

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.

Bijlagen

Bijlagen

- Bijlage I. Verklaring van begrippen en afkortingen**
- Bijlage II. Operationalisatie van concepten**
- Bijlage III. Budgetteringssystemen en verantwoordelijkheidscentra**
- Bijlage IV. Taakonzekerheid nader beschouwd**
- Bijlage V. Specificatie budget universitair medisch centrum**
- Bijlage VI. Overzicht academische ziekenhuizen**

Bijlage I. Verklaring van begrippen en afkortingen

Bijlage I. Verklaring van begrippen en afkortingen

academische zorg	zie 'topreferente zorg'
acute zorg	zorg die gezien het urgente karakter onmiddellijk verleend dient te worden, dit in tegenstelling tot electieve (= planbare) zorg
Agio	arts-geneeskundige-in-opleiding
Agnio	arts-geneeskundige-niet-in-opleiding
casemix	het geheel van activiteiten en verrichtingen, uitgevoerd door het ziekenhuis en de medisch specialist, waaruit een bepaalde DBC bestaat
cataract(operatie)	oogoperaties waarbij de vertroebeling van de ooglens (grijze staar of tewel cataract) wordt verholpen
CBO	het Centraal BegeleidingsOrgaan (kwaliteitsinstituut in de gezondheidszorg; zet zich in voor verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg door middel van stimulering van de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid in ziekenhuizen)
comorbiditeit	meerdere ziektebeelden van verschillende (medisch specialistische) aard die elkaar vaak versterken en de gezondheidstoestand van de patiënt op gecompliceerde wijze ontregelen
CTG (voorheen COTG)	College Tarieven Gezondheidszorg (overheidsorgaan dat de hoogte van de tarieven in de gezondheidszorg bepaalt; dit college wordt getransformeerd naar de zogenaamde Zorg Autoriteit (ZA) en wordt ook wel aangeduid als ZAio, waarbij 'io' staat voor 'in oprichting')
dagverpleging (dagbehandeling)	een, een aantal uren durende, vorm van verpleging in een ziekenhuis, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch specialist; een specifieke categorie dagverplegingen (dagverpleging-2, ook wel aangeduid als zware dagverpleging) betrekking hebbend op specifieke verrichtingen, kent een hoger tarief (zie bijlage V, tabel V.3)
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie (nieuwe typering van zorgproducten in de ziekenhuizen welke een belangrijke rol zullen spelen bij de vaststelling van het ziekenhuisbudget)

Bijlage I. Verklaring van begrippen en afkortingen

(gewogen) 1 ^e (eerste) polikliniekbezoek	er is sprake van een 1 ^e polikliniekbezoek wanneer een patiënt voor de eerste maal in het ziekenhuis een medisch specialist van een bepaald specialisme consulteert; het aantal gewogen 1 ^e polikliniekbezoeken wordt berekend door de 1 ^e polikliniekbezoeken per specialisme te vermenigvuldigen met de wegingsfactor per specialisme (zie bijlage V, tabellen V.2 en V.3)
electieve zorg	zorg die planbaar is, dit in tegenstelling tot acute zorg
externe budget	het budget dat een instelling (ziekenhuis) ontvangt van buiten de eigen organisatie ten behoeve van de gehele instelling
evidence based medicine	het gebruiken van relevante en valide klinisch-wetenschappelijke informatie en het integreren ervan in de dagelijkse praktijk
FB	Functiegerichte Budgettering (huidig bekostigingsstelsel van ziekenhuiszorg waarvan de bestaande productieparameters zullen worden vervangen door DBC's)
IC	intensive-care
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit (instituut dat tot doel heeft bedrijven, non-profit instellingen en de overheid te stimuleren tot continue verbetering van hun bedrijfsvoering. Het zogenaamde INK-model voor zelfevaluatie staat daarbij centraal.)
KNO	Keel-, Neus- en Oorheelkunde
MT	managementteam (in het ziekenhuis van de gevalsstudie geeft het managementteam leiding aan de kerntaken van een bepaald specialisme, stemt de werkzaamheden van de betrokken afdeling en zorgeenheden op elkaar af en rapporteert hierover aan de RvB; het bestaat uit een afdelingshoofd (tevens voorzitter), de manager bedrijfsvoering van het centrum, de zorgmanager van het centrum en de hoofden van de zorgeenheden die in dienst staan van het betreffende medisch specialisme)
NFU	Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra; gezien de ontwikkeling dat academische ziekenhuizen zijn samengegaan met de aan hen verbonden faculteiten Geneeskunde c.q. Medische Wetenschappen is de VAZ (zie aldaar) per 1 september 2004 getransformeerd in de NFU
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (instituut dat wetenschappelijk onderzoek bevordert, met name door toewijzing van middelen)

Bijlage I. Verklaring van begrippen en afkortingen

NZi	Nationaal Ziekenhuisinstituut (voormalig wetenschappelijk bureau; opgegaan in het onderzoeksinstituut Prismant)
OCW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (ministerie van)
OK	operatiekamer(s)
(gewogen) opname	de aanvang van een verblijf in een erkende instelling, waarvoor één of meer verpleegdagen in rekening zijn te brengen; de opname vermenigvuldigd met de wegingsfactor van het betreffende specialisme geeft de gewogen opname (zie bijlage V, tabellen V.2 en V.3)
poortspecialisme	specialismen waar de patiënt als eerste ('aan de poort') mee in aanraking komt na verwijzing door de huisarts; het zijn met name deze specialismen die opnamen, verpleegdagen etc. genereren en dus dat deel van het externe budget beïnvloeden dat door productieparameters wordt bepaald
reguliere zorg	zorg betrekking hebbende op routinematige, 'normale' zorg welke ook door algemene ziekenhuizen wordt geleverd; reguliere zorg wordt ook wel aangeduid als basiszorg
RBM	Rijksbijdragemodel (financieringsmodel voor de bekostiging door OCenW van onderwijs en onderzoek in het academisch ziekenhuis)
RvB	Raad van Bestuur
Topklinische zorg	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; voor het verlenen van topklinische zorg heeft een ziekenhuis toestemming nodig op grond van artikel 18 van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen en de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (zie ook WBMV)
topreferente zorg	zorg die betrekking heeft 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 topreferente zorg het met elkaar samenwerken van diverse topklinische specialismen; de topreferente zorg is "supergespecialiseerde" zorg en wordt dan ook door VWS beschouwd als uitsluitend behorend tot het domein van de academische ziekenhuizen
VAZ	Vereniging Academische Ziekenhuizen (vereniging die de gezamenlijke belangen van de academische ziekenhuizen behartigt; zie ook NFU)

Bijlage I. Verklaring van begrippen en afkortingen

verpleegdag	een in rekening te brengen kalenderdag, die deel uitmaakt van de periode vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de opname - mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur - en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een in rekening te brengen kalenderdag
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ministerie van)
WBMV	Wet Bijzondere Medische Verrichtingen; via deze wet worden bijzondere functies/voorzieningen gefinancierd volgens art. 2 of 8; financiering is gedeeltelijk productie- en gedeeltelijk capaciteitsgebonden; WBMV-productie wordt ook wel aangeduid als bijzondere, topklinische of artikel-2 (of -8) productie
WP	Wetenschappelijk personeel (medisch specialisten)
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg (de tarieven in de gezondheidszorg zijn geregeld in de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG); het doel van de wet is een evenwichtig stelsel van tarieven te bevorderen)
ZN	Zorgverzekeraars Nederland (brancheorganisatie van de bedrijven die in Nederland zorgverzekeringen aanbieden; de hoofdactiviteit van ZN is het realiseren van voorwaarden waarbinnen de leden het vak van zorgverzekeraar optimaal kunnen uitoefenen)

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

In deze bijlage is per onderzoeksthema een overzicht opgenomen van de vragen die tijdens de interviews zijn gesteld en de hulpmiddelen (tabellen) die daarbij zijn gebruikt. De formulering van de vragen vindt plaats vanuit de positie van de budgetgever of de budgethouder, maar kan (mutatis mutandis) ook zijn gesteld aan de ander. Ook kan een vraag betrekking hebben op de budgettering van centra door de RvB, alsook (mutatis mutandis) op de budgettering van afdelingen door centra. In paragraaf 4.3 is een verantwoording opgenomen inzake welke personen over welke thema's zijn geïnterviewd (waarbij overigens vanuit het oogpunt van triangulation ook over andere thema's controlerende vragen kunnen zijn gesteld).

1. Het toegepaste budgetteringssysteem (de mate van koppeling tussen het externe en interne budget)

Tabel gebruikt in de eerste onderzoeksfase:

Aan de hand van de scores op onderstaande tabel is in de eerste onderzoeksfase de budgettering van divisies door de RvB behandeld. De scores hebben geleid tot aanvullende vragen. De hierna volgende vragen die zijn gesteld in de tweede onderzoeksfase, die weliswaar betrekking heeft op de budgettering van afdelingen door centra, geven daarvan indicaties.

Tabel Budgetteringssystemen

De volgende vragen hebben betrekking op het budget van de zorgafdelingen, zijnde poortspecialismen en betrekking hebbend op het begrotingsjaar 2001. Indien zorg- en RBM-middelen op afdelingsniveau administratief gescheiden zijn, dient alleen het budget voor zorgtaken in beschouwing te worden genomen, anders het gehele afdelingsbudget.

Welke van de volgende methoden worden binnen uw ziekenhuis toegepast voor de vaststelling van de hoogte van interne budgetten van zorgafdelingen (poortspecialismen): (nb: meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- *de hoogte van het budget van vorig jaar, eventueel gecorrigeerd voor over- of onderschrijdingen*
 - *de hoogte van externe budgetparameters die betrekking hebben op de betreffende afdelingen (voor een overzicht zie bijgevoegde tabel)*
 - *de omvang van intern gedefinieerde activiteiten van de afdelingen (dus anders dan in termen van budgetparameters)*
 - *anderszins, namelijk*
-

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

Indien u meerdere antwoorden heeft aangekruist in de vorige vraag, welk percentage van het totale budget van zorgafdelingen (poortspecialismen) wordt dan volgens die methode bepaald (nb: het gaat om een indicatie op hoofdlijnen):

	Score
• de hoogte van het budget van vorig jaar	_____%
• de hoogte van de externe budgetparameters	_____%
• de omvang van de activiteiten van de afdelingen	_____%
• anderszins, namelijk _____	_____%

Als het budget van een zorgafdeling (poortspecialisme) tussentijds wordt verhoogd, welke reden ligt daar dan aan ten grondslag:

- met de zorgverzekeraar is tussentijds een hoger volume en/of prijs van de budgetparameters afgesproken
- de werkelijke productie in termen van budgetparameters is hoger dan afgesproken (ongeacht afspraken met de zorgverzekeraar over deze verhoging wordt extra budget toegekend)
- de werkelijke omvang van intern gedefinieerde activiteiten van de afdelingen (dus anders dan in termen van budgetparameters) is hoger dan begroot
- anderszins, namelijk _____

Als het budget van een zorgafdeling (poortspecialisme) tussentijds wordt verlaagd, welke reden ligt daar dan aan ten grondslag:

- met de zorgverzekeraar is tussentijds een lager volume en/of prijs van de budgetparameters afgesproken
- de werkelijke productie in termen van budgetparameters is lager dan afgesproken
- de werkelijke omvang van intern gedefinieerde activiteiten van de afdelingen (dus anders dan in termen van budgetparameters) is lager dan begroot
- anderszins, namelijk _____

Vragen gesteld in de tweede onderzoeksfase.

Welke van de volgende methoden worden binnen uw ziekenhuis toegepast voor de vaststelling van de hoogte van interne budgetten van zorgafdelingen (poortspecialismen): (nb: meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- de hoogte van het budget van vorig jaar, eventueel gecorrigeerd voor over- of onderschrijdingen
- de hoogte van externe budgetparameters die betrekking hebben op de betreffende afdelingen
- de omvang van intern gedefinieerde activiteiten van de afdelingen (dus anders dan in termen van budgetparameters)

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

- anderszins, namelijk
-

Op welke wijze worden budgetmutaties vastgesteld m.b.t. de verschillende kerntaken

- reguliere zorg (excl. dus topklinische verrichtingen)
- topklinische verrichtingen
- topreferente zorg
- onderwijs en opleiding
- onderzoek

Houdt men rekening met tekortkomingen in het systeem? Is de norm (het budget) ook afhankelijk van subjectieve bijstellingen of wordt die puur rekenkundig op basis van het systeem bepaald?

Voor welke budgetcomponenten geldt dat?

Hoe zou u de totstandkoming van centrumbudgetten willen typeren:

- sterk rekenkundig
- via overleg
- via handjeklap
- de RvB stelt eenzijdig vast

ad. sterk rekenkundig: wie bepaalt dan de hoogte van de input van dat model?

ad. handjeklap: wie met wie?

In hoeverre hanteren afdelingen budgetten voor sub-afdelingen (werkplekmanagement)?

- Welke budgetten zijn dat?
- Voor welke sub-afdelingen?
- Wie is daarvan budgethouder?
- Hoe worden die budgetten dan vastgesteld?

Hoe worden bezuinigingen / taakstellingen gerealiseerd? Hoe wordt de pijn verdeeld?

- sterk rekenkundig? op basis van welke grootheden (rato fte; rato budget?)
- op basis van inhoudelijke discussies: wat is het minst belangrijk, daar op bezuinigen?
- op basis van machtsposities?
- Wie bepaalt die verdeelsystematiek?

Welke stappen in de ontwikkeling van de budgettering zijn in de loop der jaren gezet? (met name in 2002, 2003 en 2004)

Invloed financiële staf:

- Welke rol heeft de financiële staf in het verleden gespeeld bij de advisering over de totstandkoming van het interne budgetteringssysteem?

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

- Welke onderzoeken zijn er (door de financiële staf) naar de toepasbaarheid van het systeem gedaan?
- Welke onderzoeken zijn er (door de financiële staf) naar de effecten van het systeem gedaan?
- Zijn in het verleden discussies over de vormgeving van het interne budgetteringssysteem (door de financiële staf) aangezwengeld?
- Is die deskundigheid aanwezig? (Had / heeft de financiële staf die deskundigheid?)
- Concluderend: in welke mate is er energie gestoken in het ontwikkelen van het meest wenselijke budgetteringssysteem?
- Indien laag, wat is daarvoor de reden?

2. Taakonzekerheid

Onderstaande tabel is in de tweede onderzoeksfase voorgelegd aan en besproken met zorgmanagers, teneinde een indruk te krijgen van de mate van taakonzekerheid van de specialismen die in hun centrum onderwerp van onderzoek zijn. Vervolgens is op die scores ingegaan. Daarbij zijn onder andere ook vragen gesteld die hierna worden gepresenteerd en die zijn gebruikt om van het betreffende afdelingshoofd een indruk te krijgen van de mate van taakonzekerheid van zijn specialisme.

Tabel Kenmerken diagnose en behandeling

Welke score zou u willen geven ten aanzien van de mate waarin u het met de volgende stellingen eens bent (1 is laag, 5 is hoog; gm = geen mening):

Voor de meeste diagnoses geldt dat de activiteiten die in het kader van diagnose-stelling worden verricht, stabiel zijn en weinig uitzonderingen kennen.

	<i>specialisme A</i>						<i>specialisme B</i>					
	1	2	3	4	5	gm	1	2	3	4	5	gm
• score m.b.t. de reguliere zorg												
• score m.b.t. de topklinische zorg												

Voor de meeste diagnoses bestaat goed inzicht in welke activiteiten tot een adequate diagnosestelling leiden.

	<i>specialisme A</i>						<i>specialisme B</i>					
	1	2	3	4	5	gm	1	2	3	4	5	gm
• score m.b.t. de reguliere zorg												
• score m.b.t. de topklinische zorg												

Voor de meeste behandelingen geldt dat de activiteiten die in het kader van een bepaalde behandeltraject worden verricht, stabiel zijn en weinig uitzonderingen kennen.

	<i>specialisme A</i>						<i>specialisme B</i>					
	1	2	3	4	5	gm	1	2	3	4	5	gm
• score m.b.t. de reguliere zorg												
• score m.b.t. de topklinische zorg												

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

Er bestaat goed inzicht in welke activiteiten tot een adequate behandeling leiden.

	<i>specialisme A</i>					<i>specialisme B</i>						
• score m.b.t. de reguliere zorg	1	2	3	4	5	gm	1	2	3	4	5	gm
• score m.b.t. de topklinische zorg	1	2	3	4	5	gm	1	2	3	4	5	gm

Vragen aan afdelingshoofden.

Onderstaande vragen zijn gesteld aan afdelingshoofden om een indruk te krijgen van de mate van taakonzekerheid van hun specialisme. Overigens zijn niet al die vragen gesteld indien het betreffende afdelingshoofd zelf al vrij snel duidelijke indicaties geeft over de mate van taakonzekerheid.

Diagnosestelling:

- *Er zijn verschillende soorten diagnoses voor de patiënten van uw specialisme. Gelijksoortige diagnoses noem ik gemakshalve een diagnosegroep. Als u zo'n diagnosegroep in beschouwing neemt,*
 - *heeft u dan op het netvlies welke diagnostiek daarvoor is uitgevoerd (door betreffende specialisten) c.q. is aangevraagd (door facilitaire diensten als lab)?*
 - *of is het dan in de meeste gevallen zo dat binnen zo'n diagnosegroep de spreiding van uitgevoerde en aangevraagde diagnostiek groot is als gevolg van de aard van het specialisme?*
 - *Geldt derhalve, dat de activiteiten die in het kader van diagnose-stelling worden verricht weinig stabiel zijn en veel uitzonderingen kennen?*
- *Wordt protocollair handelen ook binnen uw specialisme toegepast?*
- *Vindt u dat uw specialisme zich daar goed voor leent?*
 - *Is in protocollen goed vast te leggen welke activiteiten moeten worden uitgevoerd om tot een diagnose te komen?*

Behandeling:

- *Als ik u nu een diagnose (groep) noem, zult u ongetwijfeld een bepaald beeld hebben welke behandeling daarbij hoort. Is dat juist?*
 - *Kunt u stellen dat bij een behandeling in de meeste gevallen bekend is welke activiteiten tot een adequate behandeling leiden?*
 - *Of is het dan in de meeste gevallen zo dat zo'n behandeltraject een enorme spreiding van activiteiten kent als gevolg van de aard van het specialisme?*
 - *Geldt derhalve, dat de activiteiten in het kader van een behandeltraject weinig stabiel zijn en veel uitzonderingen kennen?*
 - *Is in protocollen goed vast te leggen welke activiteiten moeten worden uitgevoerd om tot een adequate behandeling te komen?*

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

Ad. protocollen (mede t.b.v. constateren behavior control):

- *Is er formeel (hiërarchisch) toezicht op de naleving van protocollen?*
 - *Alleen bij artsen in opleiding of ook collega-medisch specialisten?*
- *Is de betekenis van protocollen voor ervaren specialisten groot?*
- *Denkt u dat uw specialisme zich meer of minder goed leent voor protocollair handelen dan de meeste andere specialismen? Waarom?*

Controle vragen:

- *Er vanuit gaande dat statussen goed zijn bijgewerkt,*
 - *is het relatief eenvoudig voor een specialist van uw specialisme een andere specialist van uw specialisme waar te nemen in het diagnosetraject en behandeltraject en dus de diagnosestelling c.q. behandeling over te nemen? (analyseerbaarheid)*
 - *(of is er dan toch nog veel niet in statussen vast te leggen informatie, verkregen door bijvoorbeeld observatie / het beeld dat de arts heeft van de patiënt, die wordt gebruikt en van invloed is op diagnosestelling en behandeling?)*
- *Is binnen uw specialisme sprake van een hoge mate van sub-specialisatie? Leggen bepaalde medisch specialisten zich toe op bepaalde diagnosegroepen zodat voor de meeste specialisten geldt dat het grootste deel van hun tijd in een beperkt aantal soorten diagnosegroepen en behandelingen gaat zitten? (repetitiviteit)*
- *Is verder nog van invloed op de activiteiten die worden uitgevoerd:*
 - *Ervaring medisch specialisten?*
 - *Mate van sub-specialisatie?*
 - *Opleidingsartsen?*
 - *Omvang onderzoek?*
 - *Kenmerken patiënt (ouderdom, comorbiditeit, mate van topreferentie)?*
 - *Topklinische zorg versus reguliere zorg? (geen topklinische zorg?)*
 - *Ontwikkeling specialisme (strategie)?*

Ad. Opleiding en onderwijs:

- *Welk percentage van de zorgproductie (zie overzichten met hoofddiagnoses en hoofdverrichtingen) gaat gepaard met opleidings- en onderwijsinspanningen?*
- *Leiden opleiding en onderwijs er toe dat je vaste patronen van diagnostiek en behandeling moet volgen? Dus dat je gedwongen wordt sterk protocollair te werken?*

Ad. Onderzoek:

- *Welk percentage van de zorgproductie (zie overzichten met hoofddiagnoses en hoofdverrichtingen) gaat gepaard met onderzoeksinspanningen?*
- *Leidt onderzoek er toe dat je*
 - *geen vaste patronen van diagnostiek en behandeling volgt: onderzoek is experimenteel van aard, of*
 - *dat je juist wel sterk protocollair werkt: onderzoek vereist werken volgens protocollen?*

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

- *Denkt u dat daarom een academisch ziekenhuis sterker volgens protocollen werkt dan een perifeer ziekenhuis?*

Ad. invloed strategie op mate van taakonzekerheid:

- *Hebt u relatief veel te maken met nieuwe groepen patiënten? zoekt uw specialisme die op?*
- *Is uw specialisme de laatste jaren een relatief stabiel specialisme wat betreft toegepaste technologie?
(of veranderen behandel patronen snel)*

→ indien niet stabiel / veel ontwikkeling:

- *Impliceert dat, dat dat leidt tot verschillende activiteiten voor diagnostiek / behandeling bij een bepaalde patiëntengroep*
- *of juist tot dezelfde werkwijze vanwege protocollen?*
- *Uw specialisme is academisch van aard. Spits het ontwikkelen van nieuwe zorg door u en uw collega-specialisten van de afdeling zich toe op heel specifieke ingrepen of geldt dat voor de hele breedte?*

3. De invloed van doelstellingen en contingente factoren op het budgetteringssysteem

3.1. De invloed van doelstellingen op het budgetteringssysteem

Onderstaand wordt een tabel gepresenteerd die in de eerste onderzoeksfase is gebruikt om zowel van de financieel directeur als de manager bedrijfsvoering informatie te verkrijgen over de doelstellingen van interne budgettering en de invloed daarvan op het budgetteringssysteem. Deze tabel is met de nodige aanpassingen (zie hoofdstuk 5, paragraaf 5.6) aangepast en wederom gebruikt in de tweede onderzoeksfase. Naar aanleiding van de scores zijn aanvullende vragen gesteld. Deze vragen zoals die zijn gesteld in de tweede onderzoeksfase zijn na de tabel vermeld, waarbij rubricering heeft plaatsgevonden op basis van de aangepaste (volgorde van) doelstellingen.

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

Tabel Doelstellingen van interne budgettering

<i>scores:</i>	A	B	C
<i>1 is laag, 5 is hoog</i>	<i>nastreven</i>	<i>mate</i>	<i>invloed DBC's</i>
<i>gm = geen mening</i>	<i>door</i>	<i>van</i>	<i>op realisatie</i>
	<i>fin.ec.d./RvB</i>	<i>realisatie</i>	<i>doelstellingen</i>
Doelstellingen interne budgettering:	<i>/man.bedr.v.</i>		<i>interne budg.</i>
<i>1 (bijdrage leveren aan) beheersen van de totale ziekenhuiskosten</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>-2 -1 0 +1 +2 gm</i>
<i>2 verlaging overheadkosten interne budgettering d.m.v. veranderingen in het budgetteringsstelsel</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>-2 -1 0 +1 +2 gm</i>
<i>3 vergroten flexibiliteit in middelenverdeling door variabilisering deel afdelingsbudget</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>-2 -1 0 +1 +2 gm</i>
<i>4 verstrekken van een reële vergoeding voor gemaakte kosten</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>-2 -1 0 +1 +2 gm</i>
<i>5 voorkomen van ondoelmatige productie (zoals overbodige verrichtingen)</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>-2 -1 0 +1 +2 gm</i>
<i>6 stimuleren van doelmatige zorgproductie (nacalculatie, vergelijking zorgafdelingen)</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>-2 -1 0 +1 +2 gm</i>
<i>7 voorbereiden zorgafdelingen voor het gebruik van DBC's voor interne budgettering</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>nvt</i>
<i>8 realiseren van een middelenverdeling waarbij discussies over het te realiseren beleid worden voorkomen</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>-2 -1 0 +1 +2 gm</i>
<i>9 stimuleren van beleidsmatig (en/of financieel) interessante productie</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>-2 -1 0 +1 +2 gm</i>

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

Tabel Doelstellingen van interne budgettering

<i>scores:</i>	A	B	C
<i>1 is laag, 5 is hoog</i>	<i>nastreven</i>	<i>mate</i>	<i>invloed DBC's</i>
<i>gm = geen mening</i>	<i>door</i>	<i>van</i>	<i>op realisatie</i>
	<i>fin.ec.d./RvB</i>	<i>realisatie</i>	<i>doelstellingen</i>
Doelstellingen interne budgettering:	<i>/man.bedr.v.</i>		<i>interne budg.</i>
 # _____	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>-2 -1 0 +1 +2 gm</i>
 # _____	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>1 2 3 4 5 gm</i>	<i>-2 -1 0 +1 +2 gm</i>
			<i>betekenis scores:</i>
			<i>--2 sterk negatief</i>
			<i>--1 enigzins negatief</i>
			<i>0 geen invloed</i>
			<i>+1 enigzins positief</i>
			<i>+2 sterk positief</i>
			<i>gm geen mening</i>

Vragen over de doelstellingen die het interne budgetteringssysteem mogelijk bepalen (waarbij overigens voor een deel ook contingente factoren ter sprake komen).

Onderstaand zijn vragen opgenomen die in het onderzoek zijn gesteld om een nadere indruk te krijgen van de doelstellingen van interne budgettering en hun invloed op het budgetteringssysteem. Zowel in de eerste als tweede onderzoeksfase is van deze vragen gebruik gemaakt. Bovendien zijn bepaalde functionarissen (met name de manager bedrijfsvoering) vragen gesteld zowel waar het de budgettering van afdelingen binnen het centrum betreft (vanuit zijn positie als budgetgever) als de wijze waarop het centrum door de RvB wordt gebudgetteerd (vanuit zijn positie als budgethouder).

Wat is het belangrijkste doel van de budgettering van afdelingen?

- *Wat beschouwt u als de belangrijkste reden dat de externe budgetparameters worden toegepast bij het vaststellen van interne budgetten?*
 - *Specifiek: waarom van 85% naar 100%?*

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

1. (het leveren van een bijdrage aan) het beheersen van de totale ziekenhuiskosten

- *Waarom denkt u dat het budgetteringssysteem bijdraagt aan het beheersen van de ziekenhuiskosten?*
- *Hoe vaak is het de afgelopen jaren voorgekomen dat uw centrum significante budgetoverschrijdingen had die het centrum voor problemen stelde?*
- *Wat zijn de belangrijkste bronnen waar deze risico's uit voortkomen?*
- *Zijn de risico's daardoor ook sterk verschillend per afdeling?*
- *Onderscheid uw centrum zich in dit verband van andere centra?*
- *Hebben deze financiële risico's ook invloed op keuzes ten aanzien van het budgetteringssysteem?*
- *Waarom denkt u dat het budgetteringssysteem bijdraagt aan het beheersen van die risico's?*
- *De financiële positie van het centrum heeft zich de afgelopen jaren op een bepaalde wijze ontwikkeld. Heeft dat een relatie met de door uw centrum toegepaste mate van koppeling?*
 - *Of ligt er vooral een relatie met het gebruik van het systeem i.c. de mate waarin wel / niet aan de spelregels van het systeem is / wordt vastgehouden?*
- *Zitten er grote verschillen in reserveposities tussen afdelingen?*
- *Is er volgens u een verband tussen de kwaliteit van het interne budgetteringssysteem (om externe financiële risico's te verdelen) en het verschil in reservepositie van afdelingen van uw centrum? Dragen met andere woorden bepaalde afdelingen onevenredig grote risico's?*
- *Idem centra?*

2. het stimuleren van beleidsmatige wenselijke reguliere en topklinische productie (effectiviteit)

- *Wie bepaalt welke reguliere en topklinische productie door de afdeling wordt voortgebracht?*
- *Wie komt er met voorstellen voor nieuw beleid (RvB? MBV? CV? ZM? AH? individuele specialisten?):*
 - *nieuwe doelgroepen te bedienen met bestaande productie*
 - *nieuwe productie*
- *Wie komt er met voorstellen voor beleidsintensiveringen (extensiveringen) (RvB? MBV? CV? ZM? AH? individuele specialisten?):*
 - *bestaande productie van bepaalde soort opvoeren*
 - *of afbouwen*
- *Of zijn dat geen voorstellen, maar wordt dat gewoon gedaan door het afdelingshoofd / individuele specialisten?*
- *Is het mogelijk met het centrummanagement (met name in de persoon van MBV, ZM) afspraken te maken over zorgkwaliteit?*
- *Gebeurt dat ook?*

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

- (hier tevens overstap naar self control)
Wie beoordeelt eigenlijk de kwaliteit van de geleverde zorg?
 - *de medisch specialist zelf die de zorg heeft verleend*
 - *collega-medisch specialisten (collegiale toetsing)*
 - *het afdelingshoofd*
 - *de zorgmanager van het centrum*
 - *(de manager bedrijfsvoering van het centrum; nee, heeft zelf al aangegeven van niet)*

 - Vindt u het belangrijk de met het management afgesproken productie te realiseren qua
 - *omvang?*
 - *samenstelling?*
Idem uw collega-medisch specialisten?
 - *Waaruit blijkt dat?*
 - *Waarom?*

 - *Als alle productie wordt gehonoreerd c.q. als niet aan de productiedoelstellingen van specifieke zorgproducten wordt vastgehouden bij het besluit om te vergoeden,*
 - *in hoeverre bent u dan daadwerkelijk gedwongen de afgesproken productie qua samenstelling te realiseren?*
 - *of worden hierover nauwelijks afspraken gemaakt ?*
 - *in hoeverre wordt er dan beleidsinhoudelijk gestuurd?*
 - *Waarom is dat belangrijk voor u om zich aan die afspraak te houden? (substitutie mag toch?)*
 - *Voelt u zich gedwongen zo veel mogelijk de productie-afspraken naar omvang en samenstelling te realiseren?*
 - *Gedwongen door het budgetteringssysteem?*

 - *Zitten er specifieke prikkels in het budgetteringssysteem waardoor het inhoudelijke beleid t.a.v. reguliere en topklinische zorg wordt gerealiseerd? Welke?*
 - *Wordt bijvoorbeeld voor beleidsmatig wenselijke productie een volledige koppeling gelegd?*
 - *Wordt dan mogelijk zelfs meer gegeven dan de vergoeding?*
 - *Wordt die koppeling niet toegepast voor onwenselijke productie?)*
- 3. het verstrekken van dekkende vergoeding voor gemaakte kosten**
- *Weet u wat de werkelijke kosten zijn (realisatie) van de specifieke kerntaken van de afdeling?*
 - *Heeft u goed inzicht in de kosten van specifieke zorg?
(regulier resp. topklinisch; met name topklinisch zou redelijk moeten zijn, tenslotte informatie door de ziekenhuizen zelf aangedragen) (*)*

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

- *Als u dat inzicht momenteel niet heeft, is dat inzicht volgens u relatief eenvoudig te verkrijgen voor specifieke zorg van uw afdeling? (*)*

(*): Deze vragen zijn als extra indicatie voor taakonzekerheid toegevoegd (veel inzicht kan een belangrijke indicatie zijn dat de taakonzekerheid laag is, want om te weten wat iets kost moet je goed inzicht hebben op wat je doet)

- *Is aanwijsbaar / u bekend welk deel van het afdelingsbudget dient ter dekking van de kosten van deze productie?*
 - *Zijn de meer- / minderopbrengsten (op basis van volumemutaties * CTG-tarieven) van de afdeling bij benadering gelijk aan de mutaties in de kosten waar het gaat om*
 - *reguliere zorg (excl. dus topklinische verrichtingen)?*
 - *topklinische verrichtingen?*
- *Indien er wel goed zicht bestaat op de (extra) kosten van zorgproductie, waarom wordt u dan niet gebudgetteerd op basis van werkelijke kosten in plaats van met behulp van CTG-tarieven?*
- *Indien er geen goed zicht bestaat op de (extra) kosten van zorgproductie, hoe weet u dan of u in staat bent extra kosten te dekken met de opbrengsten van extra productie?*
- *Is bekend wat de samenhang is voor de afdelingen tussen externe budgetparameters, intern budget en kosten?*
 - *Weet het centrum wat de werkelijke kosten zijn (realisatie) van de specifieke kerntaken van afdelingen? waarom wel / niet?*
 - *Is aanwijsbaar / u bekend welk deel van het afdelingsbudget dient ter dekking van de kosten van deze productie?*
 - *budgetteert het centrum de afdelingen voor hun verschillende kerntaken (in middelen en productie)? waarom wel / niet?*
 - *Weet u wat voor deze kerntaken de vergoeding is in het externe budget? waarom wel / niet?*
 - *Ergo: sluit de budgettering op afdelingsniveau aan op het externe budget, dus op de ziekenhuisopbrengsten per kerntaak? waarom wel / niet?*
- *Heeft u goed inzicht in welke extra reguliere en topklinische zorg u geld kost c.q. waar u op “verdient”?*
- *Heeft u goed inzicht in de kostprijs van de zorg? (regulier resp. topklinisch; met name topklinisch zou redelijk moeten zijn, tenslotte informatie door de ziekenhuizen zelf aangedragen)*
 - *Als u dat inzicht momenteel niet heeft, is dat inzicht volgens u relatief eenvoudig te verkrijgen voor de reguliere resp. topklinische zorg?*
- *Zijn de meer- / minderopbrengsten (op basis van volumemutaties * CTG-tarieven) van afdelingen bij benadering gelijk aan de mutaties in de kosten waar het gaat om*
 - *reguliere zorg (excl. dus topklinische verrichtingen)?*
 - *topklinische verrichtingen?*

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

- *Voor zover er onevenwichtigheden zijn in het externe budget waar het de vergoeding van kerntaken betreft, hoe is daar dan mee omgegaan in de interne budgettering?*
 - *Is de pijn in het verleden zo goed mogelijk verdeeld (in de historische budgetten) i.c. is er dus geschoven tussen kerntaken?*
 - *Is bekend welke centra / afdelingen voor welke kerntaken tekort komen / waar overschotten zitten?*
- *In hoeverre bent u van mening dat u een adequate dekking heeft in het centrum voor de dekking van de volgende kerntaken:*
 - *onderzoek*
 - *onderwijs en opleiding*
 - *reguliere zorg*
 - *topklinische zorg*
 - *topreferente zorg*
- *Wordt het totale budget door het centrum over het algemeen als haalbaar geacht?*
- *Mogen ook substituties optreden tussen middelen die bestemd zijn voor verschillende kerntaken? Of zijn middelen niet in die zin te labelen c.q. bestaat er geen zicht op welke middelen aan welke kerntaken worden uitgegeven (ik heb het nu over de kostenkant, niet de budgetkant)?*
 - *Is uw indruk dat er in hoge mate kruissubsidiëring plaatsvindt tussen kerntaken?*
 - *In welke zin? (welke kerntaak meer, welke minder)*
 - *Is het relatief eenvoudig binnen budget te blijven door wat minder van wat anders te doen dat minder strak te budgetteren is op basis van outputparameters?*
 - *Of is het moeilijk dergelijke productie te muteren vanwege lopende onderwijs-, onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma's?*
 - *Waarop baseert u die indruk?*
- 4. het voorkomen van ondoelmatige productie (in de zin van verrichtingen) (efficiëncy)**
- 5. het stimuleren van doelmatige productie (bijvoorbeeld door middel van nacalculatie en vergelijking / concurrentie) (efficiëncy)**
 - *Leidt het verschil in vergoeding tussen dagverpleging en opname tot het in stand houden van opnames / werkt het remmend op de ontwikkeling van dagverpleging?*
 - *Worden afdelingen door het budgetteringssysteem gestimuleerd tot doelmatige zorgverlening?*
 - *Speelt concurrentie reeds een rol in de reguliere en topklinische zorg van het academisch ziekenhuis?*
 - *Draagt dat bij aan doelmatigheid / efficiencyverbetering?*

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

- Kijkend naar de invloed van koppeling op de realisatie van die doelstellingen (i.c. verkeerde financiële prikkels), is dat niet voldoende reden om het interne budgetteringssysteem aan te passen en de koppeling los te laten?
- *Waarom gebeurt dat dan niet? Welk belang is het dat zwaarder weegt?*
- 6. het stimuleren van financieel interessante productie**
- *Spelen financiële prikkels (verschillen tussen kosten en opbrengsten van productieveranderingen) een rol bij de keuze van de productie?*
 - *Gaat er sturing uit van financiële prikkels in het budgetteringssysteem?*
- *Is dat*
 - *een effect van het systeem,*
 - *een bewust nagestreefde doelstelling of*
 - *een randvoorwaarde?*
- *Komt het (dus) voor dat beleidsinhoudelijke wensen en financiële prikkels haaks op elkaar staan?*
 - *Zo ja,*
 - *wat gebeurt er dan?*
 - *geven beleidsinhoudelijke dan altijd de doorslag?*
 - *(effect) Is opname dan niet veel interessanter dan dagbehandeling gezien de hoogte van de externe parameterwaarden? Staat dat niet haaks op inhoudelijke zorgsturing?*
 - *worden dan ook extra middelen beschikbaar gesteld om dat beleid te realiseren (of wordt er een verlies genomen)?*
 - *Zo nee, refereren aan doelstelling 2: sturing en de beperkingen van het budgetteringssysteem.*
- *Is er een tendens dat financiële prikkels steeds meer invloed krijgen op de zorgproductie?*
 - *zo ja,*
 - *waaruit blijkt die toenemende invloed?*
 - *wat is daarvan de oorzaak? (reservepositie ziekenhuis?)*
 - *(wie maken die keuzes?)*
 - *zo nee,*
 - *(wat is de relatie met de verslechterende reservepositie met het ziekenhuis (centrum))?*
 - *zal het (daardoor) noodzakelijk zijn in de toekomst financiële criteria een sterkere rol te laten spelen in de besluitvorming ten aanzien van de te leveren zorg?*
- *Wordt het academisch ziekenhuis een steeds meer op geld gestuurde organisatie?*
 - *Leidt het huidige interne budgetteringssysteem er toe dat bepaalde partijen (de financiële rekenmeesters) binnen het ziekenhuis steeds meer invloed krijgen op hoe de kerntaken inhoud krijgen, dus wat de beleidsaccenten zijn per kerntaak?*
 - *Waar blijkt dat uit?*
 - *Of heeft het interne budgetteringssysteem daar geen enkele invloed op?*

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

- *Zou dat niet te verwachten zijn?*

7. het realiseren van een voor alle partijen aanvaardbare middelenverdeling

- *Staat kostendekking niet voorop (zie doelstelling 3), maar gaat het vooral om het oplossen van een verdelingsvraagstuk?*
- *Kijkend naar de grote verschillen in afdelingsreserves, in hoeverre is dan sprake van een aanvaardbare middelenverdeling?*
 - *Of spelen andere oorzaken dan een rol? (zoals slecht middelenbeheer)*

Wat is het effect van koppeling op discussies wie hoeveel middelen moet krijgen:
 - *Beschouwt u het centrum als een eenheid*
 - *of is het een verzameling specialismen en ook niet veel meer dan dat?*
 - *Hebben ze belang bij samenwerking? Wat is er mee te winnen?*
 - *Is er noodzaak tot samenwerking? Hebben afdelingen elkaar nodig?*
 - *Wil men liever niet samenwerken? Hebben ze wat tegen elkaar? Is er kinnesinde?*
 - *Weinig vertrouwen in elkaar? Wat is de oorzaak van dat wantrouwen (zijn afspraken in het verleden niet nagekomen)?*
 - *Geen oog voor elkaars belangen? Hoe lopen die belangen dan uit elkaar? Wat is daarvan de oorzaak?*
 - *(indien weinig eenheid)*

Is dat de oorzaak dat koppeling (als objectief verdeelsysteem) wordt toegepast, is daar behoefte aan?
 - *Versterkt koppeling een houding van ieder voor zich en weinig bemoeienis met elkaar?*
 - *Maakt dat de roep om koppeling juist minder of sterker?*
- *Bent u bereid het tekort van een andere afdeling te compenseren?*
 - *Zo ja, is dat in het verleden ook reeds gebeurt?*
 - *Zo nee, waarom niet?*
 - *Beschouwt u het budget als een historisch verworven recht?*
- *Bent u bereid middelen beschikbaar te stellen voor nieuw beleid van een bepaalde afdeling waarvan het belang wordt onderkend?*
 - *Zo ja, is dat in het verleden ook reeds gebeurt?*
 - *Zo nee, waarom niet?*

8. het zich zo volledig mogelijke gedragen zoals volgens het ziekenhuis door de overheid verlangd wordt

- *Met de toepassing van de FB-systematiek streeft de overheid bepaalde doelstellingen na. Door die FB-parameters te gebruiken in de interne budgettering kan de RvB het gevoel hebben dat ze dat overheidsbeleid uitdraagt. Het centrumbestuur kan door dezelfde wijze van budgetteren als de RvB laten zien dat ze een loyale dienaar is van de RvB. Denkt u dat dat voor het centrumbestuur een rol speelt?*

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

- *Als de overheid volgens een bepaalde budgetteringssystematiek middelen en mutaties in die middelen toekent aan het ziekenhuis, dan getuigt het van loyaliteit aan dat overheidsbeleid als die systematiek op dezelfde wijze intern wordt toegepast.*
 - *Bent u het met die stelling eens?*
 - *Speelt die overweging voor u een rol bij het bepalen van de interne budgetteringssystematiek?*
 - *Wat krijgt u terug voor die loyaliteit? Op welke wijze wordt u daarvoor beloond?*
- 9. overig, namelijk _____**
- *Ingaan op de aangegeven doelstelling.*

3.2. De invloed van contingente factoren op het budgetteringssysteem

- *Het toepassen van koppeling is op het eerste gezicht een overzichtelijk, helder en weinig inspanningen vergend budgetteringssysteem. Klopt die indruk?*
- *Is dat een belangrijke reden waarom voor koppeling is gekozen? Of is het een prettige bijkomstigheid?*
- *(Als het een belangrijke reden is) We hebben geconstateerd dat het systeem manco's kent waar het gaat om*
 - *het verstrekken van een adequate dekking van gemaakte kosten;*
 - *het ondersteunen van beleidsmatig gewenste sturing;**Is eenvoudig zo belangrijk dat het prevaleert boven deze doelstellingen?*
- *Welke rol speelt de beschikbaarheid van informatie over productie en kosten? (open vraag)*
- *Als die niet erg adequaat is, is dat dan een reden*
 - *om wel te koppelen:*
budgetteren o.b.v. kosten is dan eigenlijk niet goed mogelijk; elke toewijzing is arbitrair; dan maar een ander criterium, namelijk verdiensprincipe
 - *om niet te koppelen:*
de parameters zijn zo'n slechte afspiegeling van kosten en productie, dat dat zou leiden tot grote onevenwichtigheden; met name wijken marginale kosten en opbrengsten sterk af; dan maar de informatie gebruiken die er is, ook al is die ook niet erg geavanceerd
- *Voordat de centra werden ingesteld werden afdelingen rechtsreeks via koppeling door de RvB gebudgetteerd. Klopt dat beeld?*
- *Is deze historisch gegroeide situatie ook van invloed geweest op het besluit van de RvB in de nieuwe organisatorische situatie ook de centra op een dergelijke wijze te budgetteren?*
- *Was voor deze werkwijze ook de meeste steun te vinden in de organisatie?*

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

- *Hebben bepaalde afdelingen ook het meeste belang bij deze werkwijze voort te zetten?*
 - *Geeft hen dat de grootste kans in het verleden opgebouwde afdelingsreserves te behouden / te creëren?*
 - *Kunnen zij daarmee een relatief onafhankelijke positie behouden ten opzichte van het centrumbestuur?*
 - *Wordt het daardoor voor de centrumbesturen ook lastiger een eigen rol te spelen? (effect, maar praktisch hier op te nemen)*
 - *Zou de RvB er daarom ook belang bij hebben deze koppeling te doorbreken als ze de organisatie zo ver zou kunnen krijgen?*
- *Hebben persoonlijke kenmerken invloed op de wijze van intern budgetteren? (open vraag)*
 - *Welke?*
 - *Waarom?*
 - *Waar blijkt dat uit?*
- *informeel ↔ formeel:*
 - *Wat kenmerkt de aansturing van de afdelingen door het centrumbestuur / de centrumraad het meest:*
 - *Zaken gedaan krijgen via sterk informele contacten; centrummanagement maakt veel gebruik van een-tweetjes met afdelingshoofden etc.; managementcontracten, budgetten etc. zijn er weliswaar formeel, maar in de praktijk wordt daar veel van afgeweken en worden de meeste zaken “achter de schermen” gedaan.*
 - *Veel gebruik maken van formele instrumenten als managementcontracten, uitvoeringsrapportages en analyses ervan, sterk sturen op budgetten. Besluitvorming komt vooral via formeel overleg plaats.*
 - *Is er sterk behoefte aan een besturingsstructuur die los van personen staat? (bijv. i.v.m. continuïteit en schaalgrootte)*
- *In hoeverre speelt kennis van de organisatie / aanwezigheid van een netwerk een rol bij de keuze van het budgetteringinstrumentarium? Waarom?*
- *Past het systeem van koppeling bij de cultuur binnen het VUMC? Hoe zou u die willen omschrijven?*
- *Is het systeem bij de cultuur gezocht?*
- *Of heeft het systeem tot een bepaalde cultuur geleid in het VUMC (versterkt)?*

4. Het gebruik van het budgetteringssysteem

Aan de hand van onderstaande tabel en vervolgvragen is het gebruik van budgetten geoperationaliseerd. De relatie centrum-afdeling staat daarbij centraal. Gelijksortige vragen zijn gesteld waar het de budgettering van centra door de RvB betreft.

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

De volgende situatie wordt verondersteld. De afdeling heeft te maken met een budgetoverschrijding die niet wordt gecompenseerd door extra opbrengsten in het externe budget op basis van “boter bij de vis”.
In welke van de volgende situaties verstrekt het centrumbestuur (de centrumraad) de afdeling extra middelen ter dekking van deze budgetoverschrijding?

- De extra kosten zijn binnen enkele jaren **terugverdiend** 1 2 3 4 5 gm*
(bijvoorbeeld door kostenbesparingen).
- De oorzaken van de overschrijding liggen **buiten de** 1 2 3 4 5 gm
invloedsfeer van de afdeling.
- De afdeling heeft goede **inhoudelijke** argumenten voor de 1 2 3 4 5 gm
overschrijding.
- Het centrumbestuur (de centrumraad) compenseert de 1 2 3 4 5 gm
afdeling bijna **altijd** (*), omdat de hoogte van het budget
nauwelijks realistisch te bepalen is.
- Het centrumbestuur (de centrumraad) compenseert de 1 2 3 4 5 gm
afdeling **in geen enkel geval**: de kosten moeten binnen
het budget blijven en de afdeling dient altijd binnen het
eigen budget compensatie voor tegenvallers te zoeken (of,
indien aanwezig, deze te financieren uit haar
reservepositie).

ad.* scores variërend van 1 = nooit tot 5 = altijd; gm = geen mening

ad (*): Gaat het dan om beleidsmatig wenselijk geachte

- a. extra (maar dus niet of niet adequaat vergoede) output van de afdeling in kwalitatieve zin
- b. extra (maar dus niet of niet adequaat vergoede) output van de afdeling in kwantitatieve zin
- c. samenwerking met andere zorgaanbieders
- d. grotere patiënttevredenheid
- e. _____

Vanuit de optiek van het centrumbestuur:

- **Maakt het centrumbestuur verschil in haar reactie op budgetoverschrijdingen van verschillende afdelingen?**
- Zo ja, Wat is daarvan de reden?

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

- Zo nee, *Is daar geen reden voor?*
- Invloed aard zorgproductie (taakonzekerheid):
 - *Onderscheiden specialismen zich van elkaar in de mate waarin ervaringsgegevens over de middeleninzet voor (extra) zorgproductie beschikbaar zijn? Bijvoorbeeld omdat meer inzicht bestaat in de activiteiten van het zorgproces en het aantal verschillende activiteiten overzichtelijker / beperkter is? Bestaat daardoor het voor het ene specialisme meer inzicht in de kosten van (extra) zorgproductie dan voor het andere specialisme?*
 - *Zijn daardoor de oorzaken van budgetoverschrijdingen beter te beoordelen met navenant een andere reactie van het centrumbestuur?*
- Het uiteen lopen van kosten en vergoedingen:
 - *Loopt het ene specialisme meer risico op een budgetoverschrijding dan het andere? Waardoor?*
 Met navenant een andere reactie van het centrumbestuur?
- De verhouding zorg - andere kerntaken:
 - *Is het ene specialisme beter in staat die risico's in te dekken met 2^e, 3^e en 4^e geldstroomactiviteiten dan het andere (en daarmee beter in staat budgetoverschrijdingen op de zorgproductie te compenseren)?*

Vanuit de optiek van de afdelingshoofden:

- *Waarom reageert het centrumbestuur op de aangegeven wijze (zie tabel)?*
- indien wel sterk wordt vastgehouden aan de realisatie van het budget:
 - *Vindt u dat het centrumbestuur voldoende rekening houdt met de tekortkomingen van het budgetteringssysteem in haar reactie op budgetoverschrijdingen? (immers, als het systeem niet tot adequate budgetten leidt, zou je een soepele opstelling van het centrumbestuur verwachten)*
 - *Vindt u dat het centrumbestuur minder sterk aan budgetten vast zou moeten houden? Waarom?*
(voor zover dat inmiddels niet duidelijk is)
- indien niet sterk wordt vastgehouden aan het budget:
 - *Vindt u dat het centrumbestuur sterker aan budgetten vast zou moeten houden? Waarom?*
(voor zover dat inmiddels niet duidelijk is)
- *Hecht u als afdelingshoofd wel of geen sterke betekenis aan het verschil tussen het (op basis van "boter bij de vis" bijgestelde) afdelingsbudget en de realisatie?*
 - (indien niet)
 - *Waarom niet?*
 - *Leidt het budgetteringssysteem volgens de budgetgever niet tot reële budgetten (in de zin van kostendekkende budgetten)? (zie AZG: reële budgetten leiden tot reëel afrekenen)*
 - *Ligt er een relatie met de aard van het specialisme:*
 - *verhouding onderzoek(-opleiding)-zorg?*

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

- *normeerbaarheid van de zorg? (in hoeverre is de zorg te budgetteren via koppeling? wat is de mate van taakonzekerheid)*
- *afgezien van normeerbaarheid, in hoeverre lopen vergoedingen en kosten uit elkaar?*
- *Reageert het centrumbestuur bij uw specialisme anders op een overschrijding van het budget dan bij andere specialismen?*
 - Zo ja,
 - *Wat is daarvan de reden?*
 - Zo nee,
 - *Is daar geen reden voor?*
- (indien wel)
 - *Waaruit blijkt dat?*
 - *Betekent dat, dat u het budget ook reëel vindt? Wordt het totale budget door de afdeling als haalbaar geacht?*
Probeer u met alle mogelijke middelen budgetoverschrijdingen te voorkomen?
 - *Hoe doet u dat dan?*
 - *heeft dat met name invloed op bepaalde kerntaken? (volume? kwaliteit geleverde prestaties?)*
 - *heeft het invloed op werkwijzen? (daagt het medisch specialisten uit tot efficiencyvergroting?)*
 - *Werken uw collega-medisch specialisten daaraan mee? Op welke wijze?*
 - *Vinden andere afdelingen budgetten ook belangrijk in de zin van binnen budget proberen te blijven?*
 - *Waardoor worden volgens u verschillen bepaald? (zie ook hierboven)*
 - *Klopt het dat tekorten in een volgend jaar van het budget worden afgetrokken?*

5. Effecten

Onderstaande vragen hebben betrekking op de in beschouwing genomen effecten. De realisatie van doelstellingen is besproken aan de hand van scores aangegeven op de betreffende tabel, zie het onderdeel doelstellingen.

- *Hebben verschillende systemen ook verschillende effecten?*
 - *Welke?*
 - *Bij centrum A koppeling. Bij centrum B niet. Centrum A heeft een sluitende exploitatie, centrum B niet. Een relatie?*
 - _____
 - *Waarom?*
 - *Wenselijk?*
 - *Zo ja, waarom verandert u het budgetteringssysteem dan niet?*

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

- *Zou u het huidige interne budgetteringssysteem willen veranderen?*
 - *Hoe?*
 - *Zou u bijvoorbeeld een sterkere rol willen van de budgetparameters bij het bepalen van budgetmutaties?*
 - *Waarom? (welke doelstellingen worden dan beter gerealiseerd, welke effecten verwacht u daarvan?)*
 - *Waarom denkt u dat dan (voor zover nog niet duidelijk)?*
 - *Waarom worden die verbeteringen dan niet doorgevoerd?*
 - *Zijn er dan verliezers en die werken tegen? Wie? Waarom zouden zij verliezen?*
 - *Beschouwen de meeste afdelingen de huidige wijze van budgettering (intern doorgeven externe budgetmutaties) als een zegen of als een zorg?*

Zijn er elders in de organisatie wel eens pogingen ondernomen de budgettering van centra / afdelingen door de RvB te veranderen?

- *Is er een tendens dat financiële prikkels steeds meer invloed krijgen op de zorgproductie?*
 - *zo ja,*
 - *waaruit blijkt die toenemende invloed?*
 - *hebben financiële prikkels ook invloed op wachtlijsten?*
 - *wat is daarvan de oorzaak?*
 - *Er is in beeld gebracht met welke productie waarschijnlijk geld wordt verdiend en met welke geld verloren. Wat voor effect heeft dergelijke informatie?*
 - *zo nee,*
 - *is dat niet noodzakelijk?*
- *Leidt het budgetteringssysteem ertoe (met name de wijze waarop mutaties worden toegepast) dat er verschuivingen ontstaan in de bestedingen aan de verschillende kerntaken?*
 - *Zo ja,*
 - *tussen welke kerntaken ontstaan verschuivingen?*
 - *op grond waarvan baseert u dat oordeel:*
 - *zijn die verschuivingen aan te tonen?*
 - *of bent u gevoelsmatig dat oordeel toegedaan? op grond van welke indicaties?*
 - *wordt u door het systeem daartoe gedwongen?*
 - *of wordt u door het systeem daartoe in staat gesteld (dus vrijwillige keus?)?*
 - *of beide?*
 - *wat zijn dan de mechanismen in het budgetteringssysteem waardoor die verschuivingen ontstaan:*
 - *zijn er dalingen in bepaalde productie waardoor de opbrengsten (als gevolg van koppeling) harder dalen dan de kosten, waardoor middelen*

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

bestemd voor andere kerntaken moeten worden aangewend om die gaten te vullen?

- *zijn die verschuivingen ongewenst? waarom? wat zijn daarvan de gevolgen? voor wie?*
- *Zo nee,*
 - *heeft de nacalculatie / boter bij de vis niet tot gevolg dat er tekorten of overschotten ontstaan met betrekking tot de zorg, waardoor middelen bestemd voor andere kerntaken moeten worden aangewend om die gaten te vullen c.q. andere kerntaken wat extra's kunnen krijgen?*
- *Indien niet te beoordelen,*
 - *waarom is dat niet te beoordelen?*
 - *impliceert dat, dat u niet bekend is wat het effect van het budgetteringssysteem op de realisatie van de kerntaken van het ziekenhuis?*
 - *is het anderen wel bekend? wie dan? waarom hen wel?*
- *Leidt het budgetteringssysteem ertoe (met name de wijze waarop mutaties worden toegepast) dat het geld ook daadwerkelijk worden besteed aan de activiteiten/producten waarmee het is binnengehaald? (zijn de bestedingen de budgetten sterker gaan volgen bij een toenemende koppeling?)*
- *Zal daardoor de interne kruisbestuiving verminderen?*
 - *Aan welke kruisbestuiving denkt u dan:*
 - *tussen centra (afdelingen)?*
 - *tussen kerntaken*
 - *op ziekenhuisniveau?*
 - *binnen een afdeling?*
- *Wat is daarvan het gevolg? Waarom?*
 - *Heeft dat invloed op de academische profilering? Welke? Waarom?*
- *De realisatie van de verschillende doelstellingen en andere effecten overziend,*
 - *is de patiënt gebaat bij de effecten van het budgetteringssysteem?*
 - *waarom wel / niet? waar komen die effecten tot in uitdrukking?*
 - *door welke prikkels in het budgetteringssysteem worden die veroorzaakt (voor zover dat inmiddels nog niet duidelijk is)?*
 - *of ligt hier een sterke relatie met gebruik?*
- *Heeft de RvB invloed verloren door in het verleden de koppeling te versterken van 85% naar 100%?*
 - *Aan wie?*
 - *Waaruit blijkt dat?*
 - *Is dat een gunstige ontwikkeling? Waarom (niet)?*
 - *Waarom heeft de RvB er dan mee ingestemd?*
- *Heeft de RvB invloed gewonnen als in 2004 de koppeling wordt teruggedraaid van 100% naar 90%?)*

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

- *Wat is de invloed van het huidige budgetteringssysteem op de overheadkosten van het systeem?*
 - *Het toepassen van een sterke mate van koppeling lijkt relatief weinig inspanningen op te leveren ten opzichte van een budgetteringsproces waar budgetten minder sterk rekenkundig worden vastgesteld. Is die indruk juist?*

6. Andere vormen van control

Onderstaande vragen hebben betrekking op behavior en personnel control. Bij vragen over taakonzekerheid (onderdeel 2) zijn reeds ook enkele vragen over behavior control vermeld. Onderstaande vragen zijn met name gesteld aan afdelingshoofden, maar diverse vragen zijn ook voorgelegd aan managers bedrijfsvoering en zorgmanagers.

6.1. behavior control (incl. self control)

- *We hebben gesproken (bij taakonzekerheid) over de mate waarin er voorschriften / procedures / protocollen zijn die gebruikt kunnen worden in het zorgverleningsproces. Wat zijn de belangrijkste redenen dat men wel / niet toezicht uitoefent of volgens voorschriften wordt gewerkt, wat wil men daar mee bereiken?*
 - *realisatie productie in termen van hoeveelheid?*
 - *idem kwaliteit?*
 - *kostenbeheersing?*
- *Wie beoordeelt de kwaliteit van de geleverde zorg?*
 - *de medisch specialist zelf die de zorg heeft verleend*
 - *collega-medisch specialisten (collegiale toetsing)*
 - *het afdelingshoofd*
 - *de zorgmanager van het centrum*
 - *de manager bedrijfsvoering van het centrum*
- *Als het toezicht bijdraagt aan het realiseren van beleidsmatig afgesproken zorg qua samenstelling en volume, op welke wijze werkt dat dan? Kunt u dat omschrijven? Hoe draagt dat toezicht dan bij?*
- *Stimuleert het centrumbestuur (met name in de persoon van MBV, ZM) de toepassing van standaardprocedures / protocollen bij het uitoefenen van zorgtaken?*
 - *Indien ja,*
 - *Waaruit blijkt dat?*
 - *Waarom doet ze dat?*
 - *Indien nee, waaruit niet?*

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

6.2. personeel control: cultural (clan) en self control

binnen de afdeling:

- *U bent afdelingshoofd. Drukt u een sterk persoonlijk stempel op de wijze waarop andere specialisten binnen uw afdeling functioneren?*
 - *Hoe zou u uw stijl van leiding geven aan de afdeling willen omschrijven?*
- *Heerst er een sterke mate van concensus binnen de afdeling tussen de medisch specialisten onderling over*
 - *wat belangrijk is,*
 - *wat je wel en niet doet,*
 - *hoe je je onderling gedraagt?*
- *Wat voor invloed heeft dat op de uitvoering van zorgtaken?*
 - *bijv. stel dat het afdelingshoofd zegt om op een uniforme wijze te werken; is dat dan belangrijk vanuit*
 - *kwaliteitsoogpunt?*
 - *middelenmanagement?*
- *Dragen gemeenschappelijke waarden, opvattingen en doelstellingen van medisch specialisten bij aan het realiseren van de zorgproductie zoals die met het centrumbestuur is afgesproken?*
 - *Als ze daar aan bijdragen, op welke wijze werkt dat dan?*
Kunt u dat omschrijven?
- *Hebben gemeenschappelijke waarden, opvattingen en doelstellingen enerzijds en interne budgettering anderzijds “iets” met elkaar in uw ogen?*
 - *Beïnvloeden ze elkaar? Wat zijn de relaties?*
 - *Zijn het alternatieven (substituten)?*
 - *Of zijn het aanvullingen (zijn waarden, opvattingen en doelstellingen vooral gericht op kwaliteit, accounting control vooral op kwantiteit)?*
 - *Of is er geen verband?*

op centrumniveau:

- *Is er een “centrum A” - gevoel? Hebt u het gevoel dat het centrumbestuur en de afdeling “voor dezelfde zaak gaan”?*
(gemeenschappelijke waarden, opvattingen, doelstellingen)
 - *Denken uw collega-medisch specialisten daar net zo over?*
- *Wat is dat voor gevoel?*
- *Hoe ontstaat zo'n gevoel?*
 - *Welke waarden tracht met name het centrummanagement (met name in de persoon van MBV, CV, ZM) te stimuleren?*

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

- *Op welke wijze?*
 - *selectie medisch specialisten?*
 - *interne training / cursussen?*
 - *beschikbaar stellen faciliteiten? (voor wat hoort wat)*
 - _____?
- *Hoe succesvol beschouwt u die instrumenten? Waaruit blijkt dat?*
 - *(Wordt u beïnvloed door de opvattingen, waarden en doelstellingen van het centrumbestuur?)*
 - *Geldt dat ook voor uw collega-medisch specialisten?*
- *Als een nieuwe medisch specialist wordt aangesteld, speelt het centrummanagement (met name in de persoon van MBV, ZM) dan ook een rol bij de beslissing wie er uiteindelijk wordt aangesteld?*
 - *Zo ja, Wat zijn de punten waar het management op let?*
 - *Zo nee, Speelt bij de selectie een sterke rol welke bijdrage de nieuwe kandidaat kan leveren aan de realisatie van de doelstellingen van het centrummanagement (t.a.v. reguliere en topklinische zorg)?*

7. De gevolgen van DBC's

Aan de hand van de scores op onderstaande tabel is in beide onderzoeksfases de invloed van DBC's op het budgetteringssysteem en op de andere concepten behandeld. De scores hebben geleid tot aanvullende vragen die vervolgens worden gepresenteerd.

Tabel Invloed van DBC's op de interne budgettering

De invoering van DBC's voor de externe financiering zal het mogelijk maken de interne budgettering te verbeteren. Met deze stelling ben ik het

- *volledig oneens*
- *enigszins oneens*
- *enigszins eens*
- *volledig eens*
- *Ik heb over dit onderwerp nog geen mening / ik weet het niet.*

Het aandeel van de interne budgetten dat sterk rekenkundig bepaald wordt met behulp van externe budgetparameters zal door de invoering van DBC's

- *afnemen*
- *niet veranderen*
- *toenemen*
- *Ik heb over dit onderwerp nog geen mening / ik weet het niet.*

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

De invoering van DBC's zal de academische profilering van het ziekenhuis

- *gunstig beïnvloeden*
- *niet beïnvloeden*
- *ongunstig beïnvloeden*
- *Ik heb over dit onderwerp nog geen mening / ik weet het niet.*

Aanvullende vragen over DBC's.

- *Ervaart u momenteel reeds “lusten” en/of “lasten” van DBC's?*
 - *Krijgt u van de medische administratie reeds overzichten?*
 - *Wat kunt u daar mee?*
- *Merkt u reeds veranderingen van bepaalde discussies in de organisatie als gevolg van DBC's?*
 - *Waar gaan die discussies dan over?*
 - *Wie discussiëren daar over?*
 - *Wat vindt u van die discussies?*
- *Hoe denken andere medisch specialisten binnen uw specialisme over DBC's:*
 - *een lust?*
 - *of een last?*
 - *is er ook een soort wantrouwen: men wordt er van weg gehouden, dus men weet niet wat het inhoudt?*
 - *Denken ze er allemaal min of meer hetzelfde over?*
 - *Zo nee, zet dat de onderlinge verhoudingen onder druk?*
- *Merkt u reeds veranderingen van bepaalde discussies met organisaties buiten het ziekenhuis waar het ziekenhuis mee te maken heeft (zoals zorgverzekeraars) als gevolg van DBC's?*
- *Verwacht u dat DBC's ook een rol zullen gaan spelen in de interne budgettering?*
 - *alleen het vaststellen van budgetmutaties?*
 - *het vaststellen van het integrale budget?*
 - *denkt u dat herallocaties realiseerbaar zijn?*

(indien geen invloed aangegeven)

 - *De huidige FB-parameters verdwijnen, DBC's komen daarvoor in de plaats; aangezien FB-parameters nu een rol spelen in de interne budgettering, dan zullen DBC's daar toch invloed op hebben?*
- *Als DBC's gebruikt gaan worden bij het vaststellen van de hoogte van het afdelingsbudget, denkt u dat de reactie van het centrubestuur / de centrumraad op budgetoverschrijdingen dan zal veranderen?*
(Zal er sterker worden vastgehouden aan het budget?)

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

- *In hoeverre zal het gebruik van DBC's bij het vaststellen van de hoogte van het afdelingsbudget uw reactie als afdelingshoofd op budgetoverschrijdingen veranderen?*
- *Denkt u dat uw afdeling dankzij de invoering van DBC's meer budget zal krijgen? Waarom denkt u dat?*
- *Zullen DBC's invloed hebben op de academische profilering? Zo ja, welke? Waarom denkt u dat?*
- *Verwacht u een toenemende parameterisering van andere kerntaken?*
 - *Zullen budgetten ook meer de bestedingen volgen in de zin, dat het geld meer besteed zal worden aan die kerntaak waar het voor gebudgetteerd is?*
 - *Welke invloed heeft dat op de academische profilering? (minder kruisbestuiving?)*
- *Wordt het academisch ziekenhuis ook gedwongen meer op basis van geld te sturen? Waarom? (refereren aan eerder genoemde risico's bij punt 1)*
 - *Welke rol speelt toenemende concurrentie? Wordt die groter, nemen daardoor de financiële risico's toe en moet er daarom meer op geld worden gestuurd?*
 - *(indien aangegeven) Als gevolg van de risico's van bezettingsresultaten?*
- *Wie denkt u dat meer belang heeft bij DBC's: specialisme A of specialisme B? waarom?*
 - *beter budget? (taakonzekerheid)*
 - *waarom voor die beter?*
 - *waarom kan DBC dat wel en nu niet?*
 - *meer budget?*
 - *waar zal de pijn / het voordeel terecht komen:*
 - *heeft dat consequenties voor het MT?*
 - *idem de verpleegafdeling?*
 - *idem de polikliniek?*
- *Is de patiënt gebaat bij de invoering van DBC's bij de financiering / budgettering van uw specialisme? (discussie aanwakkeren)*
- *Zullen DBC's meer representatief zijn om er beleidsmatig zorgafspraken mee te maken tussen ziekenhuismanagement, zorgverzekeraars en medisch specialisten dan de huidige FB-parameters?*
 - *Zal kwaliteitsverbetering door de invoering van DBC's worden gestimuleerd? Bijvoorbeeld door standaardisatie / protocollering?*
 - *Zal de academische kwaliteit voldoende in de DBC's tot uitdrukking?*
 - *Zo nee, wat zal dat voor consequenties hebben?*
 - *Is een mogelijk gevaar van toenemende parameterisering van de kosten van zorgverlening dat afdelingen alleen die dingen gaan doen waar een vergoeding tegenover staat? (al het overige wordt gemarginaliseerd; daarmee haal je de ruimte voor creativiteit eruit)*

Bijlage II. Operationalisatie van concepten

- Zullen DBC's er toe kunnen leiden, dat eerder wordt gestopt met behandeling, omdat de DBC "op" is?
- Zullen de financiële prikkels bij DBC's krachtiger zijn dan bij FB-parameters?
 - Zijn prikkels onder FB juist groot door het volledig uiteen lopen van kosten en opbrengsten? En liggen ze bij DBC's juist sterker tegen elkaar aan?
 - Een groter deel van het budget wordt vergoed via DBC's, terwijl veel kosten vast zijn. Daardoor ontstaan grotere risico's van bezettingsresultaten (zie doelstelling 1), zowel positief als negatief. Als die vaste kosten groot zijn, dan zijn de prikkels ook groot. Zijn veel kosten vast en derhalve de "bezettingsprikkel" hoog?
 - Of zal de zorgverzekeraar de vergoeding voor extra productie bijstellen?
- Ziet u het als een reëel risico dat DBC's zullen leiden tot het stimuleren van behandeling van "winstgevende" patiënten c.q. het ontmoedigen van "verliesgevende"? Waarom (niet)?
 - (indien men zegt dat medisch specialisten zo niet werken)
Is dat niet vreemd dat medisch specialisten zich niets van financiële prikkels zouden aantrekken?
 - Zal er afwielingsgedrag ontstaan tussen ziekenhuizen?
 - Is dat reeds het geval onder de FB-systematiek?
 - Heeft u daar voorbeelden van?
- Vermindert zeggenschap RvB over centra / afdelingen als DBC's worden toegepast? (immers, 1. het allocatiemechanisme is een automatische geworden waar directie geen invloed op heeft en 2. directie heeft geen of weinig middelen om zelf beleid te ontwikkelen, die worden voor een belangrijk deel automatisch doorgegeven)
 - Waarom?
 - Is dat een wenselijk of onwenselijk effect?
- Of hebben ze juist minder vrijheidsgraden om te schuiven (en dus sturen) met middelen (a. het is helderder welke middelen benodigd zijn + b. claimedrag afdelingen)?
- Zal dan ook uw positie verzwakken richting de afdelingen?
- Of verwacht u dat centrumbesturen dankzij DBC's de mogelijkheid hebben hun positie sterker neer te zetten a.g.v. betere informatie over zorg en kosten/opbrengsten ervan?
 - Welke veranderingen in de discussies met het centrumbestuur verwacht u in dit verband?
- Zullen DBC's ook invloed hebben op het toepassen van voorschriften, standaards en protocollen?
 - Welke invloed (toename, afname)?
 - Waarom (zoals noodzaak meer binnen budget te blijven)?
- Wat voor invloed zullen DBC's hebben op de gemeenschappelijke waarden, opvattingen en doelstellingen? Drijven ze een wig, of versterken ze die?

Bijlage III. Budgetteringssystemen en verantwoordelijkheidscentra

Bijlage III. Budgetteringssystemen en verantwoordelijkheidscentra

In paragraaf 3.3 is ingegaan op de verschillende grootheden ('budgetdrivers') die kunnen worden gebruikt om de hoogte van budgetten te bepalen, hetgeen leidt tot een typologie van input-, proces-, prestatie- en outputbudgettering. Budgettering op basis van output lijkt een aantal voordelen te bieden boven de andere budgetteringsvormen. Outputbudgettering maakt sturing door het hoger gelegen management relatief eenvoudig, omdat die beperkt kan blijven tot het vaststellen van de te leveren producten, het volume ervan en de prijs. Vereist is dan wel dat goede prijsstelling mogelijk is. Indien interne verrekening plaatsvindt, kunnen afhankelijk van de situatie diverse prijzen worden toegepast¹. Als niet intern wordt verrekend, moet het mogelijk zijn standaardkostprijzen te berekenen. Verder kan de gebudgetteerde manager vrijheid worden gegeven ten aanzien van de substitutie tussen kostensoorten. We komen hiermee ook op het terrein van budgetdecentralisatie: de mate waarin bevoegdheden en verantwoordelijkheden met betrekking tot de besteding van budgetten worden gedelegeerd naar lagere managementniveaus. Die keuzes zijn gebaseerd op de bereidheid van het topmanagement bepaalde bevoegdheden te decentraliseren. Die bereidheid wordt overigens vaak ingegeven door menselijke beperkingen en externe omstandigheden: beperkingen in de 'span of control' en een grote mate van dynamiek in de externe omgeving dwingen een organisatie tot decentralisatie om slagvaardig te kunnen zijn. Hoe die decentralisatie organisatorisch kan worden vormgegeven, hangt af van technologische condities, te weten de meetbaarheid van de output en het inzicht in de productiefunctie (relatie input-output) (Kaplan and Atkinson, 1989, p.529 en verder).

Een traditionele typering van organisatorische eenheden op grond van verantwoordelijkheden en daarmee samenhangende budgetteringsvormen is de volgende (Kaplan and Atkinson, 1989, p.529 en verder, Keuning en Eppink, 1993, p.453 en verder):

- (pseudo) standaardkostencentrum,
- opbrengstencentrum,
- uitgavencentrum,
- winstcentrum en
- investeringscentrum.

Aan deze opsomming is een verschijningsvorm toegevoegd die tegenwoordig veel bij ziekenhuizen voorkomt, namelijk het

- resultatencentrum.

Deze organisatorische eenheden zullen met de samenvattende term verantwoordelijkheidscentra ('responsibility centres') worden aangeduid.

In het kader van dit onderzoek zijn met name het standaardkostencentrum, uitgavencentrum en resultatencentrum van belang, omdat de andere verschijningsvormen niet voorkomen in Nederlandse ziekenhuisorganisaties. Onderstaand zullen de verantwoordelijkheidscentra nader worden besproken en zal een relatie worden gelegd

Bijlage III. Budgetteringssystemen en verantwoordelijkheidscentra

met het toe te passen interne budgetteringssysteem. Een overzicht is opgenomen in tabel III.1.

Van een **standaardkostencentrum** is sprake als het centrum wordt afgerekend op de standaardkosten per eenheid output. Deze kosten worden bepaald door de hoeveelheid en de prijs van de verbruikte input (bestede middelen) in relatie tot geleverde output. Kostenbeheersing en efficiency staan centraal. Met behulp van verschillenanalyse (prijs-, efficiency- en bezettingsverschillen) wordt inzicht verkregen in soorten afwijkingen, op welke verschillen het centrumhoofd kan worden aangesproken. Overigens is het hoofd niet verantwoordelijk voor het afgenomen volume. Derhalve is hij ook niet verantwoordelijk voor verschillen in budget en realisatie die zijn te herleiden op hoeveelhedsverschillen en bezettingsverschillen op constante kosten indien consumptie en productie onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn (zoals in de zorg het geval is, zie ook de opmerkingen in paragraaf 2.6). Ook kan het centrumhoofd niet verantwoordelijk worden gesteld voor toegerekende overhead, aangezien hij die niet kan beïnvloeden. Aangezien het centrumhoofd niet zelf de prijs van de output bepaalt, is hij tevens niet verantwoordelijk te stellen voor opbrengsten of winst. Wel is het centrumhoofd verantwoordelijk voor gebudgetteerde constante en variabele kosten. Ook kan het centrumhoofd worden aangesproken op effectiviteit op basis van gemaakte afspraken over te leveren kwaliteit, tijdigheid van leveren, etc.

Het budget van het standaardkostencentrum wordt door het hoger management bepaald op basis van vastgestelde productiefuncties en daarvan afgeleide standaardkostprijzen vermenigvuldigd met de verwachte afgenomen output. Oftewel: bij een standaardkostencentrum wordt *outputbudgettering* toegepast. Aan de daarbij behorende voorwaarden moet derhalve zijn voldaan om dit type verantwoordelijkheidscentrum te kunnen toepassen.

Het kan ook zijn dat een centrum niet wordt afgerekend op standaardkosten per eenheid output, maar op de toegestane kosten (of uitgaven) ervan. Vermenigvuldigd met het volume van die output leidt dat tot het budget. De toegestane kosten per eenheid worden dan verheven tot standaard, zonder dat een duidelijke relatie is van de output met activiteiten en input². Van een standaard in de meer traditionele betekenis binnen de management accounting (namelijk gebaseerd op normale kosten en normale productie) kan dan niet worden gesproken. Een dergelijk type verantwoordelijkheidscentrum zal worden aangeduid als **pseudo standaardkostencentrum**.

Van een discretionair **uitgavencentrum** is sprake, als het centrum wordt afgerekend op gebudgetteerde uitgaven of kosten, zonder dat een directe relatie wordt gelegd met de output. De oorzaak hiervan is dat de output niet meetbaar is of dat de productiefunctie van de output niet bekend is. Het gevolg is dat aard en omvang van de inputs niet bekend zijn, waardoor de daarvoor benodigde middelen niet exact zijn vast te stellen. In dergelijke situaties is vaak sprake van een grote mate van informatie-asymmetrie tussen centrumhoofd en hoger management. Om het budget op een realistische hoogte vast te stellen is daarom een intensieve communicatie vereist tussen beide managementniveaus.

Bijlage III. Budgetteringssystemen en verantwoordelijkheidscentra

Ook is betrokkenheid van functionarissen die werkzaam zijn in het centrum van belang, omdat gebrek aan inzicht in de productiefunctie vaak opgaat als er sprake is van professioneel werk. Derhalve vereist het vaststellen van een realistische hoogte van het budget het oordeel van gebudgetteerde professionals en een open en eerlijke communicatie tussen verschillende managementniveaus en professionals. Aan de basis daarvan ligt wederzijds vertrouwen. Ook aan beoordeling van verschillen tussen budget en realisatie en de mate van effectiviteit ligt het oordeel van professionals en daarmee vertrouwen ten grondslag.

Om de hoogte van het budget van een uitgavencentrum te bepalen kunnen ook meer rekenkundige benaderingen worden toegepast. Zo kan de hoogte van het budget in voorgaande jaren als uitgangspunt worden genomen en worden verhoogd met een bepaald percentage (incrementele budgettering). Ook is vergelijking met het bedrijfstakgemiddelde mogelijk, hetgeen als uitgangspunt voor budgetbepaling kan dienen. Een ander alternatief is vaststelling van het budget op basis van een bepaald percentage van een andere grootte (bijvoorbeeld de omzet). Indien een uitgavencentrum budget ontvangt zonder een duidelijke tegenprestatie te vragen c.q. grote vrijheid heeft deze middelen te besteden, is sprake van bestuurlijke verzelfstandiging (zie Mol, 1997, p.23).

Op grond van de vorige paragraaf kan worden geconcludeerd dat bij een uitgavencentrum vooral sprake is van *inputbudgettering*.

Bij een **opbrengstcentrum** wordt het centrum afgerekend op gerealiseerde opbrengsten. Meestal is dat van toepassing op verkoopafdelingen die de producten van andere centra moeten verkopen. De kostenverantwoordelijkheid is meestal beperkt tot de verkoopkosten van het betreffende centrum: de kosten van verkochte goederen worden niet in beschouwing genomen. Bij een **winstcentrum** ligt dat anders. Anders dan bij het standaardkostencentrum, het uitgavencentrum en het opbrengstcentrum, heeft het winstcentrum een grote mate van vrijheid in het bepalen van de outputs die ze voortbrengt. Ook heeft het centrum veel beslissingsbevoegdheid over productiefuncties en daarmee over de input. Er is dus een grote mate van vrijheid welke output voort te brengen en hoe die tot stand te brengen, gegeven een bepaalde hoeveelheid kapitaalgoederen. De te realiseren winst is het criterium waarop het winstcentrum wordt beoordeeld. Indien het centrumhoofd aanvullend de bevoegdheid krijgt te investeren in kapitaalgoederen en werkkapitaal, dan is sprake van een **investeringscentrum**. De kosten van kapitaal moeten dan bij de beoordeling worden betrokken, hetgeen leidt tot gebruik van prestatie-indicatoren zoals rendement op geïnvesteerd vermogen. Bij zowel het winst- als het investeringscentrum is de realisatie van doelstellingen doorslaggevend, niet hoe ze bereikt worden. Birnberg et al. (1983) spreken van *control bij targets*.

Opbrengstcentra in de zin van verkoopafdelingen zijn bij academische ziekenhuizen niet van toepassing. Tevens bestaat de indruk dat academische ziekenhuizen niet zo ver gaan in het delegeren van verantwoordelijkheden dat kan worden gesproken van winstcentra of investeringscentra. Nog afgezien van het feit dat in deze non-profitorganisaties het winstbegrip niet van toepassing is, worden voor zover bekend

Bijlage III. Budgetteringssystemen en verantwoordelijkheidscentra

afdelingen niet aangestuurd op het maximaliseren van het verschil tussen kosten en opbrengsten. Bovendien hebben ze geen volledige vrijheid in het kiezen van te bedienen (winstgevende) patiënten. Echter de typologie van standaardkostencentrum en uitgavencentrum is ook niet helemaal toereikend. In de praktijk blijken veel ziekenhuisonderdelen niet alleen afgerekend te worden op gebudgetteerde kosten, maar is de hoogte van de gebudgetteerde kosten afhankelijk van de gegenereerde opbrengsten. Een dergelijk onderdeel heeft dan het karakter van een **resultatencentrum** (zie Mol, 1997, p.23 en 104). De organisatie-eenheid is dan economisch zelfstandig: het loopt risico over zowel opbrengsten als kosten en wordt op het saldo ervan afgerekend. Plussen en minnen worden via haar reserves verrekend. Anders dan bij het standaardkostencentrum dat alleen wordt afgerekend op de middeleninzet, wordt het resultatencentrum verantwoordelijk gesteld voor het afstemmen van haar kosten op haar opbrengsten. Anders dan bij het winstcentrum, wordt het resultatencentrum niet afgerekend op een te behalen winst. Bovendien heeft het weinig vrijheid te bepalen welke patiënten worden geholpen, i.c. welke outputs worden voortgebracht. Ook op de hoogte van de vergoeding heeft het weinig invloed.

Bij bovenstaande bespreking van verantwoordelijkheidscentra en hun condities dient te worden bedacht dat niet alleen de aard van de productie bepalend is of kosten traceerbaar zijn c.q. wat voor budgetteringssysteem en verantwoordelijkheidscentrum mogelijk is. Ook de stand van de informatietechnologie speelt een belangrijke rol. Deze is inmiddels zo ver voortgeschreden dat het technisch en economisch haalbaar wordt steeds verfijnder informatie te genereren over outputs en activiteiten.

Tenslotte kan nog worden opgemerkt dat bovenstaande typologie nogal traditioneel van aard is, i.c. zich richt op traditionele organisatiestructuren waarbij sprake is van sterke hiërarchische (verticale) relaties. De nadruk ligt daarbij op individuele korte termijn prestaties van organisatie-onderdelen. Het onderkennen van deze tekortkomingen kan organisaties er toe brengen andere vormen van interne budgettering toe te passen, waarbij rekening wordt gehouden met horizontale relaties, i.c. horizontale samenwerkingsverbanden en gemeenschappelijk geleverde prestaties. Zie ook Van der Meer-Kooistra (1999). Verondersteld wordt dat ziekenhuizen traditionele budgetteringsmechanismen toepassen, waardoor vooreerst met een traditionele typologie is volstaan. De bevindingen van het onderzoek bevestigen de juistheid van deze veronderstelling.

Bijlage III. Budgetteringssystemen en verantwoordelijkheidscentra

Tabel III.1 Budgetteringssystemen en verantwoordelijkheidscentra

Budgetteringssysteem	Input-budgettering	Proces-budgettering	Prestatie-budgettering	Output-budgettering
Wijze van budgetbepaling	Incrementeel	Activiteiten * kostprijs activiteiten	Eindproducten * toegestane prijs eindproducten	Eindproducten * standaard kostprijs eindproducten
Factor ('budgetdriver')	Budget (middelen) vorig jaar	Activiteiten	Eindproducten	Eindproducten
Bijbehorende organisatietyologie ³	Uitgaven (of kosten) centrum	Standaard kostencentrum	Pseudo standaard kosten-centrum	Standaard kostencentrum of resultaten centrum
Conditie (*1):				
activiteiten bekend		X		X
activiteiten beperkt		X		X
middeleninzet per activiteit bekend en te onderscheiden naar constant en proportioneel variabel		X		X
middeleninzet aan te passen aan activiteitsvolume				X
output bekend (meetbaar)			X	X
output beperkt			X	X
activiteitsinzet voor output bekend en stabiel				X
Beoordelingsmaat-staf budgetrealisatie	Kosten < = gebudgetteerde kosten	Activiteiten (volume (*2), kwaliteit) en kostprijs activiteiten in overeenstemming met budget	Realisatie output (volume (*2), kwaliteit) conform budget kosten < = gebudgetteerde kosten	Realisatie output (volume (*2), kwaliteit) en kostprijs output in overeenstemming met budget en dekking kosten door opbrengsten in geval van resultaten-centrum

(*1): Bij "Conditie" zijn alleen die voorwaarden vermeld die meest essentieel zijn. X geeft aan dat aan de betreffende conditie voldaan moet zijn om het betreffende budgetteringssysteem toe te passen.

(*2): Afnemers worden aangesproken op hoeveelhedsverschillen met betrekking tot output.

Bijlage III. Budgetteringssystemen en verantwoordelijkheidscentra

¹ Op de prijsvorming in geval van interne verrekening wordt verder niet ingegaan, aangezien interne verrekening geen belangrijk aandachtspunt is van dit onderzoek, zoals in het vervolg zal worden toegelicht. Zie over dit onderwerp bijvoorbeeld J. van der Meer-Kooistra (1993).

² Varianten hierop zijn mogelijk. Eventueel zijn de toegestane kosten per eenheid output nog nader gespecificeerd op basis van toegestane (niet standaard!) kosten per activiteit en de toegestane of zelfs standaard productiefunctie van de betreffende output.

³ We zien hier af van de typologieën winst- en investeringscentrum. Deze doen zich bij ziekenhuizen niet voor.

Bijlage IV. Taakonzekerheid nader beschouwd

Bijlage IV. Taakonzekerheid nader beschouwd

In interviews met afdelingshoofden en zorgmanagers en in mindere mate met de managers bedrijfsvoering is getracht een beeld te krijgen van de mate van taakonzekerheid van de zorgproductie van de specialismen oogheelkunde, neurologie, orthopedie en cardiologie. Deze uitvoerige verkenning heeft tot een aantal kritische methodologische kanttekeningen geleid ten aanzien van de betekenis van het concept taakonzekerheid in academische ziekenhuizen. Deze worden onderstaand gepresenteerd.

Om te beginnen dient onderscheid te worden gemaakt tussen de feitelijke en de potentiële mate van taakonzekerheid. Potentieel is voor een groot deel van de zorg aan te geven welke activiteiten moeten worden uitgevoerd en hoe deze samenhangen met andere activiteiten. Dat komt tot uitdrukking in het feit dat veel zorg zich blijkt te lenen om vastgelegd te worden in zogenaamde zorgpaden. Dat zijn protocollen waarin beschreven staat welke activiteiten door wie moeten worden ondernomen om bepaalde zorg te verlenen. Een zorgmanager die expertise heeft op dit terrein geeft aan: “Ik heb me ook sterk verdiept in de zorgpaden. Ik word nu ook in huis de coördinator daarvoor. (...) Zo heb ik me ook laten informeren door het CBO (het kwaliteitsinstituut Centraal BegeleidingsOrgaan, zie ook bijlage I, BC) dat 70% tot 80% van de zorg voorspelbare zorg is en dat geloof ik ook.” Dat geldt niet alleen voor een algemeen, maar ook voor een academisch ziekenhuis: “Er zijn heel veel overeenkomsten. Laten we zeggen dat hier 70% is te protocolleren en ja, er wordt al een heleboel gedaan en nee, er valt nog veel meer te doen. Dat geldt zowel voor het diagnosetraject als het behandeltraject. (...) Je kan heel veel meer bij acutere vormen en bij aardig complexe zaken (...) Ook wat meer complexere zorg kun je standaardiseren.” Hij geeft ook het verschil tussen feitelijkheid en potentiële mogelijkheden aan: “Dat doe je niet eventjes van vandaag op morgen, want dat veronderstelt evidence based medicine, praktijkgerichtheid en consensus over een pad. Multidisciplinair, meestal.”

Is in zijn algemeenheid veel zorg in zorgpaden onder te brengen, de aard van het specialisme heeft wel invloed op de mogelijkheden tot standaardisatie, zoals de zorgmanager stelt: “Over het algemeen denk ik dat bij de snijdende specialismen er héél veel te standaardiseren is. En in de niet snijdende specialismen zou het percentage wat anders komen te liggen.(...) Bij de snijdende specialismen is ook vaak de diagnose al aangeboden en moet er gesneden worden. (...) Als je bij de interne geneeskunde en de neurologie komt, het heten niet voor niks beschouwende vakken, die denken nog eens, die peinen nog eens, die praten nog eens, die denken nog eens, die peinen nog eens en die praten nog eens en dan komen ze tot een diagnose. Ik chargeer. Dat is toch meer eigen aan dit soort specialismen omdat je uit een brei moet komen tot een diagnose.” Het hoofd van de afdeling Neurologie bevestigt dit beeld: “Wij kunnen soms ontzettend aan het zoeken zijn, dat klopt. Een deel van onze patiënten komt zonder diagnose binnen en dan zijn we een hele tijd bezig voordat er een diagnose aan vast zit.” Ook een analyse van de overgangsorganisatie DBC-Zorg en een geselecteerde groep ziekenhuizen laat zien dat de

Bijlage IV. Taakonzekerheid nader beschouwd

kostenhomogeniteit van DBC's waar een ingreep/operatie op van toepassing is, veel hoger is dan die van beschouwende vakken (KPMG, 2004, p.9 en 10). Desalniettemin blijken ook hier veel mogelijkheden te zijn tot standaardiseren. Als ik het afdelingshoofd vraag of 70 à 80 % van de zorg, ook van de academische zorg van de neurologie, in klinische paden te vatten zou zijn, antwoordt hij: "Ja, dat denk ik wel."

Zorg die moeilijk in protocollen is onder te brengen betreft die waarbij sprake is van meervoudige diagnoses of comorbiditeit. Meervoudige diagnoses hebben betrekking op meerdere aandoeningen die op eenzelfde specialisme of probleemgebied betrekking hebben, terwijl comorbiditeit wil zeggen dat een patiënt verschillende aandoeningen heeft die niet op één en hetzelfde probleemgebied betrekking hebben, maar die elkaar wel sterk ontregelen of versterken. Op onze vraag of voor een bepaalde diagnosegroep vaak dezelfde diagnostische activiteiten worden uitgevoerd, antwoordt een oogarts: "Dat kun je bijna correleren aan de patiënt die aan het oog vastzit. Want het vervelende is: bij de diagnose wordt altijd gedacht aan het oog. De oogheelkundige diagnose kan misschien wel vlug gaan, maar de complexiteit wordt vaak gevormd door de patiënt die daar aan vastzit. Het probleem met een staar (vertroebeling van de ooglens, BC), maar tevens een dialyse-apparaat met je meentrekken als je binnenkomt, betekent dat de complexiteit niet alleen in de staar ligt, maar in de patiënt die vastzit aan die staar. (...) De hele patiënt dwingt je tot zijsporen, bochten, tweede spoor, etc." De eerder genoemde zorgmanager bevestigt dit beeld.

De mate waarin een specialisme over meer electieve zorg beschikt in relatie tot acute zorg kan ook invloed hebben op de mate van taakonzekerheid. Electieve specialismen zijn in staat meer in hun zorg te sturen, zoals een manager bedrijfsvoering stelt: "Specialisme A is het meest simpele specialisme van Nederland. Bijna altijd electief. Bij dat specialisme kun je altijd nog zeggen: ik ga nu niet opereren."

Onderzoek blijkt een gunstig stempel op protocollering te drukken. Zoals een afdelingshoofd stelt: "Onderzoek is ongelooflijk strak protocollair. Veel strakker dan een gewone behandeling." Overigens hangt dat wel af van het type onderzoek, zoals een ander afdelingshoofd opmerkt als we hem ook confronteren met de vraag of het volgen van protocollen belangrijk is bij het uitvoeren van onderzoek: "Dat hangt er van af welk onderzoek je daaronder verstaat. Wij doen veel aan basaal onderzoek. Dat betekent dat wij weinig klinisch gebonden onderzoek doen. Dat is meer in de niche omdat we niet voldoende productie draaien (...). Waardoor je met wat kleine getallen wat innovatieve zaken kunt doen. (...) Wat dat betreft doen wij wat meer in de preklinische hoek onderzoek. En daar heb je andere doelen, zoals de ontwikkeling van producten." Diverse afdelingshoofden geven ook aan dat de opleidingsfunctie de aanwezigheid van protocollen vereist, want die vormen een belangrijke leidraad bij de opleiding.

De literatuur veronderstelt dat snelle verandering van de technologie tot meer taakonzekerheid leidt. Dat verband blijkt in het ziekenhuis van de gevalsstudie niet van toepassing te zijn. Technologische vernieuwing is het gevolg van onderzoek en onderzoek

Bijlage IV. Taakonzekerheid nader beschouwd

leidt tot beter inzicht in bepaalde aandoeningen en de wijze waarop die behandeld kunnen worden. Het hoofd van de afdeling Cardiologie schetst de ontwikkelingen in zijn vakgebied: “De cardiologie is een zich snel ontwikkelend vak, in de zin van wat vandaag modern is, is morgen achterhaald. Niet alleen door de technologie, maar door de combinatie van allerlei wetenschappelijke onderzoeken en deels natuurlijk door technologie. Per jaar hebben we X grote bijeenkomsten. Daar gaan we allemaal naar toe zoveel mogelijk en alles wat daar nieuw is, wat daar gepresenteerd wordt, dat implementeren we meteen in ons zorgpallet als het ware, in onze protocollen. Dus dat passen we allemaal onmiddellijk aan binnen de mogelijkheden, de financiële mogelijkheden die we hebben.” Met name geldt dat voor het onderdeel interventiecardiologie. Zoals een zorgmanager stelt: “Ik kijk wel eens terug en dan denk ik, wat is er nou in de drie jaar dat ik hier zit enorm veranderd? Er worden nog steeds mensen geopereerd, er liggen nog steeds mensen op de IC. De interventiecardiologie heeft in Nederland breed een enorme vlucht genomen.” Deze technologische ontwikkeling blijkt echter niet tot taakonzekerheid te leiden: “Cardiologie is een betrekkelijk eenvoudig vak, in de zin van klinische presentaties, categorisering (...) Het is een betrekkelijk redelijk goed afgebakend en overzichtelijk geheel.” Bovendien draagt betere technologie bij aan minder taakonzekerheid, doordat de kans op complicaties veel minder groot is, zoals de manager bedrijfsvoering schetst: “Dat was allemaal chirurgisch gebied vroeger. Dat chirurgisch gebied wordt kleiner. (...) Het is prachtig dat dit er is en zich zo ontwikkelt met minimaal invasief ingrijpen. Dit is natuurlijk een veel beter gaatje dan een hele borstkas open maken.”

Technologische vernieuwing leidt niet alleen tot minder taakonzekerheid door een geringere kans op complicaties tijdens het zorgverleningsproces, het dwingt ook tot protocollering en leidt daarmee ook tot minder taakonzekerheid.

Dwingen opleiding en onderzoek het gebruik van protocollen af, de vraag is of ervaren artsen zich veel gelegen laten liggen aan het toepassen ervan bij de overige zorgverlening die niet heel sterk is verbonden met onderzoeks- en opleidingsprogramma's. Een afdelingshoofd stelt in dit verband: “(met overtuiging) Ja, ja. Ik wil niet zeggen dat ze met het protocol in de hand op de eerstehulp staan of op de polikliniek, maar in principe wel.” De eerder genoemde zorgmanager geeft aan dat het wel of niet toepassen van protocollen van een aantal persoonsgebonden factoren afhangt. Zo is bijvoorbeeld de aansturing door het afdelingshoofd van belang bij het volgen van protocollen: “Ik denk dat dit bij specialisme A veel stringenter is. Misschien staat nog niet alles op papier, maar omdat het ook afdelingshoofd A is. ‘Dat is het pad dat we bewandelen.’ Die stuurt enorm. En binnen specialisme B zijn verschillende medisch specialisten toch wat meer zelfstandig. Dan is het wat lastiger die consensus te hebben met elkaar en te houden, want dat is het met name ook. Je kunt wel iets afspreken, maar houdt men zich er ook aan?!”

Taakonzekerheid wordt dus ook sterk beïnvloed door de aansturing. Als vrijheid in handelen wordt toegelaten, is er grotere kans op taakonzekerheid.

Een andere subjectieve factor is de mate waarin medische professionals (maar ook andere medische beroepsgroepen) protocollen als een aantasting van hun autonomie ervaren. Zoals de zorgmanager schetst die zich sterk met protocollering bezig houdt: “Het grappige

Bijlage IV. Taakonzekerheid nader beschouwd

is dat als je kijkt naar kenmerken van professionalisering, de autonomie natuurlijk heel hoog scoort. Hoe meer een beroepsgroep zich gaat professionaliseren, des te minder de neiging lijkt te gaan bestaan, dat is bijna een overtuiging van me geworden, om zich te willen verbinden aan protocollen. Dat tast hun autonomie aan. 'Ja nee, ik heb daar zelf ook een eigen mening over'. Dus het af willen wijken van protocollen wordt sterker naarmate een beroepsgroep professioneler wordt. (...) Ik heb jarenlang gewerkt op het specialisme A. Dat was een groep die zich steeds meer ontwikkelde, professionaliseerde, absoluut. Autonomer werd. Zelfstandiger kon werken, in die zin. Des te moeilijker werd het bepaalde inhoudelijke procesgerichte regels met elkaar te hanteren. Ik heb er een keertje een themabijeenkomst over gehouden en proberen duidelijk te maken ook, het gaat er om dat je weet wanneer je moet afwijken, wanneer je *moet* afwijken en dan beargumenteerd moet afwijken. Maar het voelt toch heel erg gauw als 'ja, dan wordt het zo saai en ik kan toch zelf ook wel nadenken en de prikkel gaat er dan vanaf en ik vind dan eigenlijk van zus en van zo.' " De zorgmanager wijst ook op de reactie van een arts van een andere medisch specialisme bij een voorlichtingssessie over klinische paden: "Dat werd ook gezegd: 'ja, het moet natuurlijk geen spoorboekjesgeneeskunde worden.' Dat is een soort angst bij ze: we hebben er voor gestudeerd, we weten het en als we alleen nog maar van A tot Z moeten gaan, ja. (...) Rationeel ja, 'maar ja, ik ben de arts, ik bepaal het beleid.' Nee, het beleid staat dan op papier. (...) 'Wat is dan mijn professionele inbreng?' Daar moeten mensen anders in leren denken, want je kan dat werk alleen maar doen als je zo professioneel bent, omdat je dan weet wanneer je dat pad moet blijven volgen en wanneer niet meer, want anders ga je fouten maken als je alleen maar dat spoorboekje volgt." Hij vult aan dat dat ook voor andere beroepsgroepen geldt en voegt er aan toe: "Hoe meer professioneler ze worden, hoe meer de neiging bestaat af te wijken van wat common sense is."

Deze reactie is opvallend, zeker voor academici. Want professioneel werken wil per definitie zeggen dat men zich conformeert aan standaards die op basis van eerder onderzoek en de meningen van ervaren deskundigen zijn gevestigd. Psychologische factoren blijken die houding te frustreren, zoals het willen geven van een eigen invulling aan het werk en daar variatie in aanbrengen. Men wil eigen creativiteit kwijt kunnen en een persoonlijk stempel drukken op het werk. Dat het professionele vaardigheden vereist om volgens protocollen te kunnen werken en er op goede gronden vanaf te wijken, blijkt niet voldoende te leiden tot het gewenste gevoel van professionele eigenwaarde. De conclusie zou kunnen luiden dat voor medisch specialisten vooral persoonlijke autonomie de ultieme uiting is van professionele autonomie. In ieder geval is er sterke behoefte aan persoonlijke autonomie in het medisch professioneel handelen. En dat versterkt de mate van taakonzekerheid.

Subjectieve elementen die de mate van taakonzekerheid beïnvloeden, komen met name ook bij het definiëren van DBC's om de hoek kijken. De kans op taakonzekerheid van een bepaald zorgproces neemt toe naarmate dat proces breder is gedefinieerd. Als we een afdelingshoofd vragen of hij bij een bepaalde diagnosegroep een duidelijk beeld heeft van de uit te voeren en aan te vragen diagnostische activiteiten, onderbreekt hij ons: "Dat hangt er vanaf hoe nauwgezet je die diagnosegroepen omschrijft. (...) Als je een

Bijlage IV. Taakonzekerheid nader beschouwd

diagnosegroep omschrijft als hersenletsel, dan heb je daar een enorm spectrum binnen.” Hij schetst dat dat kan variëren van een lichte hersenschudding tot zwaar schedel/hersenletsel. Zoals ook blijkt bij de operationalisatie van de DBC-systematiek is niet alleen de aard van de zorg bepalend voor het aantal producten / productiefuncties, maar ook de subjectieve zienswijze van medisch specialisten binnen de beroepsgroepen. De kern van de discussie is waar de grenzen van medische homogeniteit liggen bij het clusteren van zorg in DBC's: wanneer zijn zorginhoudelijk gesproken bepaalde 'zorgproducten' aan elkaar gelijk? Om DBC's voor hen acceptabel te maken als zorgproducten moet die identificatie tot medisch herkenbare homogene, dus unieke zorgproducten leiden. Er sluipt zo een subjectief element binnen dat het aantal productiefuncties bepaalt (zie ook eindnoot 3 van hoofdstuk 4). Naarmate het aantal soorten DBC's toeneemt, is elk type DBC op zichzelf minder taakonzeker (dimensie analyseerbaarheid, zie paragraaf 3.3.2). Groei van het aantal soorten DBC's maakt wel weer dat het specialisme in totaliteit meer taakonzeker wordt (dimensie aantal uitzonderingen: het aantal 'activiteiten' neemt toe). Het aantal externe budgetparameters, tot uitdrukking komend in de soorten DBC's, zal sterk kunnen toenemen. Weliswaar is met behulp van automatisering veel informatie te genereren, het vergt veel inspanning van diverse medewerkers over de betekenis van die informatie te communiceren. De vraag is dan of het maatwerk kan worden gerealiseerd waarop de voorzitter van de RvB van het ziekenhuis van de gevalsstudie doelt, namelijk het afkomen van bezettingsresultaten. Is het aantal DBC's al een bron van zorg, met het toepassen van meerdere interne vergoedingen (integraal voor de normale en variabel voor de extra productie) nemen die zorgen alleen maar toe. Indien centra en afdelingen veel verschillende soorten DBC's kennen, zou dat er toe kunnen leiden dat het toegepaste interne budgetteringssysteem om redenen van organisatorische aard minder verfijnd is dan bij organisatieonderdelen waar minder soorten DBC's op van toepassing zijn.

Een ander subjectief element is de bereidheid ook daadwerkelijk inzicht te kunnen en willen geven in productiefuncties. Immers de mate van taakonzekerheid is mede gedefinieerd aan de hand van de mate waarin inzicht bestaat in productiefuncties. Lange tijd, en die tijd is ook van toepassing op dit onderzoek, heeft dit inzicht niet bestaan. Weliswaar zijn diverse verrichtingen voor zover voldoende aan CTG-coderingen bekend, maar die zijn niet meegenomen in definities van zorgproducten. Deze definities zijn in de periode van de FB-financiering overigens vaak ook niet aanwezig (zie paragraaf 2.6). De kwaliteit van de informatievoorziening binnen het ziekenhuis (voorwaarden op het gebied van ICT) speelt onder andere een rol. Op het moment dat en de ICT-systemen niet beschikbaar zijn en de relaties tussen verrichtingen en zorgproducten niet adequaat zijn aangegeven, is er weinig inzicht in de productiefuncties. Daarbij speelt tevens de bereidheid van artsen die relaties aan te geven een rol. De mate van taakonzekerheid is dan hoog, zonder dat dat een gevolg hoeft te zijn van de aard van de productietechnologie. Overigens geldt voor het ziekenhuis van de gevalsstudie wel dat de informatievoorziening omtrent verrichtingen gekoppeld aan diagnoses goed ontwikkeld is. Wat er tot aan de introductie van DBC's echter heeft ontbroken, is een relatie met complete zorgproducten.

Bijlage IV. Taakonzekerheid nader beschouwd

Bovendien werd tot voor kort ook geen relatie gelegd met de kosten van die verrichtingen en zorgproducten.

Anders dan vermoed blijkt het causale verband tussen taakonzekerheid en interne budgettering niet per se in één richting te lopen. Was de aanname in het theoretisch raamwerk dat taakonzekerheid (on)mogelijkheden creëert voor bepaalde vormen van interne budgettering, zo blijkt in het onderzoek dat interne budgettering ook invloed kan hebben op de mate van taakonzekerheid. We komen hierbij terug op het eerder genoemde subjectieve element van sturing. Het eerder genoemde afdelingshoofd dat sterk stuurt op protocollen, wordt gebudgetteerd via koppeling in centrum A. Zijn specialisme beschikt over een lage wegingsfactor en krappe historische budgetten. Noodgedwongen heeft hij de processen binnen zijn afdeling zeer efficiënt georganiseerd. De verordening van het gebruik van protocollen c.q. het naleven van bepaalde behandelingswijzen past in dat beeld, doordat het weinig ruimte laat voor 'persoonlijke smaken' die geld kosten. Zoals het afdelingshoofd zelf ook stelt als het gaat om de wijze van zorgverlening: "Ik leg ze (zijn collega medisch specialisten, BC) uit: jongens, het moet financieel echt zo die kant uit en anders kan het niet." Ook een ander afdelingshoofd dat via koppeling invloed op zijn budgetten ervaart, legt een relatie tussen protocollering en beschikbare middelen: "Ons arsenaal is uitgebreid. We kunnen veel meer aan diagnostiek doen. Diagnostiek is duur. Je moet je dus af gaan vragen: heeft het zin om bij die en die klacht of die en die aandoening X of Y te doen, wat moet je daar mee? (...) Het zou me niet verbazen dat die rationalisering gedeeltelijk een gevolg is van het feit dat er tegenwoordig zoveel kan en dat het enorm veel geld kost." In dit verband kan ook worden gesteld dat DBC's de mate van taakonzekerheid in de toekomst mogelijk kunnen verkleinen, als medisch specialisten door financiële nood gedwongen strakker volgens protocollen gaan werken.

Tenslotte kan ook nog opgemerkt worden dat de mate van taakonzekerheid ook wordt bepaald door de mate waarin een ziekenhuis c.q. medisch specialisten doen waar ze ervaren en bedreven in zijn. Naarmate volumes van bepaalde behandelingen toenemen en ook specifiek aanbod specifieke vraag oproept, ontstaat normering van de wijze van behandeling. Dat verlaagt zowel de mate van taakonzekerheid van het patiëntenaanbod (het aantal verschillende zorgproducten dat het specialisme levert, versmalt), als van specifieke zorgproducten (grote volumes leiden tot normering op grond van ervaring).

Bijlage V. Specificatie budget universitair medisch centrum

Bijlage V. Specificatie budget universitair medisch centrum

In deze bijlage worden de hoofdcomponenten van het budget van het universitair medisch centrum nader gespecificeerd. Bijna alle academische ziekenhuizen zijn inmiddels gefuseerd met de aan hen gelieerde Faculteit der Medische Wetenschappen (Geneeskunde). Dit geheel wordt aangeduid met de term universitair medisch centrum (UMC) waarvan het academisch ziekenhuis een belangrijk deel uitmaakt¹. Aangegeven wordt welke kosten uit een bepaalde budgetcomponent dienen te worden gefinancierd, alsmede hoe de hoogte van het betreffende budget tot stand komt. Een samenvattend overzicht is opgenomen in tabel V.1.

De opbrengsten van een UMC kunnen op hoofdlijnen worden onderscheiden naar de volgende hoofdcomponenten:

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

1. Externe budget (Wettelijk budget aanvaardbare kosten, Toegekend wettelijk budget, CTG-budget, WTG-budget)²

Het externe budget valt binnen de werkingssfeer van het ministerie van VWS. Het is het budget dat op grond van CTG-rekenstaten wordt geaccordeerd en aan het ziekenhuis wordt toegekend. De werkingssfeer van de WTG is hierop van toepassing: voor de berekening van het budget worden wettelijke tarieven toegepast. Het budget is totstandgekomen op WTG-richtlijnen, erkenningsgetallen en in het lokaal overleg overeengekomen productieafspraken (VWS, 2000b, p.B80).

De meeste componenten van het externe budget (maar niet alle, zoals de locatiegebonden kosten) vallen onder het regiem van de functiegerichte budgettering. De benaming functiegerichte budgettering wordt op vele manieren gebruikt. Het wordt gehanteerd om de stelselwijziging in de budgettering van (academische) ziekenhuizen aan te duiden, waarbij gemakshalve het totale WTG-budget (dus inclusief de locatiegebonden kosten) wordt bedoeld. Wij zullen ons in voorliggend onderzoek bij deze, meest gangbare betekenis aansluiten. Ook kan dat deel van het ziekenhuisbudget (zijnde het grootste deel) worden bedoeld dat met behulp van FB-parameters wordt vastgesteld, hetgeen zuiver gesproken correct is.

Bijlage V. Specificatie budget universitair medisch centrum

Vaak wordt de topklinische zorg als een aparte categorie beschouwd, echter strikt gesproken maakt die onderdeel uit van de FB-systematiek. Hetzelfde geldt voor de geleverde eerstelijnsdiagnostiek. In nog weer andere gevallen wordt alleen dat deel bedoeld dat tot stand komt op basis van de productieparameters opnamen, verpleegdagen, dagbehandelingen en 1^e polikliniekbezoeken.

Het totale budget aanvaardbare kosten bestaat uit de volgende componenten (waarbij we zoveel mogelijk de volgorde aanhouden van het functiegerichte budget in hoofdstuk 2):

Locatiegebonden kosten³ (excl. kapitaalslasten)

Te dekken kosten:

Dit zijn kosten die specifiek samenhangen met een individuele instelling, zoals energiekosten, belastingen, verzekeringen en onderhoud van gebouwen, installaties en terreinen⁴. Tot die laatste component behoren ook loonkosten van medewerkers die zich met onderhoud bezighouden. Weliswaar maken de kapitaalslasten van gebouwen, installaties en terreinen ook deel uit van de locatiegebonden kosten, maar deze zijn separaat behandeld.

Berekening hoogte budget:

Deze kosten worden vergoed op basis van normbedragen per bed met de kanttekening, dat mutaties met ingang van 1997 worden vergoed op basis van normbedragen per m²^{5, 6} (CTG, 2000a).

Opmerkingen:

- Anders dan vaak gesuggereerd wordt maken de locatiegebonden kosten geen deel uit van het functiegerichte budget⁷. Er geldt een apart bekostigingsregiem voor (NZi, 1998 II, p.17).
- Met ingang van 2001 worden de kosten van energie, belastingen, verzekeringen en onderhoud van gebouwen, installaties en terreinen voor de algemene ziekenhuizen vergoed op basis van genormeerde bedragen⁸ per normatieve m2 instandhouding. Daarmee worden historische onrechtvaardigheden voorkomen, terwijl het bovendien logisch is de vergoedingen voor instandhoudingsinvesteringen en onderhoud op dezelfde grondslag (namelijk m2) te baseren. Voorheen vond de vergoeding plaats op basis van historische grondslagen (CTG, 2001c, p.4).

Beschikbaarheidskosten

Te dekken kosten:

Dit zijn de kosten die vast zijn en die worden gemaakt in verband met het in stand houden van basale functies van het ziekenhuis. Voorbeelden hiervan zijn huisvestingskosten.

Berekening hoogte budget:

De vergoeding van deze kosten vindt plaats door het aantal inwoners dat voor zorgverlening is aangewezen op het ziekenhuis (gemiddelde klinische⁹ en poliklinische¹⁰ adherentie) te vermenigvuldigen met een bepaald bedrag. Voor de berekening van deze budgetcomponent wordt een voortschrijdend gemiddelde gehanteerd van de gerealiseerde adherentie in drie voorgaande jaren (CTG, 2003b).

Tabel V.1 Totale Budget Universitair Medisch Centrum

Budgetcomponenten	Academische functies					Parameters
	zorg			werk- plaats (onderwijs)	ontwik- keling (onderzoek)	
	regu- lier (1)	topkli- nisch (2)	topre- ferent (3)			
1. Externe budget						
Locatiegebonden kosten	X	X	X			erkende bedden en m2
Beschikbaarheidskosten	X	X	X			gemiddelde adherentie
Capaciteitsgebonden kosten	X	X	X			erkende bedden en WBMV-capaciteiten
Functiegebonden kosten	X	X	X			gewogen specialisteneenheden
Productiegebonden kosten:						
Opnamen	X	X	X			opnamen
Verpleegdagen	X	X	X			verpleegdagen
1e Polikliniekbez'n	X	X	X			1e polikliniekbezoeken
Dagbehandelingen	X	X	X			dagverplegingen (categorie 1 en 2)
Diverse verrichtingen	X		X			heupen, knieën, cataracten
WBMV-verrichtingen		X				WBMV-verrichtingen
Academisch budget:						
Topreferente zorg			X			demografische groei
Ontwikkeling en innovatie					X	vast
Opleiding				X		vast
Artskosten honoraria	X	X	X			genormeerde aantallen en prijzen
Kapitaalslasten (rente, afschrijving)	X	X	X			nacalculatie, erkenningen, rentenormering
Diverse kosten:						
Samenwerkingsverbanden						specifieke afspraken
Locale productiegebonden toeslag						o.b.v. projectvoorstellen
Overige kosten						divers

Tabel V.1 Totale Budget Universitair Medisch Centrum - vervolg

Budgetcomponenten	Academische functies					Parameters
	zorg			werk- plaats (onderwijs)	ontwik- keling (onderzoek)	
	regu- lier (1)	topkli- nisch (2)	topre- ferent (3)			
2. Rijksbijdrage middelen						
Werkplaatsfunctie (incl. ontwikkeling):						
Kap.lasten gebouw				X	X	nacalculatie
Basisvoorziening				X	X	m2, vaste voet
Onderwijs en Onderzoek				X	X	studenten, artsdiploma's, proefschriften, wp
Faculteit:						
Vaste voet + parametercompartiment						vast en variabel deel, o.a. aantal studenten
Specifieke toewijzingen						specifieke afspraken
Projectmatige toewijzingen				X	X	o.b.v. projectvoorstellen
3. 2e, 3e en 4e geldstromen						
2e: voorwaardelijke geldstromen OCW					X	o.b.v. projectvoorstellen
3e: niet-commerciële fondsen					X	o.b.v. projectvoorstellen
4e: commerciële fondsen					X	o.b.v. projectvoorstellen
4. Overige opbrengsten						divers (vaak niet gelieerd aan acad.functies)

NB: Indien er geen specifieke relatie bestaat tussen een budgetcomponent en bepaalde academische functies, is geen relatie aangegeven.

Bijlage V. Specificatie budget universitair medisch centrum

Opmerkingen:

Volgens NZi (1998 II, p.27) gaat het hier om een vergoeding van semi-vaste kosten. Groot en Van Helden (2003, p.263) en het CTG (website CTG per 1 november 2001, www.ctg.nl) stellen dat deze kosten vast zijn. Een en ander is een kwestie van definiëring.

Capaciteitsgebonden kosten

Te dekken 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 capaciteit van het ziekenhuis. Het gaat om kosten die samenhangen met de hotelfunctie (voeding van patiënten, schoonmaak). Verder zijn met de WBMV-zorg ook bepaalde capaciteitskosten gemoeid. Zo geldt er bijvoorbeeld een vaste vergoeding voor de kosten van een traumahelicopter (zie CTG, 2003b).

Berekening hoogte budget:

De vergoeding voor zover niet betrekking hebbend op specifieke WBMV-capaciteiten wordt bepaald door het aantal erkende bedden te vermenigvuldigen met een vaste vergoeding per bed. Voor WBMV-capaciteiten gelden specifieke vergoedingen.

Opmerkingen:

- Het werkelijke aantal bedden kan sterk afwijken van de erkenning.
- Volgens NZi (1998 II, p.27) gaat het bij erkende bedden en specialistenplaatsen om vaste, volgens Groot en Van Helden (2003, p.263) om semi-vaste kosten. NZi baseert zich daarbij op het feit, dat de erkenningen in principe zijn bevroren. Echter sec gesproken is dat een financieringskwestie. Ook is een en ander een kwestie van definiëring.

Functiegebonden kosten

Te dekken 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.

Berekening hoogte budget:

Als uitgangspunt voor de vergoeding geldt het aantal gewogen specialisteneenheden (berekend op basis van het aantal werkelijke poortspecialisten¹¹), vermenigvuldigd met een vast bedrag.

Opmerkingen:

- De functiegebonden kosten worden vaak ook gepresenteerd als capaciteitsgebonden kosten.
- De wegingsfactoren voor medisch specialisten zijn aangepast (voor de hoogte ervan, zie tabel V.2), waardoor de vergoedingen meer recht doen aan de kostenverhoudingen tussen specialismen zoals die door ontwikkelingen in de zorgverlening zijn geëvolueerd (CTG, 2001c, p.2). Deze wegingen zijn zowel van toepassing op algemene als academische ziekenhuizen (CTG, 2001b, p.5). Bovendien wordt uitgegaan van het werkelijk aantal medisch specialisten in plaats van de erkenning¹². Over die werkelijke aantallen kunnen ziekenhuis en zorgverzekeraar afspraken maken

Bijlage V. Specificatie budget universitair medisch centrum

(VWS, 2000c, p.3). Deze wijzigingen hebben mogelijke consequenties voor de groepsindeling van het ziekenhuis (en daarmee de hoogte van diverse parameterbedragen), het aantal gewogen opnamen en 1e polikliniekbezoeken en de vergoeding voor de capaciteitsgebonden kosten (die gebaseerd is op het aantal gewogen specialisteneenheden).

- Er wordt uitgegaan van een genormeerd aantal gewogen specialisteneenheden dat is berekend op basis van de werkelijk aanwezige specialisten in vergelijkbare algemene ziekenhuizen. Dit in navolging van de veranderde FB-systematiek bij algemene ziekenhuizen. De wijziging in de aantallen heeft consequenties voor de berekening van het aantal specialisteneenheden en daardoor voor de vergoeding van de functiegebonden kosten, de artskosten en de afschrijvingen van medische en overige inventarissen (CTG, 2001b, p.6; CTG, 2003b, p.2).
- Zie de opmerkingen bij artskosten over het aantal specialisteneenheden. Wijziging daarvan heeft consequenties voor de functiegebonden kosten.

Productiegebonden kosten

Te dekken kosten:

Deze kosten variëren met de omvang van de productie en zijn dus variabel (zie opmerkingen). Hierbij moet gedacht worden aan personeelskosten zoals verpleging, gebruik van geneesmiddelen, verbandmaterialen en andere patiëntgebonden kosten. Drie productiestromen kunnen worden onderscheiden: reguliere (algemene) zorg, topklinische zorg en diagnostiek ten behoeve van de eerstelijns (zoals huisartsen).

Berekening hoogte budget:

Reguliere productie:

- Deze wordt uitgedrukt in de parameters gewogen opnamen, verpleegdagen, dagverplegingen (categorieën 1 en 2, zie opmerkingen), gewogen 1e polikliniekbezoeken en enkele specifieke verrichtingen die tot de reguliere zorg worden gerekend¹³.

Topklinische zorg:

- Deze wordt uitgedrukt in specifieke aantallen verrichtingen.

Voor zowel de reguliere als topklinische zorg wordt het budget bepaald door jaarlijks met de zorgverzekeraar te onderhandelen over aantallen. Deze worden vermeningvuldigd met landelijk vastgestelde parameterwaarden. Deze zijn voor de reguliere productieparameters opgenomen in tabel V.3 aan het slot van deze bijlage.

Diagnostiek ten behoeve van de eerstelijns (huisartsen etc.):

- Specifieke verrichtingen worden gedeclareerd en leiden tot opbrengsten.

Opmerkingen:

- Een deel van de vergoedingen voor topklinische zorg is niet gekoppeld aan feitelijke productie-aantallen, maar aan de productiecapaciteit. Zie de capaciteitsgebonden kosten.
- De definitieve afrekening van de productie vindt plaats op basis van nacalculatie conform de systematiek bij de algemene ziekenhuizen.
- De parametervergoedingen welke voorheen hoger waren dan die van de algemene ziekenhuizen, zijn met ingang van 2001 gelijk getrokken (AZG, 2001).

Bijlage V. Specificatie budget universitair medisch centrum

- De tarieven voor opnamen en 1^e polikliniekbezoeken worden vermenigvuldigd met een wegingsfactor per specialisme. Met die wegingsfactor wordt getracht tegemoet te komen aan kostenverschillen tussen specialismen. Aan het slot van dit hoofdstuk is in tabel V.2 een overzicht met deze wegingsfactoren opgenomen.
- Dagverplegingen worden ook wel aangeduid als dagopnamen of dagbehandelingen. Met ingang van 2003 wordt is de bestaande dagverpleging uitgesplitst naar twee categorieën. De bestaande vergoeding wordt aangeduid als dagverpleging-1 (ook wel lichte dagbehandeling genoemd), terwijl de categorie dagverpleging-2 (zware dagbehandeling) een vergoeding kent die zelfs hoger is dan het opnametarief (CTG, 2003b). Daarmee wordt getracht tegemoet te komen aan het bezwaar dat voor bepaalde dagverplegingen de vergoeding niet kostendekkend is en de doorstroming van klinische zorg naar dagbehandeling te stimuleren.
- WBMV-zorg leidt niet alleen tot productiegebonden vergoeding per verrichting, maar genereert ook mutaties in de reguliere parameters. Tenslotte leidt deze productie tot opname etc. Bij de berekening van het tarief voor de WBMV-verrichting zijn de vergoedingen voor deze parameters in mindering gebracht. Geconstateerd kan dus worden, dat de kosten van WBMV-productie via diverse budgetcomponenten (zoals de capaciteitskosten, reguliere productieparameters en WBMV-parameters) vergoed wordt.

Academisch budget (voorheen kijkdoos)

Te dekken kosten:

De academische component betreft in de eerste plaats de kosten van patiënten met een complexe pathologie waarvoor het academisch ziekenhuis 'eindpunt van verwijzing' is. Deze topreferente functie komt tot uitdrukking in voorzieningen als specialistische en geavanceerde laboratoria, gespecialiseerde verpleegkundigen, uitgebreide bibliotheken, aangepaste en extra OK- en IC-faciliteiten, uitgebreide technische en instrumentele ondersteuning (VAZ, 1993, paragraaf 3.3). In de tweede plaats is dit budget mede bestemd om (naast de middelen van OCW) bij te dragen in de dekking van de kosten van onderzoek. In de derde plaats dient een deel van de kosten van innovatie en ontwikkeling hieruit te worden bekostigd (CTG, 2004c). Het academisch budget is daartoe in 2004 eenmalig onderverdeeld in deze drie componenten.

Berekening hoogte budget:

De omvang van het budget vindt zijn oorsprong in 1997 toen de FB-systematiek voor de academische ziekenhuizen werd ingevoerd en het verschil met het oorspronkelijke budget, de zogenaamde 'kijkdoos', via compenserende regelgeving aan het budget toegevoegd. De onderdelen worden jaarlijks aangepast voor prijs- en loonindices. Het onderdeel topreferente zorg wordt tevens jaarlijks aangepast voor demografische groei. Het totaal beschikbare bedrag voor topreferente zorg wordt gelijkelijk verdeeld over de academische ziekenhuizen, waarbij elke instelling een zelfde bedrag ontvangt (CTG, 2004c). Overigens heeft de overheid er aanvankelijk naar gestreefd ook dit deel van het budget te parameteriseren (normeren) en wel aan de hand van met name voor topreferente zorg kenmerkende factoren (NZi, 1998 II, p.24-26, 29 en 40; VWS, 1998, p.16). Tot die parameterisering zijn decennia diverse pogingen ondernomen welke alle gestrand zijn, zie

Bijlage V. Specificatie budget universitair medisch centrum

CTG (2000b, p.4). De academische ziekenhuizen zelf zijn steeds voorstander geweest van een "lumpsum" financiering, gebaseerd op historische gegevens (VAZ, 2000, p.8)¹⁴. Uiteindelijk is de omvang mede bepaald op basis van kostenverhoudingen tussen academische en grote en middelgrote algemene ziekenhuizen (CTG, 2001f). Nadat het academisch budget een aantal jaren bevroren is geweest, mag zij weer groeien met ingang van 2003.

Opmerkingen:

- Bij de eerder genoemde budgetcomponenten is in tabel V.1 (alsook in tabel 2.1 van hoofdstuk 2) aangegeven dat deze bekostiging ook betrekking heeft op de topreferente zorg (kolom 3), maar niet op de nog te behandelen werkplaats- en ontwikkelingsfunctie (kolommen 4 en 5). Voor deze laatste geldt, dat financiering van huisvestingskosten, personeelskosten etc. plaatsvindt uit met name de rijksbijdragen en 2^e, 3^e en 4^e geldstromen zoals verderop nog zal blijken. Weliswaar is (een groot deel van) het academisch budget bestemd voor de bekostiging van de topreferente zorg, maar de grondslag van deze budgetcomponent is gebaseerd op de méérkosten van deze zorg voor zover die niet via andere budgetcomponenten is gefinancierd. Aangezien topreferente zorg ook meetelt bij het bepalen van adherentie, opnamen, etc. en ook voor deze zorg budgetparameters zoals erkende bedden, vierante meters (m2) etc. worden gebruikt, vindt bekostiging van deze zorg ook uit de betreffende budgetcomponenten plaats.
- Net als WBMV-zorg (zie opmerking bij de productiegebonden kosten) genereert ook topreferente zorg mutaties in de reguliere productieparameters.

Artskosten (honoraria)

Te dekken kosten:

Het betreft de honorariumkosten van medisch specialisten en agio's en de vergoedingen voor secretariële ondersteuning van medisch specialisten.

Berekening hoogte budget:

Voor een belangrijk deel zijn deze kosten genormeerd op basis van vaste bedragen¹⁵ per aantal aanvaardbare poortspecialisten, agio's/agnio's en daarvan afgeleide ondersteunende specialisten, agio's/agnio's en overig personeel (zoals secretariaatsmedewerkers), zie CTG (2004d).

Opmerkingen:

- Per juni 1999 zijn de medisch specialisten volledig in loondienst van de academische ziekenhuizen¹⁶. De artskosten maken sindsdien integraal onderdeel uit van het budget aanvaardbare kosten (CTG, 2000b, p.43 en CTG, 2001e).
- Bij de weging van de poortspecialisten wordt gebruik gemaakt van de weging zoals die met ingang van 2001 bij de algemene ziekenhuizen wordt toegepast (CTG, 2001b, p.5).

Bijlage V. Specificatie budget universitair medisch centrum

Kapitaalslasten¹⁷ (rente, afschrijving, huur, leasing)

De kapitaalslasten worden als aparte categorie beschouwd, alhoewel het gedeeltelijk om locatiegebonden kosten gaat (i.c. de kapitaalslasten van gebouwen, installaties en terreinen). De kosten worden hierna gespecificeerd onder aangeven van de wijze van vergoeding.

- Afschrijvingskosten.
Deze zijn te onderscheiden naar
- Inventarissen (vast tarief maal erkende bedden, erkende specialisteneenheden)
- Inventarissen art.18 (vast tarief maal erkende aantallen faciliteiten van de betreffende categorie, zoals dialyseplaatsen, neonatologiebedden)
- Verbouwing/uitbreiding (vast bedrag per jaar)¹⁸
- Dubieuze debiteuren (genormeerd?)
- Overig, i.c. gebouwen, installaties en terreinen (nacalculatie van goedgekeurde investeringen)
- Rentekosten.
De rentekosten zijn genormeerd: de vergoeding van de rentekosten is afhankelijk gesteld van de marktrente¹⁹ (CTG, 2000b, p.44). Naast een vergoeding voor de rentekosten van vreemd vermogen ontvangen de academische ziekenhuizen ook een vergoeding over een deel van het eigen vermogen (CTG, 2001b, p.12).
- Huur en leasing.

Opmerkingen:

- De kapitaalslasten worden voor een deel vergoed uit de rijksbijdrage van OCW.
- Een deel van de afschrijvingskosten worden gedekt ten laste van het eigen vermogen, hetgeen samenhangt met de à fonds perdu financiering van voor 1988 (NZi, 1998 I, p.20).
- Zie de opmerkingen bij artskosten over het aantal specialisteneenheden. Wijziging daarvan heeft consequenties voor de vergoedingen van de afschrijvingskosten van inventarissen.

Diverse kosten

Er zijn nog diverse kostencomponenten te onderscheiden. Deze worden hierna behandeld. Vergoedingen vinden grotendeels plaats op basis van vaste bedragen of nacalculatie.

- **Samenwerkingsverbanden**
Het betreft vergoedingen voor de kosten van samenwerking met Prismant, IKNN en andere zorginstellingen.
- **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, 2003c). Hieruit kunnen zorgvernieuwingsprojecten worden bekostigd die niet uit de andere budgetcomponenten kunnen worden gefinancierd, bijvoorbeeld doordat het om typisch lokale problematiek gaat.

Bijlage V. Specificatie budget universitair medisch centrum

- **Dure medicijnen en stollingsproducten**
Voor specifieke dure medicijnen en stollingsproducten gelden afzonderlijke vergoedingen.
- **Overige kosten**
Het betreft vergoedingen voor bijvoorbeeld de kosten van bijzondere tandheelkunde (het wegwerken van wachtlijsten werd in eerste instantie ook via deze component vergoed, maar deze productie loopt de laatste jaren mee in de reguliere / topklinische productieafspraken).

2. Rijksbijdrage middelen (RBM)

De Rijksbijdrage bestaat uit twee componenten. De eerste component betreft de middelen die het ministerie van OCW beschikbaar stelt voor de faculteit Geneeskunde. De tweede is een bijdrage voor de werkplaatsfunctie die het ziekenhuis vóór de vorming van een medisch centrum met de faculteit ook reeds in haar budget kreeg.

Rijksbijdrage faculteit Geneeskunde (Medische Wetenschappen):

Te dekken kosten:

De kosten van productiemiddelen (personeel, apparatuur, gebouwen, etc) die voorheen ten dienste stonden van de faculteit Geneeskunde en nu deel uitmaken van het Universitair Medisch Centrum, moeten uit deze middelen worden gedekt.

Berekening hoogte budget:

Het budget bestaat uit een drietal componenten, zo blijkt uit een interne notitie van een UMC:

- Een vaste voet en parametercompartiment. Dit zijn algemene middelen bepaald door het allocatiemodel van de betreffende universiteit, waarin ook zijn begrepen de additionele inkomsten ten gevolge van uitbreiding van het aantal studenten.
- Specifieke toewijzingen, bijvoorbeeld wachtgeld en gelden voor de introductie van de BaMa-structuur. Dit onderdeel is niet structureel. Toewijzingen berusten op algemeen beleid van de betreffende universiteit en bestuurlijke afspraken tussen universiteitsbestuur en faculteit.
- Projectmatige toewijzingen. Dit zijn middelen uit beleidsruimte die door de universiteit wordt aangehouden en ter verkrijging waarvan het UMC (de faculteit) in competitie met andere faculteiten projectvoorstellen indient.

Rijksbijdrage werkplaatsfunctie:

Te dekken kosten:

De academische ziekenhuizen hebben een belangrijke functie als 'werkplaats' voor de medische faculteiten van universiteiten. Een medische faculteit verricht in een universiteit onderzoek en realiseert er een deel van het onderwijs. 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 Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCW) middelen ter beschikking gesteld door tussenkomst van de universiteiten. Het gaat

Bijlage V. Specificatie budget universitair medisch centrum

dit om de 'meerkosten' voor de patiëntenzorg ten gevolge van de onderwijs- en onderzoekstaak (VAZ, 2000, p.6). In de praktijk betekent dat, dat ziekenhuizen gedeelten van de rente- en afschrijvingskosten van gebouwen, installaties en apparatuur, overige gelieerde kosten zoals onderhoud, salariskosten en overheadkosten ten laste van deze middelen betalen (bron: diverse jaarverslagen over 1999 en 2000 van de academische ziekenhuizen)²⁰.

Berekening hoogte budget:

Dit zijn middelen die door het ministerie van OCW beschikbaar worden gesteld. Volgens NZi (1998 I) p. 26 bestaat het budget uit een drietal componenten:

- Vergoeding voor rente- en afschrijvingskosten van gebouwen, installaties en terreinen (25% van het totaal van deze kosten).
- Overige vergoeding voor basisvoorzieningen. Dit budget is voor een deel gebaseerd op een vaste voet en voor het andere deel op het aantal m² van het ziekenhuis.
- Vergoeding voor onderwijs en onderzoek dat wordt bepaald door aantal studenten (10%), artsdiploma's (15%), proefschriften (15%) en de inzet van wetenschappelijk personeel (door Fraanje en Kooiman (1998) bestempeld als assistent-geneeskundigen in opleiding (60%)).

Indicaties geven aan, dat deze drie componenten ca. 10%, 65% respectievelijk 20% bedragen van de totale rijksbijdrage.

3. 2^e, 3^e en 4^e geldstroom

De 2^e, 3^e en 4^e geldstroom hebben betrekking op onderzoeksmiddelen die niet via directe financiering door de ministeries VWS en OCW worden verkregen (zogenaamde 1^e geldstromen). Zogenaamde 2^e geldstromen hebben betrekking op voorwaardelijke geldstromen van het ministerie van OCW voor de realisatie van bepaalde ontwikkelprojecten (met name NWO). 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. ze worden tesamen aangeduid als 3^e geldstroom (AZG, 2001). De hoogte van de budgetten is een kwestie van onderhandeling tussen geldverstrekker en het medisch centrum.

4. Overige opbrengsten

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

Bijlage V. Specificatie budget universitair medisch centrum

Bij de berekening van de hoogte van bepaalde budgetcomponenten worden zogenaamde wegingsfactoren per specialisme toegepast. Deze zijn gepresenteerd in tabel V.2. Getracht wordt met die wegingsfactor bepaalde vergoedingen beter af te stemmen op kostenverschillen tussen specialismen. Met name is in dit verband van belang de invloed op de hoogte van opnamen en 1^e polikliniekbezoeken. De hoogte daarvan, evenals die van andere productieparameters, is gepresenteerd in tabel V.3. De vergoedingen voor opnamen en 1^e polikliniekbezoeken worden per specialisme vermenigvuldigd (gewogen) met de betreffende wegingsfactor in tabel V.2.

Tabel V.2 Wegingsfactor per specialisme (situatie per 1 januari 2003)

Specialisten	Wegingsfactor
Internisten	1,26
Geriaters	1,75
Longartsen	1,52
Cardiologen	1,23
Reumatologen	0,88
Maag-/darmartsen	1,26
Allergologen	0,20
Kinderartsen	0,73
Chirurgen	1,47
Orthopeden	1,45
Urologen	0,93
Plastisch chirurgen	0,66
Neurochirurgen	1,09
Cardio-pulmonale chirurgen	2,14
Gynaecologen	0,73
Oogartsen	0,18
KNO-artsen	0,25
Dermatologen	0,37
Neurologen	1,24
Neuroloog/zenuwarts	0,90
Psychiater	1,07
Revalidatieartsen	0,66
Radiotherapeuten	0,93 ²¹
Tandarts-specialisten voor:	
– mondziekten en kaakchirurgie	0,53
– dentomaxilaire orthopedie	0,37
Anesthesisten (pijnbestrijding)	1,64 ²²

bron: CTG, 2003b, p.2

Bijlage V. Specificatie budget universitair medisch centrum

Tabel V.3 Vergoedingen productiekosten
(situatie per 1 januari 2003; bedragen in euro's)

Productieparameter	loon- kosten	materiële kosten	totaal
Gewogen opnamen	408	517	925
Verpleegdag	38	9	47
1 ^e polikliniekbezoek	76	40	116
Dagverpleging – 1	209	107	316
Dagverpleging – 2	484	535	1.019

bron: CTG, 2003b, p.10

¹ Gezien de ontwikkeling dat academische ziekenhuizen zijn samengegaan met de aan hen verbonden faculteiten Geneeskunde c.q. Medische Wetenschappen is de VAZ, de Vereniging van Academische Ziekenhuizen, per 1 september 2004 getransformeerd in de NFU, de Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra.

² De hoofdcomponenten van het externe budget zijn in een later stadium iets ander gerubriceerd en benoemd (CTG, website CTG per 1 november 2001, www.ctg.nl):

1. Locatiekosten.
Het betreft kapitaalslasten en overige locatiegebonden kosten. De vergoeding vindt gedeeltelijk plaats op basis van nacalculatie en gedeeltelijk op basis van normering (rente, m2, afschrijvingstermijnen).
2. Vaste kosten.
Dit zijn de kosten die samenhangen met de beschikbaarheidsfunctie en niet variëren met de bedrijfsdrukke zoals de kosten van huisvesting. Deze kosten zullen op basis van adherentie worden vergoed, conform de huidige FB-systematiek.
3. Semi-vaste kosten.
Onder semi-vaste kosten worden verstaan kosten die op korte termijn vast, maar over perioden van enkele jaren gerekend variabel zijn. Het gaat om de capaciteitsgebonden kosten die samenhangen met de hotelfunctie (zoals schoonmaak) en de functiegebonden kosten van de medische functies (diagnostiek). Erkende bedden en werkelijke specialisteneenheden zijn de vergoedingsparameters.
4. Variabele productiekosten.
In de huidige FB-systematiek worden deze gebaseerd op opnamen, 1e polikliniekbezoeken en dagbehandelingen, alsmede enkele bijzondere categorieën (topklinische zorg, eerstelijns zorg).

Om aansluiting te houden bij de behandeling van de functiegerichte budgettering in hoofdstuk 2 is de oorspronkelijke indeling aangehouden.

³ De locatiegebonden kosten (excl. kapitaalslasten) worden ook wel omschreven als gebouwgebonden kosten (CTG, 2001e, bijlage III, p.7).

⁴ Het betreft de volgende NZi-kostensoorten: 415, 41814, 471 voor onderhoud, 454 voor heffingen, verzekeringen en belastingen en 473 voor energie.

⁵ Het gaat om werkelijke m2. Anders dan bij de algemene ziekenhuizen kennen academische ziekenhuizen geen genormeerde m2.

Bijlage V. Specificatie budget universitair medisch centrum

⁶ De vergoeding wijkt af van die bij de algemene ziekenhuizen. Bij de algemene ziekenhuizen werden de betreffende kosten t/m 2000 vergoed op historische basis, met ingang van 2001 vindt vergoeding plaats op basis van genormeerde m2 (CTG, 2001c, p.4 en meer specifiek bijlage 6).

⁷ Verwarrend is dat in CTG (2000a) i.c. de beleidsregel FB academische ziekenhuizen wel uitvoerige behandeling van gebouwgebonden kosten (paragraaf 4) plaatsvindt. Daarbij wordt verwezen naar andere beleidsregels. Ook wordt in NZi (1998) I p. 20 letterlijk gesteld, dat in de FB-systematiek een budget voor locatiegebonden kosten wordt bepaald. VWS (2001) benoemt de locatiegebonden ook als onderdeel van het functiegebonden budget.

⁸ Vier componenten worden onderscheiden, te weten loonkosten onderhoud, materiële kosten onderhoud, energie en heffingen/belastingen/verzekeringen.

⁹ Klinisch is inclusief dagverpleging (CTG, 2000a).

¹⁰ Met ingang van 2001 speelt ook de poliklinische adherentie een rol. Bij algemene ziekenhuizen is dat met ingang van 2000 het geval (CTG 2000b p.34 en 38).

¹¹ Berekening van het aantal specialisteneenheden heeft op basis van de volgende factoren plaatsgevonden: 1. de erkende poortspecialisten, 2. het verschil tussen werkelijkheid en erkenning omgerekend met een bepaalde workload, 3. niet bij de screening van de erkenning betrokken poortspecialisten voor hart- en levertransplantaties en 4. het aantal agio's. De *weging* vindt vervolgens plaats volgens de wegingsfactoren die gelden voor de algemene ziekenhuizen. Bron: CTG (2000b, p.29).

¹² Dit blijkt impliciet uit het feit dat wel wordt gesproken over erkende bedden in bijlage I bij CTG (2001c), maar niet over erkende specialiteenheden. Tevens suggereert de berekening op basis van werkelijke specialisten en werkelijke productie van 1998 dat het gaat om werkelijke aantallen.

¹³ Het betreft aparte vergoedingen voor totale knie- en heup-operaties en cataracten (staaroperaties). Deze verrichtingen horen niet tot de WBMV-verrichtingen, anders dan wel eens gedacht wordt. Verwarrend in dit verband is dat CTG (2003b) deze vergoedingen schaarde onder de bijzondere functies/voorzieningen.

¹⁴ Los van de wijze van budgetbepaling staat de vraag hoe deze zorg wordt gefinancierd. Gaan zorgverzekeraars met een academisch ziekenhuis in hun regio meebetalen aan topreferente zorg van patiënten van buiten de regio? Afgesproken is dat op basis van postcodes tariefdifferentiatie plaatsvindt (AZG 2001).

¹⁵ Daarbij moet bedacht worden, dat de vergoedingen per eenheid zijn gebaseerd op de werkelijke honorariumkosten gedeeld door het aantal erkende specialisteneenheden (CTG, 2001b).

¹⁶ Voorheen gold voor particulier verzekerde patiënten het declaratierecht en waren medisch specialisten alleen voor het volledige ziekenfondsdeel van de praktijkvoering in loondienst, zie NZi 1998 I p.23.

¹⁷ De kapitaalslasten voor zover betrekking hebben op gebouwen en installaties worden aangemerkt als *overige* gebouwgebonden kosten (CTG, 2001e, bijlage III, p.8).

¹⁸ De algemene ziekenhuizen kennen in plaats van dit budget een budget instandhoudingsinvesteringen (CTG, 2001b, p.12).

¹⁹ Met behulp van deze zogenaamde rentenormering alsook het realiseren van een waarborgfonds worden prikkels en mogelijkheden tot doelmatigheid ingebouwd, zonder dat ongewenste herallocatie-effecten ontstaan of economisch rendement de zorgproductie gaat dicteren.

²⁰ Volledigheidshalve: in 1996 heeft een overheveling plaatsgevonden van een deel van de OCW-bijdrage (f 255 mlj) aan het WTG-budget van VWS, ten goede komend aan de reguliere patiëntenzorg (VWS 1998, p.14; overigens spreekt het NZi van een verschuiving van f 320 mlj (NZi, 1998 II, p.13) hetgeen inclusief de in 1994 uitgevoerde budgetverhoging van f 65 mlj is (CTG, 2000b, p.23 en verder). Het betreft hier herallocaties als gevolg van de invoering van het

Bijlage V. Specificatie budget universitair medisch centrum

Rijksbijdragemodel. Voor de verzekeraars heeft die stijging van het WTG-budget geleid tot hogere kosten (NZi 1998 II p.13).

²¹ Alleen voor opname.

²² Alleen voor opname en polikliniekbezoek.

Bijlage VI. Overzicht academische ziekenhuizen

Bijlage VI. Overzicht academische ziekenhuizen

Onderstaand volgt een opsomming van alle acht academische ziekenhuizen die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Overigens geldt voor de meeste ervan dat zij (inmiddels) geïntegreerd zijn met de nauw gelieerde faculteit Medische Wetenschappen (Geneeskunde) tot een zogenaamd universitair of academisch medisch centrum (UMC). Onderstaande opsomming is alfabetisch van aard.

Academisch Medisch Centrum (AMC)	-	Amsterdam
Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM)	-	Maastricht
Erasmus Medisch Centrum	-	Rotterdam
Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)	-	Leiden
Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)	-	Groningen
Universitair Medisch Centrum St. Radboud	-	Nijmegen
Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU)	-	Utrecht
VU Medisch Centrum (VUMC)	-	Amsterdam

STELLINGEN

behorende bij het proefschrift

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

Verklaringen voor verschillen
in budgetteringssystemen
en hun effecten

van

Bernard Crom

juni 2005