

Funcatiegericht budgetteren en budgetgericht functioneren

J. C. BROERTJES

In 1983 is de manier waarop de financiën over de algemene ziekenhuizen werden verdeeld, drastisch gewijzigd. Tot die tijd konden de instellingen ervan uitgaan dat de gemaakte kosten betaald zouden worden. Er bestond een financiering met een open eind. Meer produktie (in de vorm van verpleegdagen, operaties, verrichtingen) betekende meer financiële middelen voor het ziekenhuis. Dit leidde ertoe dat het aantal verrichtingen en daarmee de kosten van de gezondheidszorg elk jaar flink stegen.

In 1983 werd de taakstellende budgettering in algemene ziekenhuizen ingevoerd. Elk ziekenhuis kreeg een budget voor 1 jaar toegewezen, dat gebaseerd was op de kosten in 1982. In 1985 en 1986 werden daar nog kortingen op toegepast. Dit leidde ertoe dat er tussen de ziekenhuizen verschillen ontstonden. Ziekenhuizen die in 1982 relatief veel geld hadden uitgegeven, konden dat in de daaropvolgende jaren blijven doen; ziekenhuizen die in 1982 zuinig met het geld waren omgesprongen, moesten dat daarna ook doen, waarbij ze in 1985 en 1986 door de kortingen zelfs in de financiële problemen kwamen. Zuinigheid en efficiëntie in de jaren tot 1982 werden dus in de jaren tot 1987 bestraft. Om te komen tot een rechtvaardiger toewijzing van financiële middelen aan de ziekenhuizen is door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) een stelsel van functiegerichte budgettering ontwikkeld.¹ Door dit stelsel wil men de ongelijke startpositie uit 1982/83 wegnemen. De functiegerichte budgettering is per 1 januari 1988 van kracht.

In dit artikel wordt ingegaan op het stelsel van functiegerichte budgettering en de wijzigingen die daarin door het COTG per 1 januari 1992 zijn aangebracht.

WAT IS EEN BUDGET?

Een budget is een vóór het exploitatiejaar vastgesteld totaalplan aangaande activiteiten en de daarmee gepaard gaande kosten.² Een instelling of onderneming heeft de taak met haar uitgaven binnen dit budget te blijven. Daarom wordt het budget 'taakstellend' genoemd.

HOE WORDT HET BUDGET VASTGESTELD?

Tussen 1983 en 1988 werd het budget op historische gronden vastgesteld. Wat men in 1982 had uitgegeven, mocht men ook in 1983 uitgeven. Dit leidde tot de in de inleiding reeds beschreven onrechtvaardigheid en tot de invoering van de functiegerichte budgettering. In het

model van de functiegerichte budgettering maakt men gebruik van een aantal parameters aan de hand waarvan men het budget van de afzonderlijke instelling vaststelt. Deze parameters heeft het COTG gekozen op grond van de mening dat er een verband bestaat met de kosten die genormeerd moeten worden. Men onderscheidt 3 soorten parameters:

– De parameter voor de beschikbaarheidskosten. Dit is het deel van de kosten van het algemeen ziekenhuis dat samenhangt met de beschikbaarheid van de basisfunctie. Deze beschikbaarheid heeft op middellange termijn een vast karakter. De parameter hiervoor is: het aantal adherente bewoners.

– De capaciteitsparameters, die een maat zijn voor de hoeveelheid zorg die een ziekenhuis kan leveren. Deze zijn: het aantal specialistenplaatsen en het aantal 'erken-de bedden'.

– De produktieparameters. Deze zijn een maat voor de hoeveelheid zorg die werkelijk geleverd wordt. Deze parameters zijn: het aantal opnamen, het aantal verpleegdagen, het aantal eerste polikliniekbezoeken en het aantal verrichtingen in dagverpleging.

Verder is er een aantal voorzieningen die een aparte behandeling krijgen, de 'bijzondere voorzieningen'. De kosten die samenhangen met de locatie worden apart beoordeeld en vastgesteld.

Tussen de parameters en de kosten zijn in het model verbanden gelegd door middel van verdeelsleutels.

Het aantal adherente bewoners. Bij deze parameter gaat het om het totale aantal inwoners dat zich voor een medische behandeling oriënteert op het algemene ziekenhuis. De adherentie wordt berekend op basis van gegevens van het Nationaal Ziekenhuisinstituut en de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg. Deze berekening is alleen gebaseerd op aantallen klinische patiënten. Vanaf 1 januari 1992 wordt ongeveer 15% van het aan het ziekenhuis toe te wijzen budget vastgesteld met behulp van deze parameter.³ Voor elke inwoner is een vast bedrag bepaald. Dit betekent dat over deze component niet in een lokaal of regionaal overleg tussen ziektekostenverzekeraars en ziekenhuizen gesproken kan worden om tot een andere verdeling van dit budget-gedeelte over de instellingen te komen.

Het aantal specialistenplaatsen. Het aantal polikliniek-houdende specialisten is ook een budgetparameter die een maat is voor de medische functie van het ziekenhuis. Het gaat hierbij om de door het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur erkende specialisten. Assistent-geneeskundigen in opleiding worden voor 40% in de berekening van het totale aantal specialisten opgenomen. Voor elk specialisme is een wegingsfac-

tor vastgesteld. Deze factor is gebaseerd op het verschil in kosten dat per specialisme gegenereerd wordt en het beslag dat gelegd wordt op de kosten van onderzoek- en behandelafdelingen. De parameterwaarde van een specialistenplaats met wegingsfactor 1 bedraagt ongeveer f 350.000,- per jaar. Met deze parameter wordt eveneens ongeveer 25% van het budget bepaald. De salarissen van polikliniek-houdende specialisten in loondienst worden apart berekend en bij het budget opgeteld.

Het aantal erkende bedden. Bij de bepaling van het budget telt men het aantal erkende bedden, inclusief wiegen, dagverplegingsplaatsen en erkende bedden op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ-bedden) zoals vastgelegd in de erkenningsbeschikking. Dit aantal is een maat voor de hotelfunctie van het ziekenhuis. Ongeveer 10% van het budget wordt met deze parameter vastgesteld.

De produktieparameters. Een deel van de kosten van een ziekenhuis is afhankelijk van de mate waarin van de dienstverlening gebruik wordt gemaakt (dat wil zeggen de benutting). Dit zijn de produktiegebonden kosten. De aantallen opnamen, verpleegdagen, eerste polikliniekbezoeken en dagverplegingen zijn een uitdrukking van deze kosten. Ongeveer 50% van het ziekenhuisbudget wordt met deze parameters vastgesteld.

Bijzondere voorzieningen. Bijzondere voorzieningen zijn voorzieningen met een hoog kostenniveau en een supraregionale functie. Het gaat hierbij onder andere om hemodialyse, cardiochirurgie, neurochirurgie, chronische beademing, neonatologie en brandwondenzorg. Per voorziening bestaat er een berekeningsmethode met verschillende parameters die ook verdeeld kunnen worden in capaciteits- en produktieparameters.

De locatie. De parameter 'locatie' is: het ziekenhuisgebouw. Het gaat hierbij om:

- Energie- en onderhoudskosten van het gebouw, inclusief de kosten van het personeel dat nodig is voor het onderhoud van het gebouw en de installaties, alsmede de kosten van verzekeringen, heffingen en belastingen. Deze kosten worden dus apart bij het (externe) budget opgeteld.

- De kosten van rente en afschrijvingen. Deze kosten worden op basis van aparte richtlijnen en een nacalculatie vastgesteld en daarna bij het budget opgeteld. Een uitzondering hierop vormen de inventaris en medische apparatuur.

UITBESTEDE WERKZAAMHEDEN

Tot 1988 was het mogelijk dat verrichtingen die in een andere instelling plaatsvonden, door die instelling bij de patiënt dan wel bij diens ziektekostenverzekeraar werden gedeclareerd. Het aanvragende ziekenhuis werd met deze kosten niet geconfronteerd. De introductie van de functiegerichte budgettering brengt echter met zich mee dat het principe van 'de aanvrager betaalt' wordt toegepast. Hierdoor ontstaan zowel voor de leverende als voor de aanvragende instelling budgetmutaties. De kosten die het leverende ziekenhuis maakt voor andere ziekenhuizen moeten worden 'verdiend' door het maken van prijsafspraken tussen de ziekenhuizen onderling.

HERALLOCATIE

Het voornaamste doel van functiegerichte budgettering is het op een rechtvaardiger manier verdelen van de financiële middelen over de ziekenhuizen. De invoering van de functiegerichte budgettering heeft bij veel ziekenhuizen geleid tot een wijziging van het budget. Het verschil tussen het oude en het nieuw berekende budget wordt herallocatie genoemd. De omvang van dit herallocatiebedrag is in een aantal gevallen zo groot dat het COTG heeft besloten tot een gefaseerde, geleidelijke invoering. Voor de instellingen waar sprake is van een aanzienlijke herallocatie wordt de eerste jaren het budget voor een beperkt deel van maximaal 2% van het totale bedrag per jaar bijgesteld. Men spreekt van een aanzienlijke herallocatie als het berekende verschil tussen het oude en nieuwe budget meer dan circa 8% bedraagt. De ziekenhuizen waar dit het geval was, kwamen in aanmerking voor de maximale budgetaanpassing (van 2%) per 1 juli 1988. Voor 1989 is de verandering van 2% in het budget beperkt tot de instellingen waarbij sprake is van een herallocatie van meer dan circa 6%.

Per 1 januari 1990 zijn alle instellingen geconfronteerd met de financiële gevolgen van de invoering van het nieuwe budgetteringssysteem. Hetzelfde systeem geldt voor 1991. Dit betekent dat er in de periode juli 1988-december 1991 een herallocatie van maximaal 8% van het budget plaatsvindt.

Veranderingen per 1 januari 1992. In 1991 is het functiegericht budgetteringssysteem geëvalueerd door het Nationaal Ziekenhuis Instituut.³ Op basis daarvan heeft het COTG recentelijk besloten tot veranderingen in het budgetteringsmodel op een aantal onderdelen. Bij de evaluatie is naar voren gekomen dat de wegingsfactoren van de specialismen verkeerd werden toegepast. Deze fout is hersteld. Enerzijds zijn de wegingsfactoren opnieuw berekend (tabel 1), anderzijds worden deze nu ook toegepast op de parameters 'opname' en 'eerste polikliniekbezoek' (in het verleden gold daarbij voor ieder specialisme de factor 1). Tegelijkertijd zijn andere wijzigingen aangebracht. De belangrijkste daarvan zijn:

- vermindering van het belang van de adherentie, ten gunste van de produktieparameters;
- verhoging van het bedrag van de dagopname;
- invoering van een parameter voor de ondersteuning van de 1e lijn. Het gaat hierbij onder andere om röntgen- en laboratoriumonderzoeken op verzoek van huisartsen, om poliklinische fysiotherapie en logopedie en om poliklinische bevellingen. De wijzigingen zijn weergegeven in tabel 2. Deze veranderingen moeten op landelijk niveau budgetneutraal (dat wil zeggen zonder kostenverhoging) worden ingevoerd, evenals in het verleden het geval was.

LOKAAL OVERLEG

Jaarlijks is er overleg tussen het ziekenhuis en de verzekeraars (ziekenfondsen en particuliere verzekeraars). In dit overleg bestaat de mogelijkheid afspraken te maken over de benutting van de ziekenhuiscapaciteit. Er wordt dus gesproken over het aantal opnamen, polikliniekbezoeken, verpleegdagen en daarmee over de produktiepara-

TABEL 1. Wegingsfactoren van specialismen bij het functiegericht budgetteren in ziekenhuizen

specialisme	wegingsfactor	
	oud (tot 1 januari 1992)	nieuw (na 1 januari 1992)
allergoloog	0,4	0,20
oogarts	0,4	0,27
KNO-arts	0,6	0,40
dermatoloog	0,4	0,52
revalidatiearts	0,3	0,58
gynaecoloog	0,8	0,67
plastisch chirurg	0,8	0,74
kinderarts	0,9	0,87
radiotherapeut	0,7	0,93
uroloog	1,0	1,00
neuroloog	1,0	1,03
psychiater	0,7	1,07
reumatoloog	1,1	1,17
internist	1,0	1,26
orthopedisch chirurg	1,2	1,26
longarts	1,0	1,27
chirurg	1,1	1,32
neurochirurg	1,2	1,32
gastro-enteroloog	2,0	1,48
cardioloog	1,1	1,34
geriater	2,0	1,70
cardiopulmonaal chirurg	1,7	2,14

meters van het budget. Hierbij moet men rekening houden met de in beleidsplannen opgenomen doelstellingen, met het streven naar een verkorting van de verpleegduren, een stringent opnamebeleid en een verschuiving van klinisch naar poliklinisch handelen.

In het lokale overleg tussen ziekenhuis en verzekeraars kunnen afspraken gemaakt worden over de overheveling van functies van het ene ziekenhuis naar het andere in de regio. Verder zal er in het lokaal overleg gesproken worden over de gewenste en ongewenste uitoefening van functies en over de (aanpassing van de) beleidsplannen van de individuele ziekenhuizen. Een financiële vertaling kan aan het COTG voorgesteld worden.

TABEL 2. Het oude en het nieuwe budget voor ziekenhuizen

parameter	oud (tot 1 januari 1992)		nieuw (na 1 januari 1992)	
	aandeel	prijs*	aandeel	prijs*
adherentie	25%	130	15%	80
specialisten	25%	353.000	25%	353.000
bedden	9%	11.000	9%	11.000
opnamen	18%	940	20%	1.150‡
verpleegdag	10%	50	12%	60
1e polikliniekbezoek	9%	120	14%	150
bijzondere functies	3%	-	3%	-
M10-dagen (dagopnamen)†	1%	160	2%	410
totaal	100%		100%	

* In guldens.

† M10-dagen gelden wanneer verpleeghuispatiënten in afwachting van een plaats in een verpleeghuis in een ziekenhuis worden verpleegd.

‡ Aangegeven is de prijs met wegingsfactor 1.

Door deze organisatie van de bepaling van de budgetten wordt aan de ene kant 'top-down' gehandeld (een gelijk bedrag per inwoner, per gepland bed, per erkend specialisme) en aan de andere kant 'bottom-up' door de productieafspraken in het lokaal overleg (aantal opnamen, verpleegdagen, poliklinische bezoeken en dagverplegingen).

INKOMSTEN EN UITGAVEN (TARIEVEN EN BUDGETTEN)

Er moet geconstateerd worden dat er een scheiding bestaat tussen inkomsten en uitgaven in die zin dat het hebben van meer inkomsten niet automatisch betekent dat het ziekenhuis meer kan uitgeven. Het budget is immers taakstellend en mag in feite niet overschreden worden door grotere uitgaven. Het ziekenhuis ontvangt geld voor de verrichtingen die er plaatsvinden en voor de verpleegdagen. Deze worden al dan niet via de patiënt betaald door de ziekenfondsen of particuliere verzekeraars. De inkomsten door de verpleegdagen vormen verreweg de grootste inkomstenbron van het ziekenhuis.

Als nu via de tarieven in een bepaald jaar meer wordt ontvangen dan het budget, wordt dit gekort op de tarieven in het volgende jaar. Is er minder ontvangen, dan worden de tarieven verhoogd. Zo wordt het toegekende budget ook werkelijk ontvangen.

DE 'RESERVE AANVAARDBARE KOSTEN'

Omdat het budget en de kosten in een jaar niet gelijk zijn – het ene jaar zijn er meer kosten dan het andere – beschikt het ziekenhuis over een 'reserve aanvaardbare kosten'. Indien het kostenbedrag kleiner is dan het bedrag dat volgens het budget mag worden uitgegeven, wordt dit geld gereserveerd. Indien er meer uitgegeven wordt dan het bedrag van de volgens het budget aanvaardbare kosten, kan uit de reserve geput worden. In feite is het zo dat momenteel veel ziekenhuizen (zelfs 75%) interen op de reserves en in sommige gevallen zouden de reserves al uitgeput zijn, omdat de werkelijke kosten de volgens het budget aanvaardbare kosten al langer overschrijden.^{4,5}

BESCHOUWING

Door de invoering van de budgettering in 1983 kwam er voor de ziekenhuizen een einde aan de tijd waarin een hogere produktie van medische zorg automatisch leidde tot hogere opbrengsten. Tot 1988 bestond er vervolgens per instelling een vast budget en waren de ziekenhuizen niet in staat een verruiming van hun budget te creëren door veranderingen in hun activiteitenpatroon aan te brengen. Na de invoering van de functiegerichte budgettering is dit laatste wel mogelijk.

Ziekenhuizen zullen streven naar een zo ruim mogelijk budget. Zij zullen investeren in die activiteiten die tot een verhoging van het budget leiden. De bezuinigingen zullen gezocht worden in die sectoren die geen parameter bij de budgettering zijn. Kortom: functiegericht budgetteren zal leiden tot budgetgericht functioneren.

Hoe kan een ziekenhuis zijn budget verruimen? Dit kan

in het bijzonder door het aantal adherente bewoners te vergroten. Dit is niet alleen belangrijk omdat aan de hand van de adherentie 15% van het ziekenhuisbudget wordt vastgesteld, maar ook omdat op grond van de adherentie de aantallen bedden en specialistenplaatsen worden vastgesteld, die op zich weer budgetparameters zijn. Vandaar dat de adherentie voor ziekenhuizen van het grootste belang is. Het ziekenhuis dat zijn adherentie wil vergroten zal marktgericht moeten gaan werken en moeten concurreren met de naburige ziekenhuizen. Vergroting van de eigen adherentie is immers alleen mogelijk ten koste van die van de andere ziekenhuizen.

Verder kan het ziekenhuis zijn budget verruimen door verhoging van de produktieparameters. De dagverpleging bracht tot 1 januari 1992 een veel geringer bedrag op dan een opname, terwijl het beleid erop gericht was de dagverpleging en de poliklinische zorg te stimuleren.⁶ De bedragen van deze laatste parameters zijn nu opgetrokken hetgeen een extra stimulus voor substitutie van klinische zorg kan betekenen. Tevens moet geconstateerd worden dat vanaf 1 januari 1992 de produktieparameters aan betekenis hebben gewonnen. Daardoor is het systeem flexibeler geworden.

Hoe kunnen de kosten worden beheerst? De beheersing van de kosten is te realiseren door het kostenbewustzijn van alle ziekenhuismedewerkers te vergroten. Hiervoor is het nodig dat er een goed inzicht in de kosten bestaat. Het huidige tariefsysteem vormt daarvoor een belemmering. De tarieven die worden betaald komen weinig overeen met de werkelijke kosten van verrichtingen en er is geen adequaat inzicht in de werkelijke kosten van de zorg die aan de patiënt wordt verleend. Het is daarom niet goed mogelijk na te gaan of men goedkoop of juist heel duur werkt. Dit is weinig bevorderlijk voor de doelmatigheid.

Kostenbeheersing is verder mogelijk door het aantal onderzoeken en verrichtingen zo gering mogelijk te laten zijn. Door het aantal röntgenonderzoeken, laboratoriumanalyses, behandelingen door paramedici en vooral ook het aantal onderzoeken door derden te beperken, kan men de kosten voor het ziekenhuis verlagen. Hiervoor is de medewerking van de specialisten nodig. Zij bepalen immers in welke mate van de genoemde afdelingen gebruik wordt gemaakt. Een probleem hierbij is dat de belangen van het ziekenhuis en die van de specialist tegengesteld kunnen zijn.⁷ Verrichtingen die voor de specialist een bron van inkomsten vormen, zoals het beoordelen van ECG's, het doen van endoscopieën, hartcatheterisaties en röntgenonderzoek, zijn voor het ziekenhuis een kostenpost. De ziekenhuizen pleiten er dan ook voor dat de financieringsstructuur van specialisten en die van ziekenhuizen beter op elkaar worden afgestemd.⁸ Door het beperken van het aantal (diagnostische) verrichtingen verwacht men de kosten zeker te kunnen beheersen.

Grote verschillen bestaan er tussen maatschappen van specialisten en tussen regio's in het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen.^{9,10} Aan deze grote verschillen is ondoelmatigheid waarschijnlijk mede debet. Om doelmatigheid te bevorderen zou het per maatschap budget-

teren van verrichtingen wel eens de enige begaanbare weg kunnen zijn, indien de leden zelf niet komen tot meer efficiency.¹¹

SLOTWOORD

De beheersing van de kosten in de gezondheidszorg is een goede zaak. Deze kostenbeheersing komt een ieders portemonnee ten goede. Het beroep dat op de gezondheidszorg wordt gedaan neemt echter toe.⁴ De invoering van de functiegerichte budgettering diende te verlopen zonder verhoging van de uitgaven voor de intramurale zorg op landelijk niveau. Mede daardoor is in 1989 ongeveer 75% van de ziekenhuizen verliesgevend geweest.⁵ Velen menen dat vergroting van de doelmatigheid nog mogelijk is.^{5,8} Daardoor kan zowel de patiënt als het ziekenhuis (financieel) gezond worden en blijven.

Maar bij een toenemende vraag naar steeds intensievere zorg zullen de budgetten ontoereikend blijven. Dan kan men van een ongezonde situatie spreken waar alleen een geldinjectie baat kan brengen.

LITERATUUR

- 1 Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Functiegerichte budgettering. Utrecht: COTG, 1987.
- 2 Gijn M van. Wat is dat, budgettering in ziekenhuizen? Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1982.
- 3 Hirs D, Vandermeulen L. FB-systeem is aan snelle verandering toe. Het Ziekenhuis 1991; 22: 866-9.
- 4 Ankoné A. Zorgverlening intensiever, helpt budgets ontoereikend. Het Ziekenhuis 1990; 20: 666-8.
- 5 Sluimers DM. Financiële positie ziekenhuizen. Med Contact 1991; 46: 482.
- 6 Post D. Functiegerichte budgettering voor ziekenhuizen. Med Contact 1988; 43: 618-21.
- 7 Sluys A van. Van basis tot budget. Lochem: De Tijdstroom, 1989.
- 8 Nationale Ziekenhuisraad (NZR). Het ziekenhuis aan bod. Utrecht: NZR, 1990.
- 9 Harten WH van, Casparie AF, Post D. Verschillen in specialistische zorgverlening. Med Contact 1991; 46: 811-4.
- 10 Speld GDJ van der. Regionale verschillen in gebruik ziekenhuisvoorzieningen. Het Ziekenhuis 1990; 20: 136-8.
- 11 Spreeuwenberg C. Budgettering van verrichtingen? Med Contact 1991; 46: 803.

Aanvaard op 4 juli 1991

Bladvulling

Vaccinatiedwang

Parijs. – In art. 7 wordt de aangifte van epidemische ziekten binnen 24 uren voor iederen geneeskundige, officier de santé of vroedvrouw, of, zoo deze daartoe in de onmogelijkheid waren, voor het hoofd van het gezin of voor de personen, die de zieken verplegen, verplichtend gesteld. Art. 8 eischt de verplichte inenting, en wel in de volgende woorden: 'La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, la revaccination au cours de la dixième et de la vingt-et-unième année. Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de la dite mesure'. De wijze van uitvoering der maatregelen door art. 7 en 8 geëischt, wordt door het Comité consultatif d'hygiène publique de France aangegeven.

(Berichten Buitenland. Ned Tijdschr Geneesk 1892; 36 I: 31.)