijl eenvoudig bezuinigingsmaatregelen konden worden opgelegd. Onder andere om het budget beter aan te laten sluiten bij de kostenstructuur van het ziekenhuis werd via een tussenstap (Brederosysteem) de functiegerichte budgettering (FB-systematiek) voor de algemene ziekenhuizen in 1988 en voor de academische ziekenhuizen in 1997 ingevoerd. Deze vertraagde invoering bij academische ziekenhuizen had onder andere te maken met de problematiek van het niet aansluiten van deze bekostigingswijze op de specifieke academische zorgtaken. Onderkend werd dat het budget van het ziekenhuis beter overeen moest stemmen met de kostenstructuur van het ziekenhuis. Daartoe werden de kosten van het ziekenhuis onderverdeeld naar een aantal categorieën. In dit verband wordt verwezen naar bijlage V (onderdeel 1. Externe budget, inleidende tekst) waarin op de verschillende betekenissen van het begrip functiegerichte budgettering wordt ingegaan. De volgende kostencomponenten worden onderkend:

- Locatiegebonden kosten. Dit zijn kosten die specifiek samenhangen met een individuele instelling, zoals kapitaalslasten, energiekosten en onderhoud van gebouwen, installaties en terreinen.
- Beschikbaarheidskosten. Dit zijn de kosten die vast⁷ zijn en die worden gemaakt in verband met het in stand houden van basale functies van het ziekenhuis. Voorbeelden hiervan zijn huisvestingskosten.
- Capaciteitsgebonden kosten. Dit zijn semi-vaste kosten, i.c. kosten die op korte termijn vast zijn, maar op langere termijn variëren in verband met wijzigingen in de

2. De externe budgettering van academische kerntaken

capaciteit van het ziekenhuis. Het gaat om kosten die samenhangen met de hotelfunctie (voeding van patiënten, schoonmaak).

- Functiegebonden kosten. Net als de capaciteitsgebonden kosten zijn dit semi-vaste kosten. Ze hangen samen met de functie-uitoefening door de medisch specialist. Deze genereert namelijk kosten voor het ziekenhuis in de sfeer van behandeling, onderzoek en verzorging.
- Productiegebonden kosten. Deze kosten variëren met de omvang van de productie en zijn dus variabel. Hierbij moet gedacht worden aan personeelskosten zoals verpleging, gebruik van geneesmiddelen, verbandmaterialen en andere patiëntgebonden kosten.

Het budget op basis van deze FB-systematiek kwam voor de academische ziekenhuizen lager uit dan het oorspronkelijke budget. Het verschil, de zogenaamde 'kijkdoos'⁸, welke hierna zal worden toegelicht, is via compenserende regelgeving aan het budget toegevoegd (NZi, 1998 II, p.13; VAZ, 2001a)⁹. Omdat daarmee het gat tussen FB-budget en historisch budget per academisch ziekenhuis is gedicht met als uitgangspunt de aanvangssituatie 1997, kan men stellen dat vanaf dat moment de FB-systematiek vooral van invloed is geweest op de mutaties in het budget met ingang van 1997 en niet zozeer de absolute hoogte per 1 januari 1997. De invloed van deze parameters is in de loop der tijd toegenomen. Aangezien onderhandelingen met de zorgverzekeraar over de omvang van de reguliere en topklinische zorg invloed hebben op de hoogte van het budget, zijn de academische ziekenhuizen vanaf dat moment in staat via de component reguliere zorg de hoogte van hun budget te beïnvloeden (voor de topklinische zorg bestond die mogelijk reeds, zie hiervoor). Productiegroei die tot aan 1997 niet werd gehonoreerd (hetgeen vooral de reguliere productie betrof) leidde dus vanaf dat moment tot extra opbrengsten. Vanwege de systematiek van budgetfinanciering (het afgesproken budget en niet de werkelijke productie bepaalt de opbrengsten) zijn tot en met 2000 de risico's van het niet realiseren van de productie voor het lopende jaar nihil. Daarin is met de invoering van de nacalculatie (het zogenaamde boter-bij-de-vis principe) in 2001 op het productiegebonden deel van het ziekenhuisbudget drastisch verandering gekomen. De functiegerichte budgettering krijgt dan weer een open-eind karakter, of, zoals een academisch ziekenhuis het in een intern document formuleert: "het tijdperk van het werken met een vast budget voor de patiëntenzorg is voorbij." Vanaf dat moment wordt alleen gerealiseerde productie vergoed (CTG, 2001c, p.6). Bovendien worden de tarieven voor de productieparameters verhoogd. De reden voor deze maatregelen is dat de overheid tracht productie te stimuleren (lees: wachtlijsten weg te werken). Daarmee is de invloed van de FB-parameters sterk toegenomen, omdat ook de lopende exploitatie c.q. die van het vorige jaar (afrekening) wordt beïnvloed. Zowel de kansen als de bedreigingen zijn in financieel opzicht toegenomen.

De reguliere productie wordt uitgedrukt in de parameters gewogen opnamen, verpleegdagen, dagverplegingen, gewogen 1e polikliniekbezoeken en enkele specifieke verrichtingen die tot de reguliere zorg worden gerekend. De topklinische zorg wordt uitgedrukt in specifieke verrichtingen. Deze parameters en verrichtingen worden vermeningvuldigd met landelijk vastgestelde parameterwaarden. Voor de reguliere productieparameters zijn die waarden gepresenteerd in tabel V.3 aan het slot van

2. De externe budgettering van academische kerntaken

bijlage V. De tarieven voor opnamen en 1^e polikliniekbezoeken worden vermenigvuldigd met een wegingsfactor per specialisme. Een specificatie daarvan is opgenomen in tabel V.2 van bijlage V. Met die wegingsfactor wordt getracht tegemoet te komen aan kostenverschillen tussen specialismen. Aangezien de hoogte van die wegingsfactor sterk uiteenloopt per specialisme leidt dat tot grote verschillen in vergoedingen voor opnamen en 1^e polikliniekbezoeken.

De ‘kijkdoos’ is beter bekend als de zogenaamde academische component of het academisch budget. Deze middelen zijn bestemd voor “alle extra kosten die een ziekenhuis moet maken voor het uitvoeren van zijn taken op het terrein van de gezondheidszorg. Deze taken zijn de behandeling van topreferente patiënten, de ontwikkel- en innovatiefunctie van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling, alsmede de opleidingskosten” (CTG, 2004d). Het academisch budget is daartoe in 2004 eenmalig onderverdeeld in deze drie componenten. Hierna zal nog blijken dat voor de ontwikkelings- en werkplaatsfunctie ook andere financieringsbronnen beschikbaar zijn. Bedacht dient te worden dat de specifieke vergoedingen voor topklinische en topreferente zorg betrekking hebben op de financiering van extra-kosten van de betreffende zorg, aangezien beide categorieën ook mutaties (en daarmee vergoedingen) genereren in de reguliere productieparameters. Ook met de andere componenten van het FB-budget worden ziekenhuisvoorzieningen gefinancierd die mede ten behoeve van topklinische en topreferente zorg worden aangewend.

Verder zijn nog enkele specifieke componenten in het externe budget te onderkennen. Zo worden apart de honorariumkosten van medisch specialisten onderscheiden. Ook is er een lokale component, de zogenaamde lokale productiegebonden toeslag. De overheid tracht namelijk zorgvernieuwing te stimuleren door met ingang van 2000 de zorgverzekeraar en het ziekenhuis toe te staan afspraken te maken over zorgvernieuwingsinitiatieven, waarvan met ingang van 2001 de kosten maximaal 2% (in specifieke gevallen 5%) mogen bedragen van het productiegerelateerde budget (CTG, 2001c, p.7). Hieruit kunnen zorgvernieuwingsprojecten worden bekostigd die niet uit de andere budgetcomponenten kunnen worden gefinancierd, bijvoorbeeld doordat het om typisch lokale problematiek gaat.

De **Rijksbijdrage** bestaat uit twee componenten, die met de fusering van het academisch ziekenhuis en de faculteit tot UMC ineen zijn geschoven. De eerste component betreft de middelen die het ministerie van OCW beschikbaar stelt voor de faculteit Medische Wetenschappen (Geneeskunde). De tweede betreft een bijdrage van het ministerie van OCW aan het academisch ziekenhuis voor het uitoefenen van de werkplaatsfunctie voor onderwijs en onderzoek, zoals beschreven in paragraaf 2.1. De financiering vindt plaats op basis van het Rijksbijdragemodel (RBM). Tot 1997 hadden universiteiten nauwelijks invloed op de besteding van die middelen. Zij hadden het gevoel slechts als doorgeefluik te fungeren, terwijl die besteding van grote invloed is op het medisch onderwijs en onderzoek. Ook het ministerie van OCW vond dit een onwenselijke situatie, mede in het kader van de verantwoording. Uit de jaarrekeningen van academische ziekenhuizen was

2. De externe budgettering van academische kerntaken

nauwelijks te achterhalen hoe deze OCW-gelden werden besteed. Deze bezwaren hebben ertoe geleid dat in de jaren 90 een evaluatie en herijking van het financieringsmodel heeft plaatsgevonden. Per 1 januari 1997 is een nieuw model ingevoerd (Besluit WHW 1996), waarbij de criteria voor onderwijs en onderzoek zijn aangescherpt. Op basis van die criteria moeten ziekenhuis en universiteit een plan maken waarin de samenwerking meer wordt geëxpliciteerd. Het doel van dit plandocument is afspraken te maken tussen universiteit en academisch ziekenhuis over de taken en inspanningen van het ziekenhuis, alsmede de bekostiging daarvan. Dat heeft ertoe geleid dat voor de bekostiging van universiteiten en academische ziekenhuizen gedeeltelijk gebruik wordt gemaakt van dezelfde parameters met betrekking tot onderwijs en onderzoek. Het streven is veranderingen in het model van de universiteiten ook van toepassing te laten zijn op academische ziekenhuizen (VWS, 1998, p.15). Volgens de opvatting van VAZ (2001a) komt de huidige situatie toch nog vooral neer op het rechtstreeks doorsluizen van middelen zonder dat universiteiten hier een grote rol in spelen en heeft de financiering vooral een 'lumpsum'-karakter.

De **2^e, 3^e en 4^e geldstroom** hebben betrekking op onderzoeksmiddelen die niet via directe financiering door de ministeries van VWS en OCW worden verkregen (zogenaamde 1^e geldstromen). De 2^e geldstromen hebben betrekking op voorwaardelijke geldstromen van het ministerie van OCW voor de realisatie van bepaalde ontwikkelprojecten (waarvoor de middelen beschikbaar worden gesteld via het NWO, de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek). De 3^e geldstromen betreffen bijdragen uit niet-commerciële (collectebus)fondsen (zoals de Hartstichting). De 4^e geldstroom tenslotte heeft betrekking op middelen verkregen van commerciële instellingen. Het onderscheid tussen 3^e en 4^e geldstroom wordt in de praktijk niet consequent gehanteerd, i.c. beide worden dan aangeduid als 3^e geldstroom (AZG, 2001).

Zogenaamde **overige opbrengsten** hebben meer een administratief dan beleidsmatig karakter. Tot de overige opbrengsten kunnen worden gerekend geldstromen uit hoofde van verrichtingen verleend ten behoeve van derden (zoals huisartsen, zogenaamde WDS-inkomsten), andere dienstverlening ten behoeve van derden (zoals vertrekken van maaltijden, administratieve diensten) en WAO- en ziektegeden.

Zijn bovenstaand diverse budgetcomponenten onderscheiden, het is in de praktijk moeilijk vast te stellen of ze ook daadwerkelijk worden besteed aan het doel waarvoor ze zijn verstrekt. De grenzen tussen de genoemde kerntaken van een academisch ziekenhuis zijn niet scherp af te bakenen vanwege de sterke onderlinge verwevenheid zoals in de vorige paragraaf is geschetst. Een arts in een ziekenhuis merkt dan ook op: "De verschillende geldstromen zijn voor een deel communicerende vaten." Deze verwevenheid maakt het erg lastig de financiering adequaat op de diverse functies af te stemmen. Zoals reeds gesteld in paragraaf 1.2.4 nemen we daarom het totale budget van divisies en afdelingen in beschouwing als onderwerp van onderzoek. Daarbij concentreren we ons wel op die componenten die betrekking hebben op de zorgverlening, aangezien we koppeling vooral willen beschouwen in het licht van veranderingen in de financiering van de zorg (DBC's).

2. De externe budgettering van academische kerntaken

In de volgende paragrafen van dit hoofdstuk zullen we ons daarom beperken tot de functiegerichte budgettering. Mutaties in het externe budget waar het de zorgverlening betreft worden vooral bepaald door de variabele grootheden, te weten de variabele productieparameters (zie vetgedrukte regels in tabel 2.1). De overige zorgparameters hebben een meer vast karakter en muteren nauwelijks. **De mate van koppeling wordt daarom in deze studie geoperationaliseerd aan de hand van deze productieparameters.** Alhoewel strikt gesproken niet helemaal juist, zullen we de parameters opnamen, verpleegdagen, 1^e polikliniekbezoeken en dagverplegingen aanduiden als reguliere productieparameters en de diverse topklinische en overige niet-topklinische verrichtingen waar aparte bekostigingsafspraken voor gelden zoals knieën, heupen en cataractoperaties¹⁰, scharen onder de term topklinische verrichtingen of WBMV-verrichtingen.

2.3. De doelstellingen van de functiegerichte budgettering

De FB-systematiek is een instrument dat door de overheid wordt toegepast om het budget van ziekenhuizen te bepalen. De volgende doelstellingen kunnen daarbij worden onderscheiden:

1. **Macro kostenbeheersing** is een belangrijke doelstelling. Voorkomen moet worden dat een open-eind financiering ontstaat. Dit tracht de overheid te bereiken door macrokaders te stellen aan de toegestane kostengroei. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat hun afspraken binnen die kaders passen.
2. Door invoering van de FB-systematiek wordt de ziekenhuisfinanciering **relatief eenvoudiger**, waardoor de uitvoering ervan minder overheadkosten meebrengt (NZi, 1998 II, p.23; Fraanje en Kooiman, 1998).
3. Op individueel instellingsniveau moet het financieringssysteem **flexibiliteit** bieden om in te springen op lokale omstandigheden. Dit tracht de overheid tot uitdrukking te brengen door een deel van het budget te variabeliseren met behulp van productieparameters, over de hoogte waarvan zorgverzekeraar en ziekenhuis afspraken kunnen maken (NZi, 1998 II, p.7 en 23). Inspringen op lokale omstandigheden betekent met name dat wordt getracht aan te sluiten bij lokale behoeften, dus lokaal **beleidsmatig wenselijke zorg**.
4. De budgettering moet leiden tot een **reële vergoeding voor gemaakte kosten**. De overheid tracht dit te bereiken door aan te sluiten bij de specifieke ziekenhuisfuncties en hiervoor adequate financieringsparameters te selecteren (NZi, 1998 II, p.7 en 23). Mutaties in de kosten van het ziekenhuis kunnen dan ook een adequatere vertaling krijgen in de financiering.
5. Het systeem moet **doelmatigheid bevorderen** door ondoelmatigheid niet te belonen. Ondoelmatige productie (in de zin van verrichtingen) moet worden voorkomen door standaardvergoedingen af te spreken op het niveau van productieparameters (zoals opnamen).
6. Het systeem moet doelmatige **productie stimuleren** door middel van nacalculatie.

2. De externe budgettering van academische kerntaken

De FB-systematiek is met ingang van 1997 ingevoerd bij de academische ziekenhuizen. Alhoewel men zich bewust is van de beperkingen van die systematiek heeft de overheid de voordelen zwaarder laten wegen (NZi, 1998 II, p.14). Getracht wordt de hiervoor beschreven doelstellingen van de FB-systematiek te realiseren, zoals het budget (financiering) beter op de kosten van het ziekenhuis te laten aansluiten (NZi, 1998 II, p.7 en 23). Daarnaast spelen ook andere doelstellingen een rol. Door de academische ziekenhuizen **beter vergelijkbaar** te maken met algemene ziekenhuizen, wordt getracht concurrentie en daarmee doelmatigheid te bevorderen (NZi, 1998 II, p.7 en 23; VWS, 1998, paragraaf 5; VAZ, 1993, paragraaf 3.2). Verder moet de toepassing van de FB-systematiek de overstap van de academische ziekenhuizen naar de toekomstige **DBC-systematiek** faciliteren.

In meer algemene termen gesproken tracht de overheid de academische ziekenhuizen **beter 'accountable'** te maken (inzicht geven in de kosten van producten, de daarvoor verkregen middelen en afrekenen op de werkelijk geleverde productie). Niet alleen de overheid en zorgverzekeraars hebben belang bij dergelijk inzicht. Ook de academische ziekenhuizen hebben behoefte aan duidelijkheid. Zo stelt VAZ (2000), dat "ongespecificeerde budgetten ongespecificeerde besnoeiingen op het budget kunnen uitlokken". Met name wordt gevreesd dat in de bezuinigingsdrift de topreferente functie wordt gemarginaliseerd, hetgeen men wenst te voorkomen door deze component expliciet zichtbaar te maken. Ook wordt gevreesd voor een oneerlijke concurrentiepositie ten opzichte van de algemene ziekenhuizen als gevolg van de dure topreferente functie. Daarom moet bij de toepassing van de FB-systematiek rekening worden gehouden met de oorzaken van de hogere kosten van academische ziekenhuizen, zijnde de grotere complexiteit van patiënten, de multidisciplinariteit in het academisch ziekenhuis, de opleidings-, onderzoeks- en onderwijsstaak van de medisch specialist en de grotere technische mogelijkheden (NZi, 1998 II, p.21).

Aan de eerder genoemde opsomming van doelstellingen wordt daarom toegevoegd:

7. Het toepassen van de FB-systematiek bij academische ziekenhuizen moet een **overstap** van deze ziekenhuizen **naar de DBC-systematiek** bevorderen.

Verder wordt doelstelling 6 enigszins aangepast, te weten (zie cursivering):

6. Het systeem moet doelmatige **productie stimuleren** (bijvoorbeeld door middel van nacalculatie *en vergelijking / concurrentie*)

Zoals in hoofdstuk 3 nog nader wordt verantwoord, zal worden nagegaan in hoeverre academische ziekenhuizen zich door deze doelstellingen hebben laten leiden bij het toepassen van externe budgetparameters in hun interne budgettering.

2. De externe budgettering van academische kerntaken

2.4. De functiegerichte budgettering achterhaald door een veranderende omgeving

Er zijn diverse ontwikkelingen te onderkennen die het stelsel van functiegerichte budgettering onder druk hebben gezet. Zonder volledig te willen zijn, spelen de volgende een rol:

- De technologische ontwikkeling (zowel waar het gaat om medische techniek als geneesmiddelen) maakt het mogelijk steeds meer ziektebeelden te bestrijden, c.q. de gevolgen van ziektebeelden te verlichten en fatale gevolgen uit te stellen. Niet alleen leidt dat tot vergrijzing en meer zorgconsumptie (zie het volgende punt), maar nieuwe technologie is in de meeste gevallen ook kostbaar. Ontwikkelingskosten moeten worden terugverdiend. Slechts in een beperkt aantal gevallen is sprake van substitutie van bestaande dure zorg voor goedkopere nieuwe.
- De samenleving vergrijst. Mensen worden, mede dankzij technologische ontwikkeling, ouder. Niet alleen neemt daardoor het aantal ouderen toe, ook de zorgconsumptie neemt daardoor meer dan evenredig toe. Naarmate men ouder wordt, consumeert men per levensjaar meer zorg als gevolg van toenemende risico's van ziektes, die vaak ook nog worden gekenmerkt door comorbiditeit (meerdere aandoeningen) en/of een chronische aard¹¹.
- De samenleving eist meer zorg op. Patiënten worden mondiger, zijn steeds beter geïnformeerd via patiëntenverenigingen of internet en eisen die mogelijkheden op, desnoods (en succesvol) via de rechter.
- Deskundig personeel is duur, zeker als het schaars is. Algehele krapte op de arbeidsmarkt heeft consequenties voor de lonen in de zorg. Maar ook verdergaande technologische ontwikkeling stelt nieuwe eisen aan personeel dat daardoor duurder wordt vanwege opleidingskosten en hogere loonschalen.

De gevolgen van deze ontwikkelingen zijn evident. De vraag naar zorg stijgt, terwijl de voorzieningen en de beschikbaarstelling van middelen daarmee geen gelijke tred houden. Dat heeft mede geleid tot het ontstaan van wachtlijsten, hetgeen in een welzijnsstaat als Nederland als onaanvaardbaar wordt beschouwd. Om dit politiek gevoelige probleem op te lossen, zijn aan het begin van deze eeuw veel extra middelen aan de zorg toegekend, welke vervolgens door het verslechterende economische klimaat in 2003 en 2004 zijn gevolgd door kortingen op de ziekenhuisbudgetten (CTG, 2003a). Gelijktijdig is de beeldvorming sterker geworden dat ziekenhuizen en medisch specialisten ondoelmatig functioneren. Door de stijgende kosten van de zorg neemt de maatschappelijke roep om verantwoording over de mate waarin middelen doelmatig zijn besteed toe. De druk op de ziekenhuizen is steeds meer opgevoerd om hun efficiency te vergroten. De terughoudendheid van de overheid om de financiële kaders te verruimen of sterker nog, het opleggen van bezuinigingen door de overheid, wordt door de voorzitter van de RvB van een academisch ziekenhuis als volgt verklaard naar aanleiding van de Miljoenennota 2004: "Er wordt vanuit gegaan dat de (bezuinigings)maatregelen worden opgevangen door efficiencyvergroting en marktwerking." Om dat laatste mogelijk te maken zal de externe budgettering sterk moeten worden gewijzigd, doordat de huidige FB-systematiek weinig transparant is en 'geen inzicht geeft in de realisering van beleidsuitgangspunten

2. De externe budgettering van academische kerntaken

van de zorg, zoals kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid' (VWS, 2001, p.2). Dat frustrereert bovendien goede onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis over prijs en kwaliteit (VWS, 2000a, p.25; VWS, 2001, p.2).

Afgezien van het feit dat geen enkele financieringssysteem waarschijnlijk in staat zou zijn geweest de kosten van de groeiende vraag naar zorg binnen de gestelde macrokaders te beteugelen, bestaat de indruk dat de FB-systematiek niet tijdig en adequaat is aangepast aan veranderende omstandigheden. Zoals een financieel directeur stelt: "Rekenregels passen zich wat traag aan." Uit een onderzoek van de Rekenkamer blijken diverse beperkingen, waaraan hierna zal worden gerefereerd (ZorgVisie, 2000). De FB-systematiek stimuleert doelmatigheid en zorgverbetering niet, maar frustrereert ze zelfs. In dit verband is één van de belangrijkste beperkingen dat ze te sterk is gericht op het vergoeden van klinische activiteiten in plaats van het vergoeden van de genezing van de patiënt, los van de wijze of locatie van behandeling (De Groot en Van Lisdonck, 2000, p.18). Dit probleem is in de loop der tijd steeds pregnanter geworden door ontwikkelingen in de zorg (zorgvernieuwing), met name als gevolg van technologische ontwikkeling. Daardoor is het mogelijk klinische zorg (opnamen en verpleegdagen) te substitueren voor dagverpleging (ééndagsopnamen) en poliklinische zorg (De Groot en Van Lisdonck, 2000, p.5). Het ziekenhuis wil aan dergelijke ontwikkelingen graag meewerken, omdat het vooruitgang in de zorg betekent en door patiënten wordt gewaardeerd. Echter het ziekenhuis werd lange tijd op twee manieren financieel ontmoedigd om deze ontwikkelingen te volgen. Ze moet investeren in nieuwe (en vaak additionele) technologie, hetgeen vaak tot hogere kosten leidt. Bovendien lopen de opbrengsten terug, omdat de vergoeding voor een dagverpleging (dagverpleging-1) of een poliklinische behandeling veel lager is dan voor een klinische opname (zie tabel V.3 van bijlage V). De problemen worden nog versterkt doordat de vergoedingen (de hoogte van de parameterwaarden) achterhaald zijn, omdat ze niet zijn aangepast aan nieuwe technieken en er generieke verlagingen in het kader van bezuinigingen op zijn toegepast (De Groot en Van Lisdonck, 2000, p.18). Met de invoering van de parameter zware dagverpleging (dagverpleging-2) in het jaar 2003 wordt enigszins aan de geconstateerde onevenwichtigheden tegemoet gekomen.

Niet alleen de reguliere productieparameters sluiten niet goed aan op de realiteit. Ten aanzien van de topklinische parameterisering kan worden gesteld dat er geen consistente lijn lijkt te zitten in het benoemen welke zorg wel of niet als topklinisch moet worden aangemerkt, laat staan dat de financiering hierop aansluit. Tenslotte gaat het hier vaak om dure zorg. Ook voor de erkenningen geldt dat deze zich richten op de instandhouding van (klinische) capaciteiten en dat ook deze parameters (met name de erkende bedden) door de tijd zijn achterhaald. Een extra bezwaar dat aan de erkenningen kleef is dat deze op historie zijn gebaseerd. De vraag is of dat een reëel uitgangspunt is voor vergoedingen (NZi, 1998 II, p.8 en 14).

Hebben alle ziekenhuizen met deze tekortkomingen te maken, de academische ziekenhuizen hebben ook nog met andere ontwikkelingen te maken die hun financiële mogelijkheden onder druk zetten. Eén daarvan is een direct gevolg van het niet adequaat

2. De externe budgettering van academische kerntaken

vergoeden van de kosten van zorg. Dat leidt ertoe dat algemene ziekenhuizen dure zorg op academische ziekenhuizen afwentelen. Een arts uit een academisch ziekenhuis heeft eerder in een groot algemeen ziekenhuis gewerkt. Hij schetst zijn ervaringen: “In ons specialisme hebben wij al heel lang tariefdalingen. Dat zie je ook heel duidelijk, want alles moet efficiënter. Wij zijn er al vanaf 1989 mee geconfronteerd. Ik kreeg overproductie en dan kreeg je tariefskorting, want het moest binnen het volumebudget. (...) Al die artsen kregen niet dezelfde mate van hypotheekdaling. Dus wilden die aan hun verplichtingen voldoen, dan nog maar meer volume gaan draaien. Wil je dat tuchtrechtelijk nog enigszins veilig kunnen doen, dan betekent dat dat daarmee de jacht op de minst arbeidsintensieve en minst risicovolle patiënt werd geopend om aan je budgetparameters te voldoen met zo kort mogelijke tijd en zo weinig mogelijk financiële inspanning. Wat ik wel eens polariserend noem: de jacht op patiënt X (de arts noemt een financieel gunstige patiënt, BC) werd daar mee geopend. Want zou je bijvoorbeeld iemand binnenlaten als een patiënt Y (de arts noemt een dure OK-patiënt, BC), waarbij je dus een diagnostisch voortraject hebt dat meer eist dan patiënt X, een behandeltraject dat meer eist dan patiënt X, een postoperatief traject dat meer eist dan patiënt X, al is het alleen maar het aantal brieven dat je daarover moet schrijven, dan ben je een dief van je eigen portemonnee als perifere dokter om niet te zeggen: die stuur ik naar een academisch centrum. (...) Je kunt wel zeggen (als academisch ziekenhuis, BC): ik wil die kostbare ontstekingen niet hebben, want één patiënt eet 1% van mijn apotheekbudget op, dus 100 van die patiënten en ik ben mijn hele apotheekbudget kwijt, maar de periferie stuurt ze naar hier.” Dit beeld wordt bevestigd door een manager bedrijfsvoering uit een ander ziekenhuis, die wijst op praktijken waarbij artsen in algemene ziekenhuizen geen diagnose stellen bij patiënten waarvan ze het vermoeden hebben dat die diagnose wel eens tot een duur behandeltraject zou kunnen leiden. Onder het motto dat ze geen raad weten met de patiënt wordt hij dan doorgestuurd naar een academisch ziekenhuis. Kortom, krapte als gevolg van inadequate financiering kan leiden tot risicoselectie en kostenafwenteling op academische ziekenhuizen. Of het hier gaat om incidenten of om een significante problematiek is niet bekend. In dit verband hoeft het in ieder geval geen verwondering te wekken dat veel academische ziekenhuizen de hoop koesteren dat DBC's de kosten van zowel algemene als academische ziekenhuiszorg beter zullen vergoeden. Een andere ontwikkeling heeft te maken met de beschikbare middelen voor onderzoek. Niet alleen ziekenhuizen hebben te maken met het stringente begrotingsbeleid van de overheid, ook de farmaceutische industrie voelt die hete adem in de nek. De toenemende druk op vergoedingen voor geneesmiddelen leidt ertoe dat de industrie minder middelen aan academische ziekenhuizen beschikbaar kan stellen voor onderzoek. Voorts leidt het minder gunstige economische klimaat tot geringere opbrengsten van collectebusfondsen, waardoor deze stichtingen ook minder middelen voor onderzoek beschikbaar kunnen stellen. Door deze ontwikkelingen neemt de druk op 3^e en 4^e geldstromen toe.

Concluderend kan worden gesteld dat de huidige FB-systematiek door ontwikkelingen in de zorgverlening zelf is achterhaald en dat de noodzaak tot verandering steeds groter is geworden. De overheid, i.c. het ministerie van VWS, is van deze noodzaak doordrongen en heeft diverse plannen voor verbetering van de financiering en organisatie van de zorg

2. De externe budgettering van academische kerntaken

laten ontwikkelen. Op de beoogde veranderingen wordt in de volgende paragraaf ingegaan.

2.5. Het nieuwe gezicht van de ziekenhuisfinanciering: DBC's

Zowel de academische als algemene ziekenhuizen staan op de drempel van een nieuw tijdperk waar het de bekostiging van de ziekenhuiszorg betreft. Jarenlang is door diverse partijen gewerkt aan de ontwikkeling van zogenaamde diagnose-behandeling-combinaties (DBC's). Een DBC is het geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in de zorginstelling consulteert (CTG, 2004a). Een DBC omvat alle activiteiten, van het eerste consult of onderzoek tot en met de laatste (poliklinische) controle, van zowel medisch specialist als het ziekenhuispersoneel, van zowel diagnostische als behandelactiviteiten. DBC's wijken onder andere af van zogenaamde DRG's (Diagnosis Related Groups) doordat die laatste slechts klinische activiteiten in beschouwing nemen. Aan een DBC is een vergoeding voor de specialist (het honorarium) en voor het ziekenhuis gekoppeld. De bekostiging van ziekenhuis- en medisch-specialistische zorg geschiedt dan niet langer op basis van aanbodgerelateerde parameters, maar op basis van vraaggerelateerde, integrale productprijzen (VWS, 2001, p.3).

De doelstellingen die de overheid met de toekomstige invoering van DBC's beoogt komen in belangrijke mate overeen met de doelstellingen van de invoering van de FB-systematiek, zij het dat DBC's als een beter middel worden beschouwd om die doelstellingen te realiseren. Samengevat worden bij de bespreking van DBC's vaak de volgende doelstellingen genoemd:

- Het verstrekken van een **adequate vergoeding** voor geleverde zorg, zowel voor het ziekenhuis als de medisch specialist.
De invoering van DBC's is primair gericht op de bekostiging van ziekenhuizen en de honorering van medisch specialisten. De voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten benoemt in dit verband het herstel van de relatie tussen inkomen en werklast bij medisch specialisten (loon naar werken). De minister van VWS benadrukt het oplossen van onverklaarbare inkomensverschillen tussen specialisten en specialismen, i.c. inkomensharmonisatie (zie DBC, 2000b).
- Het stimuleren van (doelmatige) **productie**.
Door de vergoedingen voor het ziekenhuis en de medisch specialist te koppelen aan daadwerkelijk geleverde productie stimuleert het stelsel productievergroting (het wegwerken van wachtlijsten).
- Het beter op elkaar **afstemmen van zorgvraag en zorgmiddelen**.
Belangrijk is dat DBC's de zorgverzekeraar inzicht geven in het zorgproces en hem daarmee een instrument geven producten en prijzen met elkaar te vergelijken (VWS, 2001, p.3; DBC, 2000b). Het maakt het de zorgverzekeraar mogelijk zorgvraag en zorgaanbod beter op elkaar af te stemmen en daardoor zijn wettelijk zorgplicht te effectueren.

2. De externe budgettering van academische kerntaken

- Stimuleren van **doelmatigheid en kwaliteitsverbetering** bij de zorgaanbieders. Vergelijking en benchmarking (zowel door zorgverzekeraars als zorgaanbieders) leidt tot discussies over de meest adequate wijze van zorgverlening en daarmee tot hogere kwaliteit en doelmatigheid. Daarmee kan tevens een bijdrage worden geleverd aan de ontwikkeling van protocollering (VWS, 2001, p.3; DBC, 2000a en b).
- Verbeteren van **capaciteitsplanning en middelenallocatie** (budgettering). Inzicht in beslag op capaciteiten kan vertaald worden naar een beslag op (financiële) middelen, waarmee een relatie is gelegd met de interne budgettering (Headline 2003, p.18).

Als deze doelstellingen worden vergeleken met die welke worden nagestreefd met de FB-systematiek, dan zijn er in feite geen wezenlijke verschillen (zie paragraaf 2.3). Het verstrekken van een adequate vergoeding is reeds vermeld als doelstelling 4 en het stimuleren van (doelmatige) productie in doelstelling 6. Het beter op elkaar afstemmen van zorgvraag en zorgmiddelen impliceert het voorkomen van ondoelmatigheid (doelstelling 5) en het bevorderen van doelgerichtheid en doelmatigheid (doelstelling 3 respectievelijk 6). Stimuleren van doelmatigheid en kwaliteitsverbetering bij de zorgaanbieders zitten ook besloten in de doelstellingen 3, 5 en 6. Het verbeteren van capaciteitsplanning en middelenallocatie (budgettering) is in feite het toekennen van een reële vergoeding voor gemaakte kosten (doelstelling 4).

Om deze doelstellingen te realiseren is in 1994 een landelijke Stuurgroep Producttypering Ziekenhuiszorg ingesteld die verantwoordelijk is voor de ontwikkeling van productdefinities (DBC's). Door middel van een doorstart in 2000 is het project in een stroomversnelling gekomen. De huidige stand van zaken is dat op 1 januari 2005 voor 10% van de DBC's de zorgaanbieders en verzekeraars onderhandelen over prijs, kwaliteit en volume ervan. Daarbij gaan de prijsonderhandelingen over het deel dat de vergoeding van de ziekenhuiskosten betreft, niet het honorariumdeel van de medisch specialist. Dat deel is genormeerd op een tijdsbesteding en een uurtarief die landelijk zijn vastgesteld. Prijsconcurrentie op de medische specialistische zorg wordt onwenselijk geacht vanwege het tekort aan specialisten, hetgeen zou kunnen leiden tot prijsstijgingen (VWS, 2004a, p.5). Deze 10% DBC-zorg is het zogenaamde B-segment, waarin niet-spoedeisende hulp is opgenomen zoals heup- en knieoperaties, cataractoperaties en liesbreuken. De budgettering van de ziekenhuisopbrengsten (en het medisch-specialistische honorarium) komt voor dit deel te vervallen. Voor de overige 90% van de zorg (het A-segment) blijft de functiegerichte budgettering in tact¹², maar op termijn wordt (een deel van) deze zorg aan het krachtenspel van vrije onderhandelingen op basis van DBC's overgelaten (CTG, 2004b; VWS, 2004b).

Voor de academische ziekenhuizen geldt dat met name de invoering van DBC's en daaraan gekoppeld een veranderde ziekenhuisbekostiging een belangrijke ontwikkeling is in hun externe omgeving. Een omwenteling van aanbod- naar vraaggestuurde zorg en het oogmerk van meer concurrentie tussen zorgaanbieders leidt er toe dat zowel de financiële risico's als kansen toenemen. Verwacht mag worden dat dat ook gevolgen zal hebben voor de besturing van ziekenhuizen (zie Schaepkens, 2002, p.21 en verder voor een

2. De externe budgettering van academische kerntaken

overzicht en Crom, 2000 voor ontwikkelingen bij ziekenhuizen in landen waar soortgelijke financieringsstelsels zijn ingevoerd). Verwacht mag worden dat DBC's gevolgen zullen hebben voor de interne budgettering, hetgeen één van de thema's van het onderzoek is.

2.6. Externe budgetparameters in termen van activiteiten en producten

In de voorgaande paragrafen van dit hoofdstuk zijn we ingegaan op de kerntaken van het UMC en de wijze waarop die worden bekostigd. Waar het de zorg betreft is de externe budgettering uitvoerig behandeld. De productieparameters van de reguliere en topklinische zorg worden in het kader van het onderzoek naar de mate van koppeling in beschouwing genomen. Het sluitstuk van dit hoofdstuk wordt daarom gevormd door een nadere beschouwing van deze bekostigingsparameters voor hun betekenis in termen van activiteiten en producten. Deze vertaalslag is noodzakelijk doordat de typering van interne budgetteringssystemen in hoofdstuk 3 aan deze grootheden is gerelateerd.

Eerst zal een begrippenkader worden geïntroduceerd, aan de hand waarvan de reguliere en topklinische productieparameters worden gedefinieerd. De mogelijkheden om bepaalde budgetteringssystemen toe te passen, worden met name bepaald door het kunnen onderkennen van input (productiemiddelen), activiteiten, output (producten) en de relaties daartussen (zie paragraaf 3.3). Het is dan ook van belang met name de begrippen output (producten) en activiteiten te definiëren en af te bakenen:

- **Output** is in zijn algemeenheid aan te duiden als het resultaat van een fase van het productieproces. Dat kan de laatste fase zijn (het **eindproduct**, i.c. het product dat aan de consument (patiënt) wordt geleverd, zie Heezen, 2002, p.19) of een eerdere fase (waarbij de output een **deelproduct** is). **Outcome** is te definiëren als het effect van output, i.c. het effect van de zorgverlening op de gezondheid van de patiënt.
- Een **activiteit** is een werkzaamheid, i.c. het uitvoeren van een handeling. Een verzameling activiteiten vormt een **taak** (Perrow, 1970), waaraan kan worden toegevoegd dat die activiteiten gelijksoortig of gelijkgericht zijn (Keuning en Eppink, 1993, p.108) en moeten worden uitgevoerd om een functie te vervullen (Keuning en Eppink, 1993, p.536). Een **functie** is een gemeenschappelijke doelstelling van een aantal samenhangende taken (Keuning en Eppink, 1993 p.530).

Bij dienstverlening, ook die welke in het ziekenhuis plaatsvindt, is vaak geen sprake van een scheiding van het productieproces en het moment van leveren en/of consumeren: productie, levering en consumptie vallen in veel situaties samen doordat de patiënt "vereist" is op het moment van produceren of leveren. De vraag is wat in dit verband als eindproduct moet worden beschouwd: de mate waarin een patiënt daadwerkelijk resultaat ervaart van het totale zorgproces dat hij heeft ondergaan (outcome), het totale proces van dienstverlening, de laatste fase daarin? Dat laatste zou geen recht doen aan alle voorgaande inspanningen. Alhoewel uit een interview met de financieel directeur van het ziekenhuis van de gevalstudie blijkt dat de zorgverzekeraar steeds meer toe wil naar het

2. De externe budgettering van academische kerntaken

verstrekken van budget op basis van geslaagde operaties, is 'outcome' voor de meeste zorg lastig te omschrijven en te meten. Ze biedt daarom weinig aanknopingspunten waar het budgetteringssystemen betreft. Vanuit dat vertrekpunt kan als eis aan het eindproduct worden gesteld dat de totale kosten van het zorgproces er aan toe kunnen worden gerekend, i.c. dat het eindproduct een kostendrager is. Dat brengt ons bij de definitie van een **eindproduct** als het **geheel van zorgactiviteiten** welke een patiënt binnen het academisch ziekenhuis ondergaat in het kader van een bepaalde zorgvraag.

Hetgeen bij het eindproduct is gesteld, geldt ook voor het deelproduct. Een **deelproduct** is in het kader van de door ons in beschouwing genomen productie dan ook te definiëren als een **deelverzameling van zorgactiviteiten** welke een patiënt binnen het academisch ziekenhuis ondergaat in het kader van een bepaalde zorgvraag. Voorbeelden van deelproducten zijn in dit verband röntgen- of laboratoriumverrichtingen, maar ook specifieke verpleegkundige handelingen. Verder kan de zorg die verleend is door een specifiek specialisme als onderdeel van een totaalpakket aan zorg dat een patiënt ontvangt, als deelproduct worden beschouwd. Weer een andere dwarsdoorsnede is het onderscheid naar een diagnostische fase en een behandelingsfase in het zorgproces. Aangezien het alle deelverzamelingen van activiteiten betreffen, zullen we niet langer spreken van deelproducten maar van **activiteiten**.

De vraag is of de bekostigingsparameters die we in het kader van dit onderzoek in beschouwing nemen (zie het slot van paragraaf 2.2) zijn te identificeren als activiteiten of als eindproducten.

Om met de DBC's te beginnen: DBC's worden in het zorgveld als het werkelijke eindproduct gezien doordat ze representatief zijn voor een integraal zorgproces. Bovendien dient de vergoeding voor de DBC alle kosten van de verleende zorg te dekken. DBC's zullen daarom als outputparameters worden beschouwd.

Topklinische verrichtingen hebben betrekking op verrichtingen die eveneens als een soort eindproduct zijn aan te merken, zoals een levertransplantatie. Ook de betreffende vergoedingen zijn gebaseerd op integrale kostencalculatie, welke vaak zijn opgesteld door de academische ziekenhuizen zelf. Topklinische verrichtingen moeten nadrukkelijk worden onderscheiden van bijvoorbeeld laboratorium- of röntgenverrichtingen. Dat zijn specifieke activiteiten waarvan er meerdere kunnen plaatsvinden per patiënt. Ook kunnen gelijksoortige verrichtingen voor veel uiteenlopende patiëntencategorieën worden uitgevoerd.

De reguliere productieparameters opname en dagverpleging verwijzen naar de aard van de ziekenhuisopname en daarmee naar het proces van zorgverlening (zie ook de definities in bijlage I). Dagverplegingen en opnamen representeren een bepaald middelenbeslag van het ziekenhuis als gevolg van het uitvoeren van diverse activiteiten, zonder dat duidelijk aanwijsbaar is welke activiteiten dat betreft. De wegingsfactoren van de opnamen proberen daarbij tegemoet te komen aan kostenverschillen tussen opnamen onderling (zie tabellen V.2 en V.3 van bijlage V). Daarbij moet bedacht worden dat bijvoorbeeld de kosten van verpleegactiviteiten door de vergoeding per verpleegdag moeten worden gedekt. Verder worden allerlei kosten via andere budgetcomponenten gefinancierd. Een en ander leidt tot de conclusie dat de parameters opname en dagverpleging constructies

2. De externe budgettering van academische kerntaken

zijn ten behoeve van de ziekenhuisfinanciering (in de zin van bekostiging) die moeilijk te vertalen zijn in aanwijsbare activiteiten of kosten van productiemiddelen. Ondanks dat ze weinig specifiek zijn, verwijzen ze wel naar het zorgverleningsproces en de daaraan verbonden activiteiten. Binnen het begrippenkader verwijzen ze daarom het meest naar activiteiten en niet zozeer naar producten. Wat ook voor deze opvatting pleit is dat voor verschillende soorten zorgverlening binnen eenzelfde specialisme hetzelfde opname- en dagverplegingstarief geldt. Ze zijn met andere woorden binnen een specialisme niet onderscheidend naar patiënten met verschillende diagnoses en behandelingen. Verder is reeds opgemerkt dat DBC's in het zorgveld als het werkelijke eindproduct worden gezien, hetgeen de parameters opnamen en dagverplegingen 'degradeert' naar een lager niveau. Hetgeen gesteld is ten aanzien van opnamen en dagverplegingen geldt ook voor de 1^e polikliniekbezoeken. Daaraan kan nog worden toegevoegd dat het niet vergoeden van herhalingsbezoeken een extra bevestiging is dat het hier gaat om een budgetteringsinstrument dat ver af staat van de vergoeding van werkelijke activiteiten en kosten.

Verpleegdagen verwijzen naar de aard van een deel van het productieproces, namelijk verpleegactiviteiten. Deze parameters zijn daarom ook te beschouwen als representanten van verpleegkundige activiteiten. Zoals reeds aangestipt, zouden de kosten van verpleegactiviteiten door de vergoeding per verpleegdag moeten worden gedekt. Het is sterk de vraag of dat het geval is vanwege het ontbreken van ook maar enige differentiatie in de parametervergoeding. Die differentiatie zou gerechtvaardigd zijn gezien de verschillen in zorgzwaarte tussen specialismen, binnen specialismen en binnen één totale ziekenhuisopname.

Concluderend worden DBC's en topklinische verrichtingen als eindproducten (output) beschouwd, terwijl de overige reguliere productieparameters en ook andere verrichtingen als (groeperingen van) activiteiten worden aangemerkt. Het gebrek aan tariefdifferentiatie binnen de reguliere parameters zelf wijst op een onduidelijke relatie van parameters met specifieke activiteiten, alsook van activiteiten met specifieke kosten.

¹ Bij de totstandkoming van deze paragraaf is in sterke mate gebruik gemaakt van VAZ (2000).

² Opleiding heeft betrekking op de opleiding van medisch specialisten, terwijl met onderwijs de opleiding tot basisarts wordt bedoeld. De opleiding tot basisarts bestaat uit 3 jaar pre-klinische opleiding, 2 jaar doctoraalfase en 1 jaar algemeen arts. Na deze 6 jaar is specialisatie mogelijk tot huisarts, medisch specialist, jeugdarts of anderszins. Daarnaast verricht het ziekenhuis ook opleiding van andere medische professionals, zoals medewerkers van de operatiekamers en de anesthesie.

³ Het onderscheid tussen de begrippen werkplaatsfunctie (onderwijs en opleiding) en ontwikkelingsfunctie (onderzoek) wordt in de praktijk niet strak gehanteerd. Meestal wordt met de aanduiding werkplaatsfunctie ook de ontwikkelingsfunctie bedoeld. Ook wordt wel het onderscheid opleidingsfunctie enerzijds - werkplaatsfunctie voor onderwijs en onderzoek anderzijds gehanteerd (NZi 1998 II, p.7).

⁴ CTG staat voor College Tarieven Gezondheidszorg en is het instituut dat de tarieven in de gezondheidszorg vaststelt. WTG staat voor Wet Tarieven Gezondheidszorg en is de wet via welke de tarieven in de gezondheidszorg worden gereguleerd.

⁵ Gezien de ontwikkeling dat academische ziekenhuizen zijn samengegaan met de aan hen verbonden faculteiten Geneeskunde c.q. Medische Wetenschappen is de Vereniging van

2. De externe budgettering van academische kerntaken

Academische Ziekenhuizen per 1 september 2004 getransformeerd in de NFU, de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (<http://www.nfu.nl>).

⁶ Met het invoeren van de budgettering ontstaat een verschil tussen de middelen waar het ziekenhuis recht op heeft volgens het externe budget en de middelen die het ziekenhuis van de zorgverzekeraar daadwerkelijk ontvangt via het indienen van nota's. Het eerste is aan te duiden als bekostiging, het tweede als financiering. Vindt de bekostiging onder de functiegerichte budgettering (zie het vervolg van de betreffende paragraaf) plaats op basis van onder andere productieparameters als opnamen, verpleegdagen etc. (zie tabel 2.1 en bijlage V), de financiering vindt plaats op basis van het declareren van verrichtingen en verpleegdagen (het tarief van een verpleegdag dat wordt gebruikt om te declareren, is dus een geheel ander tarief dan de *budgetparameter* verpleegdag!). Als het totaal aan gedeclareerde verrichtingen en verpleegdagen in een bepaald jaar onder of boven het externe budget uitkomt, wordt dat verschil verrekend in het verpleegtariaf dat een volgend jaar in rekening worden gebracht. Aan de financiering in de betekenis van de daadwerkelijke effectuering van geldstromen besteden we in dit onderzoek geen aandacht, doordat het een technische aangelegenheid is. Doorslaggevend is op welke middelen (de bekostiging volgens het externe budget) het ziekenhuis recht heeft, de financiering is volgend. Zoals reeds gesteld in hoofdstuk 1 zullen we in dit onderzoek financiering gebruiken als synoniem voor bekostiging, tenzij nadrukkelijk anders aangegeven.

⁷ Over de vraag of kosten vast of semi-vast zijn verschillen de meningen, zoals in de specificatie van het ziekenhuisbudget in bijlage V wordt geïllustreerd. Een en ander is ook een kwestie van definiëring en de vraag of het accent wordt gelegd op het kostenkarakter of op de aard van de vergoeding (welke niet per definitie op elkaar aan hoeven te sluiten).

⁸ Een financieel directeur van een academisch ziekenhuis licht het ontstaan van deze term toe. In 1997 werd bij een bespreking van de toenmalige VAZ, COTG en ZN over de invoering van de FB-systematiek bij de academische ziekenhuizen bij elk ziekenhuis een gunstig saldo vastgesteld tussen het oorspronkelijke ziekenhuisbudget en het zorgbudget op basis van FB-parameters. Weliswaar was duidelijk dat dit verschil werd veroorzaakt door de academische functies van het ziekenhuis, toch werd vanwege het gebrek aan specifiek inzicht in het hoe en waarom dat verschil bestempeld als een black box, i.c. een 'zwarte doos'. De wens om te weten 'wat er in die doos zit', dus om transparant te maken welke zorgkwantiteit en -kwaliteit voor de betreffende middelen werd geleverd, werd vertaald in de behoefte om van die zwarte doos een 'kijkdoos' te maken. De kijkdoos is inmiddels vervangen door de academische zorgcomponent. De omvang van deze kijkdoos is aanleiding geweest voor VWS om het toenmalige NZi (nu Prismant) opdracht te geven het rapport 'Bekostiging bepaald' (1998) op te stellen met als doel voorstellen voor verbeterde externe budgettering te realiseren (Fraanje et al., 1998).

⁹ Voor een overzicht van de herallocatie-effecten per ziekenhuis op basis van de door het NZi ontwikkelde bekostigingssystematiek zie NZi (1998 II) par 5.4. Het rekenmodel van de VAZ/ZN geeft een indruk van het werkelijke en het genormeerde academische zorgbudget per ziekenhuis (VAZ, 2001b, p.23, tabel 17). Tussen de academische ziekenhuizen zijn afspraken gemaakt over reallocatie-effecten voortkomend uit de FB-systematiek (VAZ, 2001b, p.2, 3 en 22)

¹⁰ Wat kortweg als knieën en heupen zal worden aangeduid, betreft het uitvoeren van operaties waarbij (delen van) gewrichten worden vervangen door implantaten. Het inbrengen van een kunstheup (heupprothese) is daar een voorbeeld van. Cataractoperaties (kortweg aangeduid als cataracten) zijn oogoperaties waarbij de vertroebeling van de ooglenzen (grijze staar oftewel cataract) wordt verholpen.

¹¹ Men spreekt wel van het effect van een driedubbele vergrijzing waar het de kostenstijging in de zorg als gevolg van toenemende ouderdom betreft: 1. doordat men ouder wordt doet men langer een

2. De externe budgettering van academische kerntaken

beroep op zorgvoorzieningen, 2. de zorgbehoefte is in latere levensjaren groter dan in eerdere levensjaren en 3. naarmate men ouder wordt stijgt de zorgbehoefte niet lineair, maar exponentieel.

¹² Wel zijn voor de DBC's uit het A-segment reeds vaste prijzen berekend welke zullen worden gebruikt in de declaratiesfeer. De financiering (niet de bekostiging, zie eindnoot 6 van dit hoofdstuk) van het integrale ziekenhuisbudget vindt dan niet langer plaats op basis van verrichtingen en ligdagen zoals tot dusver het geval was, maar op basis van DBC's (CTG, 2004a). Zoals reeds gesteld, besteden we in dit onderzoek geen aandacht aan de financiering in de betekenis van de daadwerkelijke effectuering van geldstromen.

