

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/86978>

Please be advised that this information was generated on 2019-09-19 and may be subject to change.

Marktwerving in de zorg: budgettering in roerige tijden

Rudy Balogh en Paula van Veen-Dirks

SAMENVATTING Vanaf de introductie van de nieuwe Zorgverzekeringswet in 2006 zijn tarieven van een deel van de ziekenhuiszorg vrij onderhandelbaar tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Voor deze onderhandelingen is inzicht nodig in kosten en inhoud van behandelingen. Met de systematiek van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) wordt getracht dit inzicht te verschaffen. Tevens wordt deze systematiek gebruikt om een stap te maken van de relatief vaste externe bekostiging (op basis van functiegerichte budgettering) van ziekenhuizen naar prestatiebekostiging. De vraag die in dit artikel wordt beantwoord, is of deze ontwikkelingen er tevens toe hebben geleid dat de binnen Universitair Medische Centra (UMC's) gehanteerde budgetteringssystemen worden aangepast. Uit het onderzoek blijkt een divers beeld. Drie UMC's vertalen de externe ontwikkelingen het verst door in de interne organisatie door (plannen te hebben om) de gehele zorgproductie (dus niet alleen de vrij onderhandelbare zorg) intern op basis van DBC's te budgetteren en (plannen te hebben om) de voorheen binnen alle UMC's verplichte winkelpering tussen ondersteunende en poorteenheden af te schaffen. Hoewel UMC's thans extern tevens nog een deel vaste bekostiging kennen, kennen organisatorische poorteenheden binnen deze organisaties een volledig variabele productiebekostiging. UMC's die niet de gehele zorgproductie intern op basis van DBC's budgetteren, voeren ook op andere vlakken aanzienlijk minder veranderingen door in de interne organisatie. Het artikel gaat ook in bredere zin in op de spanning tussen financiën en doelmatigheid enerzijds en zorginhoudelijke overwegingen anderzijds.

RELEVANTIE VOOR DE PRAKTIJK De in dit artikel besproken onderwerpen als marktwerving in de zorg, onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, de DBC-systematiek en budgetteringsvormen zijn zeer actueel binnen de zorgsector alsook in de landelijke politiek. Kostenbeheersing en het afgeven van de juiste (financiële) prikkels binnen de zorgsector zijn (al jaren) onderwerp van nationale discussie. De mogelijke aanpassing van het interne budgetteringssysteem is verder een vraagstuk waar elk UMC of algemeen ziekenhuis zich (in meer of mindere mate) mee geconfronteerd ziet.

1 Inleiding

De Nederlandse zorguitgaven volgens het Budgettair Kader Zorg bedragen in 2009 58 miljard euro, waarvan circa 30 procent wordt uitgegeven aan de ziekenhuiszorg, die hiermee verreweg de duurste voorziening is. Naast algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) kent Nederland in 2009 acht Universitair Medische Centra (UMC's, ook wel academische ziekenhuizen genaamd). Kenmerkend voor een UMC is dat het een drietal kerntaken kent, te weten patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. Het totale budget waarover een UMC jaarlijks kan beschikken, bestaat onder meer uit het externe budget (Wettelijk Budget Aanvaardbare Kosten). Hiervoor geldt sinds 1997 de functiegerichte budgettering (FB-systematiek), waarbij gewerkt wordt met parameters zoals gewogen opnamen, eerste polikliniekbezoeken en verpleegdagen. Om de door de overheid gewenste (gereguleerde) marktwerving in de Nederlandse gezondheidszorg mogelijk te maken, is op initiatief van het ministerie van VWS in 2005 een nieuwe systematiek ingevoerd, geënt op DBC's. Een DBC omvat alle activiteiten van het eerste consult of onderzoek tot en met de laatste controle. Aan een DBC is een vergoeding voor de specialist (honorarium) en voor het ziekenhuis gekoppeld.

Het werken met het DBC-systeem heeft tot doel de bekostiging van de ziekenhuizen doelmatiger en duidelijker te maken. Inzicht in zowel de behandeltrajecten als de kosten daarvan neemt toe. Deze transparantie is een voorwaarde om marktwerving in de zorg ook daadwerkelijk te effectueren. In 2005 is het DBC-systeem volledig ingevoerd. De marktwerving is vanaf 2005 slechts geleidelijk ingevoerd, met een eerste tranche van 10 procent onderhandelbare zorg. Bij dit beperkte deel (10 procent) van de patiëntenzorg (het B-segment) kan vrij onderhandeld worden tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars over de prijzen van de DBC's. Concurrentie tussen de ziekenhuizen kan ontstaan waarmee de overheid beoogt te komen tot een kwalitatief hoogstaande, toegankelijke en kostenefficiënte zorgsector.

In 2010 is circa 34 procent van de zorg vrij onderhandelbaar (het B-segment). Het niet-onderhandelbare deel van de zorg (het A-segment) wordt tot 2012 nog bekostigd op basis van de FB-systematiek, waarvoor de overheid de prijs vaststelt.

Crom (2005) onderscheidt in zijn onderzoek naar budgetteringssystemen binnen UMC's een vijftal combinaties van input-, proces- en outputbudgettering met een toenemende mate van koppeling tussen externe en interne bekostiging. Crom (2005) concludeerde dat bij alle UMC's voorheen de historie in sterke mate de hoogte van het budget van decentrale eenheden bepaalde. Alle acht ziekenhuizen pasten in die tijd bij hun interne budgettering een incrementele wijze van budgetteren toe: de budgetten van decentrale eenheden worden bepaald door het gerealiseerde budget van het voorgaande jaar, waarin vervolgens mutaties worden aangebracht. De vraag waar in dit artikel op wordt ingegaan, is of UMC's als gevolg van de externe ontwikkelingen (de introductie van marktwerking en bijbehorende DBC-systematiek) overgaan tot aanpassing van hun interne budgetteringssysteem, om verantwoordelijke eenheden binnen het UMC (financieel) te confronteren met deze gewijzigde marktomstandigheden om zodoende externe marktprikkels intern door te vertalen. Daarbij wordt het raamwerk van Crom (2005) als uitgangspunt genomen. Het artikel gaat ook uitgebreid in op argumenten voor en tegen het toepassen van outputbudgettering binnen UMC's c.q. een hoge mate van koppeling tussen externe en interne bekostiging. Argumenten voor liggen vooral op het terrein van doelmatigheid, terwijl argumenten tegen meer te maken hebben met zorginhoudelijke overwegingen.

In het vervolg van dit artikel wordt eerst ingegaan op de Nederlandse zorgsector (paragraaf 2), waarbij specifiek wordt ingegaan op de (academische) ziekenhuissector. Aan bod komt de bekostiging van de ziekenhuissector tot 2005, waarbij de FB-systematiek wordt besproken. Paragraaf 3 beschrijft het onderwerp marktwerking in de zorg en de

invloed hiervan op de bekostiging van ziekenhuizen na 2005. Concurrentie op de (drie) zorgmarkt(en) en de DBC-systematiek worden geïntroduceerd. Het onderscheid tussen het DBC A-segment en B-segment wordt verder uiteengezet. Paragraaf 4 geeft, naast een theoretische beschouwing aangaande budgetteringssystemen, inzicht in hoe budgettering van oudsher in de Nederlandse ziekenhuissector is geregeld. Daarnaast worden relevante aspecten van het budgetteren met DBC's besproken. In paragraaf 5 worden de opzet en de resultaten van het in 2008/2009 in de academische ziekenhuissector uitgevoerde empirisch onderzoek besproken. Afsluitend worden in paragraaf 6 de conclusies en aanbevelingen op basis van de onderzoeksresultaten gepresenteerd.

2 De (academische) ziekenhuissector in Nederland

De academische ziekenhuissector is één van de zorgsectoren in Nederland. Tabel 1 geeft een overzicht van het aantal instellingen per sector.

Tabel 1 Aantal instellingen naar zorgsector

	2006	2007	2008
UMC (universitair medische centra)	8	8	8
Algemene en categorale ziekenhuizen	110	108	106
GGZ (geestelijke gezondheidszorg)	100	102	97
GGZ (geestelijke gezondheidszorg)	158	150	151
VVT (verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg)	742	721	648

Bron: CBS (2009)

De gemiddelde opbrengsten per instelling zijn bij alle zorgsectoren sterk gestegen. Dit heeft deels te maken met toenemende (afspraken over) zorgproductie en vergoedingen voor stijgende loonkosten, maar ook met populatieveranderingen.

Er is een groot verschil tussen sectoren qua gemiddelde omvang (zie tabel 2). De UMC's behoren tot de top tien van grootste zorgaanbieders, met de hoogste opbrengsten

Tabel 2 Gemiddelde bedrijfsopbrengsten en gemiddeld aantal voltijdbanen werknemers naar zorgsector

	Gemiddelde bedrijfsopbrengsten			Gemiddeld aantal voltijdbanen van werknemers		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
	Mln euro			Fte		
UMC (universitair medische centra)	587	651	730	5988	6200	6599
Algemene / categorale ziekenhuizen	103	111	120	1213	1262	1293
GGZ (geestelijke gezondheidszorg)	43	45	50	578	589	635
GHZ (gehandicaptenzorg)	35	39	43	561	617	638
VVT (verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg)	18	19	22	299	292	325

Bron: CBS (2009)

en de meeste werknemers per instelling. Op ruime afstand volgen de algemene en categorale ziekenhuizen, terwijl instellingen in de overige sectoren gemiddeld relatief klein zijn.

De totale zorguitgaven in Nederland volgens het Budgettair Kader Zorg bedragen in 2008 54 miljard euro en in 2009 58 miljard euro (www.minsvws.nl) en zijn al jaren sterk stijgend (Zorgbalans, 2008). Van de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland wordt circa 30 procent uitgegeven aan de ziekenhuiszorg, die hiermee verreweg de duurste voorziening is binnen de totale gezondheidszorg.

2.1 De academische ziekenhuissector

Een academisch ziekenhuis heeft drie hoofdtaken, te weten (zie ook Crom, 2005):

- *Het verlenen van patiëntenzorg (zorgfunctie)*
Het verlenen van patiëntenzorg kan in de volgende drie punten worden onderverdeeld:
 - Reguliere zorg. Dit heeft betrekking op routinematige, 'normale' zorg welke ook door algemene ziekenhuizen wordt geleverd. Deze zorg wordt in een academisch ziekenhuis verleend ten behoeve van de werkplaats- en ontwikkelingsfunctie en het doelmatig kunnen exploiteren van dure zorgvoorzieningen.
 - Topklinische zorg (Wet op de Bijzondere Medische Verrichtingen c.q. WBMV-zorg). Het gaat om hooggespecialiseerde, veelal dure zorg (bijzondere voorzieningen, personeel en materieel) bestemd voor een beperkte patiëntenpopulatie die daardoor een bovenregionaal verzorgingsbereik heeft (VWS, 2000).
 - Topreferente zorg. Dit heeft betrekking op de beschikbaarheidsfunctie van de 'last resort'-patiënten die vanwege complicaties of zeldzaamheid van aandoeningen niet terecht kunnen in een algemeen ziekenhuis. Hiervoor zijn bijvoorbeeld specialistische laboratoria, gespecialiseerde verpleegkundigen, bibliotheken, aangepaste operatiekamer- en intensive care-faciliteiten, en uitgebreide technische en instrumentele ondersteuning nodig (VAZ, 1993).
- *Het verzorgen van onderwijs en opleidingen (werkplaatsfunctie)*
Een UMC heeft een belangrijke functie als 'werkplaats' voor de medische faculteiten van universiteiten. Het is de aangewezen plaats voor studenten om geneeskunde te studeren in een praktische omgeving (onderwijs). Een andere onderwijsstaak is het opleiden van arts-assistenten tot medisch specialisten.
- *Het uitvoeren van onderzoek (ontwikkelingsfunctie)*
Een UMC is bij uitstek ook de plaats waar via wetenschappelijk onderzoek en literatuurstudie vernieuwingen in de geneeskunde worden ontwikkeld en toegepast. Dit wordt aangeduid als de ontwikkelingsfunctie.

2.2 Bekostiging van de ziekenhuissector tot 2005

De bekostiging van academische ziekenhuizen heeft sterke overeenkomsten met die van algemene ziekenhuizen, maar onderscheidt zich vooral op het gebied van de onderwijs- en onderzoeksfuncties. Het totale budget waar een UMC jaarlijks over kan beschikken, bestaat uit een aantal hoofdcomponenten, te weten het externe budget (het Wettelijk Budget Aanvaardbare Kosten ten behoeve van het verrichten van reguliere, topklinische en topreferente zorg), de Rijksbijdrage (ten behoeve van onderwijs en onderzoek), tweede, derde en vierde geldstroom (ten behoeve van onderzoek), en overige opbrengsten voor diverse doeleinden (Crom, 2005). De nadruk in dit artikel ligt op het productiegerelateerde deel van het totale budget van een UMC, te weten het externe budget (Wettelijk Budget Aanvaardbare Kosten).¹

Voor het externe budget geldt de functiegerichte budgettering (FB-systematiek), bestaande uit relatief vaste (gegarandeerde) componenten en variabele (productieafhankelijke) componenten. De vaste componenten bestaan uit locatiegebonden kosten (kapitaalslasten, energiekosten en onderhoud van gebouwen), beschikbaarheidskosten (kosten van het in stand houden van basale functies van het ziekenhuis, bijvoorbeeld huisvestingskosten), capaciteitsgebonden kosten (semivaste kosten, die op langere termijn variëren in verband met wijzigingen in de capaciteit van het ziekenhuis), functiegebonden kosten (gerelateerd aan functie-uitoefening door de medisch specialist) en productiegebonden kosten (variëren met de omvang van de productie, zoals verpleegkosten).

Via de variabele (productieafhankelijke) component reguliere zorg zijn UMC's vanaf 1997 in staat om de hoogte van hun (externe) budget te beïnvloeden. Productiegroei die tot aan 1997 niet werd gehonoreerd, leidde vanaf dat moment (na onderhandelingen met de zorgverzekeraar) tot extra opbrengsten. De reguliere productie wordt uitgedrukt in parameters als gewogen opnamen, verpleegdagen, dagverplegingen, gewogen eerste polikliniekbezoeken en enkele verrichtingen die tot de reguliere zorg worden gerekend. De topklinische zorg wordt uitgedrukt in specifieke verrichtingen. Deze parameters en verrichtingen worden vermenigvuldigd met landelijk vastgestelde parameterwaarden. De tarieven voor opnamen en eerste polikliniekbezoeken worden vermenigvuldigd met een wegingsfactor per specialisme. Met die wegingsfactor wordt getracht tegemoet te komen aan kostenverschillen tussen specialisten.

Vanwege de systematiek van budgetbekostiging (het afgesproken budget en niet de werkelijke productie bepaalt de opbrengsten) zijn tot en met 2000 de risico's van het realiseren van de productie voor het lopende jaar nihil.

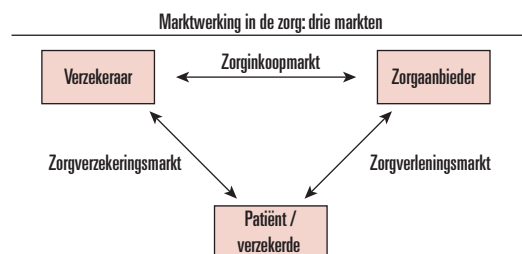
Daarin is met de invoering van de nacalculatie (het zogenaamde boter-bij-de-visprincipe) op het productiegebonden (variabele) deel van het ziekenhuisbudget in 2001 drastisch verandering gekomen. Om die reden is met de nacalculatie de invloed van de FB-parameters sterk toegenomen.

Waar het reguliere en topklinische zorg betreft, loopt de bekostiging van academische ziekenhuizen in grote mate parallel met die van de algemene ziekenhuizen (Crom, 2003a). De specifieke vergoedingen voor topklinische en topreferente zorg hebben betrekking op de bekostiging van meerkosten van de betreffende zorg, aangezien beide categorieën ook mutaties (en daarmee vergoedingen) genereren in de reguliere productieparameters (opnamen, verpleegdagen, polikliniekbezoeken enzovoort). Ook met de andere componenten van het FB-budget worden ziekenhuisvoorzieningen bekostigd die mede ten behoeve van topklinische en topreferente zorg worden aangewend.

Verder zijn nog enkele specifieke componenten in het externe budget te onderkennen. Zo worden apart de honorariumkosten van medisch specialisten onderscheiden (die bij een UMC in loondienst zijn). Verder kent het externe budget de Academische Component. Deze middelen zijn bestemd voor 'alle extra kosten die een ziekenhuis moet maken voor het uitvoeren van zijn taken op het terrein van de gezondheidszorg (bijvoorbeeld de behandeling van topreferente patiënten en de ontwikkel- en innovatiefunctie van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling), alsmede de opleidingskosten' (CTG, 2004).

3 Bekostiging van de ziekenhuissector in tijden van marktwerking

Momenteel wordt in de Nederlandse gezondheidszorg marktwerking ingevoerd. Daarbij is geen sprake van geheel vrije marktwerking (volkomen concurrentie) maar van gereguleerde marktwerking. Dat betekent dat vragers en aanbieders weliswaar wat vrijheid hebben, maar dat die vrijheid is afgebakend door wetten en regels. Deze regulering is er om ongewenste effecten te voorkomen en de publieke doelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te waarborgen (Zorgbalans, 2008).



Figuur 1 Marktwerking in de zorg

3.1 Drie markten in de gezondheidszorg

Waar wordt nu op gedoeld indien gesproken wordt over marktwerking in de gezondheidszorgsector? Dit betreft dan de drie te onderscheiden markten bij de interacties tussen de drie partijen (patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders) in de gezondheidszorg (zie figuur 1).

De zorgverzekeringsmarkt

Op de zorgverzekeringsmarkt concurreren commerciële zorgverzekeraars op de uitvoering van de basisverzekering en het aanbieden van aanvullende verzekeringen. De introductie van de Zorgverzekeringwet in 2006 heeft in eerste instantie tot behoorlijke prijsconcurrentie en dynamiek op de zorgverzekeringsmarkt geleid (Onderzoek marktwerkingsbeleid, 2008). In 2006 is bijvoorbeeld 18 procent van de verzekerden overgestapt naar een andere verzekeraar (NZa², 2007a). Recentere rapporten berichten echter over een afnemend percentage verzekerden dat overstapt naar een andere zorgverzekeraar (bijvoorbeeld NZa, 2008a&b).

De zorgverleningsmarkt

Omwille van de concurrentie en nieuw aanbod van zorg wordt in de afgelopen jaren meer ruimte geboden aan nieuwe toetreders (vooral ZBC's) tot de markt voor gezondheidszorg (Bouwcollege, 2003). Voorheen beperkende eisen van toetreding zijn inmiddels afgeschaft (Knoors, 2004). Het aantal ZBC's is groeiende, van 37 in 2005 tot 125 in 2009 (NZa, 2009). Uit onderzoek van de NZa (2007b) blijkt dat prijsniveaus van DBC's in ZBC's beduidend lager zijn (gemiddeld ongeveer 20 procent) dan in andere ziekenhuizen (mogelijk als gevolg van een andere patiëntenpopulatie).

De zorginkoopmarkt

Op de zorginkoopmarkt kopen verzekeraars via contracten zorg in bij zorgaanbieders. Inmiddels is duidelijk dat deze onderhandelingen in het vrij onderhandelbare segment moeizaam verlopen (NZa, 2008b). Dit gaat gepaard met aanzienlijke transactiekosten (NZa, 2008b). Brandenburg (2008) geeft aan dat de transactiekosten op deze markt mogelijk verlaagd kunnen worden, bijvoorbeeld door het aangaan van meerjarige allianties tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis. Dit kan dan wel leiden tot (mogelijk vanuit publieke belangen onwenselijk geachte) marktmacht (NZa, 2008a).

3.2 Bekostiging van de ziekenhuissector na 2005

Om de marktwerking in de zorgsector mogelijk te maken, is op initiatief van het ministerie van VWS in 2005 een nieuwe systematiek ingevoerd, geënt op de DBC's. Het werken met het DBC-systeem heeft tot doel de bekostiging van de ziekenhuizen doelmatiger en duidelijker te maken. Dankzij dit systeem ontstaat meer inzicht in de behandel-

trajecten en de kosten. Deze transparantie is een voorwaarde om te komen tot concurrentie tussen ziekenhuizen. Een DBC omvat alle activiteiten, dus zowel diagnostische als behandelactiviteiten. DBC's worden uitsluitend geregistreerd door de zogenaamde poortspecialismen (dit zijn specialismen waar de patiënt als eerste mee in aanraking komt na verwijzing door de huisarts, zoals cardiologie, chirurgie, dermatologie, gynaecologie, en neurologie). De productie van de ondersteunende specialismen (diagnostische en anesthesiologische producten) maakt onderdeel uit van het zorgtraject van de DBC.

Voor een groot deel van de DBC's (het A-segment) stelt de overheid de prijs vast. Dit A-segment betreft niet-onderhandelbare zorg, waarvoor de in paragraaf 2.2 beschreven FB-systematiek (met vaste en variabele componenten) blijft gelden voor wat betreft de bepaling van het externe budget (hoogte van de opbrengsten). In dit segment worden wel DBC's geregistreerd en gedeclareerd bij zorgverzekeraars. Het verschil tussen de omvang van het bepaalde budget enerzijds en de omvang van de gedeclareerde DBC's anderzijds wordt in het A-segment verrekend met ziekenhuizen. In het A-segment lopen financiering (liquiditeit op basis van DBC's) en bekostiging (hoogte budget op basis van FB systematiek) dus niet gelijk.

Voor een kleiner deel van de behandelingen (het B-segment) kunnen ziekenhuis en zorgverzekeraars aparte afspraken met elkaar maken over de prijs en kwaliteit van die ziekenhuisbehandelingen. Het kan dus zijn dat de prijzen van die behandelingen tussen de ziekenhuizen verschillen. Voor dat deel van de behandelingen kan concurrentie tussen de ziekenhuizen ontstaan, waarmee de overheid beoogt te komen tot een kwalitatief hoogstaande en kostenefficiënte zorgsector. In het B-segment vormt de totale financiële waarde van de gedeclareerde DBC's de omzet. Er is dus geen verschil tussen financiering en bekostiging.

De hiervoor beschreven budgetteringssystematiek in segment A is in grote lijnen ongewijzigd ten opzichte van de situatie voor de invoering van de DBC's. Wel wordt bij elke uitbreiding van het B-segment het A-segment 'geschoond' ter voorkoming van dubbele bekostiging.

In 2005 is het DBC-systeem volledig ingevoerd, maar de marktwerking slechts geleidelijk, met een eerste tranche van 10 procent onderhandelbare zorg. Dit onderhandelbare deel (B-segment) betreft in deze periode basiszorgactiviteiten (reguliere zorg) die in vrijwel alle ziekenhuizen worden verricht, zoals staaroperaties en vervanging van heup en knie. Gemiddeld genomen bedraagt het aandeel van het B-segment in deze periode 9 procent in de omzetten van de algemene ziekenhuizen en 2 procent bij

de UMC's (NZa, 2008b). In de totale omzet van het B-segment hebben de algemene ziekenhuizen in deze periode het grootste aandeel met 90 procent, voor UMC's is het aandeel 3,5 procent. Het niet-onderhandelbare deel van de zorg (A-segment) wordt in deze periode nog bekostigd op basis van de FB-systematiek.

Het aandeel B-segment is in 2008 en 2009 verder uitgebreid naar respectievelijk 20 procent en 34 procent. De NZa voorziet voor het eindmodel prestatiebekostiging met twee segmenten: een vrij segment en een gereguleerd segment. Het gereguleerde segment zal bestaan uit twee delen, een variabel deel (zorgprestaties zoals WBMV-zorg met gereguleerde integrale tarieven en vrij volume) en een vast deel (normatieve vaste vergoedingen voor specifieke functies of kenmerken).

In 2011 vindt de introductie van (schaduwdraaien met) de DOT-systematiek (DBC's Onderweg naar Transparantie) plaats. Het doel hiervan is te komen tot een vereenvoudigd DBC-systeem, waarbij de huidige 30.000 DBC's worden teruggedrongen naar 3000 zorgproducten (met meer homogeniteit).

4 Budgettering in ziekenhuizen

In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op (interne) budgettering in ziekenhuizen. Als eerste wordt ingegaan op het onderscheid tussen input-, proces-, en outputbudgettering. Tot slot wordt ingegaan op budgettering op basis van DBC's, welke een vorm van outputbudgettering is.

4.1 Input-, proces- en outputbudgettering

Groot en Van Helden (2003) maken onderscheid in een aantal budgetteringsmethodieken, namelijk inputbudgettering, procesbudgettering (activiteitenbudgettering) en outputbudgettering. Welk systeem geschikt is om toe te passen, is situatieafhankelijk en wordt bepaald door de mate waarin output identificeerbaar is en de mate waarin de activiteiten homogeen zijn.

Crom (2005) heeft op basis van deze onderverdeling een raamwerk opgesteld, specifiek voor de ziekenhuissector. Het begrip koppeling speelt daarin een belangrijke rol. Koppeling is de mate waarin een ziekenhuis zijn interne budgetten op grond van dezelfde grootheden vaststelt als waarop zijn externe budget wordt bepaald. Daarmee raakt het de definitie van outputbudgettering. In het vervolg zullen de begrippen outputbudgettering en koppeling als synoniemen gebruikt.

Hoewel veel verschillende gradaties kunnen worden onderscheiden, kunnen in toenemende mate van koppeling de volgende systemen worden onderscheiden (Crom, 2005):³

1. *Volledige inputbudgettering.* Er is sprake van een historisch inputbudget waarbij geen koppeling wordt toegepast. De reguliere productieparameters en de WBMV-activiteiten spelen geen rekenkundige rol in het tot stand komen van budgetmutaties, dus van de incrementen. Gekeken wordt naar de meer/minder activiteiten ten opzichte van het voorgaande jaar als gevolg van productieveranderingen. Vervolgens wordt bepaald wat bij benadering de invloed van die verandering is op de totaal benodigde productiemiddelen (voor personeel bijvoorbeeld het aantal fulltime equivalents) en de kosten daarvan. Deze meer/minder-kosten zijn dan bepalend voor de budgetaanpassing.
2. *Een combinatie van inputbudgettering (historisch budget) en output- en procesbudgettering op basis van interne prijzen (budgetmutaties).* Er is sprake van een historisch inputbudget, maar de volumemutaties in de reguliere productieparameters (proces) en de WBMV-activiteiten (output), vermenigvuldigd met een intern berekend, vast tarief, vormen de basis waartegen het budget wordt aangepast. Deze interne tarieven zijn gebaseerd op berekening van de marginale kosten per eenheid. Er is hier dus een gedeeltelijke koppeling: voor de vaststelling van budgetmutaties worden wel de productieparameters, maar niet de NZa-vergoedingen gebruikt.
3. *Een combinatie van inputbudgettering (historisch budget) en output- en procesbudgettering op basis van externe tarieven (budgetmutaties).* Dit systeem is gelijk aan het tweede systeem met dat verschil dat geen interne tarieven, maar (vaste percentages van) NZa-tarieven (waaronder 100 procent) als prijsbasis voor de budgetmutaties worden toegepast.
4. *Volledige output- en procesbudgettering op basis van interne prijzen.* Het volledige budget wordt bepaald door het volume van de reguliere productieparameters (proces) en de WBMV-activiteiten (output), vermenigvuldigd met een intern berekend, vast tarief. Wel het volume, maar niet de prijs is gebaseerd op de externe parameters. Dit systeem onderscheidt zich van versie 2, doordat het gehele budget bij 4 op basis van NZa-productieparameters wordt bepaald. Er is dus geen sprake van een historisch budget. Aangezien het gehele zorgbudget op basis van output- en procesbudgettering tot stand komt, betekent dat impliciet dat het ziekenhuis het budget van decentrale eenheden (of een decentrale eenheid het budget binnen die eenheid) opdeelt in een productiegebonden deel, een onderzoeksdeel en een onderwijs/opleidingsdeel.
5. *Volledige output- en procesbudgettering op basis van externe tarieven.* Dit systeem is gelijk aan systeem 4 met dat verschil dat geen interne tarieven, maar (vaste percentages van) NZa-tarieven (waaronder 100 procent) als prijsbasis voor het bepalen van integrale budgetten worden toegepast. Er is sprake van een zeer sterke koppeling.

Crom (2005) concludeert onder andere dat bij alle acht academische ziekenhuizen de historie in sterke mate de hoogte van het budget (budgetteringsjaar 2003) van decentrale eenheden blijkt te bepalen. Alle acht ziekenhuizen passen bij hun interne budgettering een incrementele wijze van budgetteren toe: de budgetten van decentrale eenheden worden bepaald door het gerealiseerde budget van het voorgaande jaar, waarin vervolgens mutaties worden aangebracht. De wijze waarop die mutaties tot stand komen en meer specifiek de rol die FB-parameters daarin spelen, verschilt echter per ziekenhuis. UMC's onderscheidden zich dus destijds vooral in de mate waarin ze externe budgetparameters toepassen bij het bepalen van de hoogte van die mutaties (de mate van koppeling).

Zoals eerder aangegeven wordt in 2009 een groot deel van het ziekenhuisbudget (ten behoeve van het A-segment) bepaald door de reguliere productieparameters opnamen, verpleegdagen, dagverplegingen en eerste polikliniekbezoeken. Crom (2005) concludeert dat deze parameters (als representanten van activiteiten) als procesbudgettering aan te merken zijn. De FB-bekostiging van topklinische verrichtingen voor wat betreft het productiegebonden deel kan als een vorm van outputbudgettering worden beschouwd (Crom, 2005). (Vaste) parameters zoals aantal bedden, specialistenplaatsen en vierkante meters huisvesting hebben betrekking op de instandhouding van productiemiddelen en refereren aan inputbudgettering.

4.2 Budgettering met DBC's

Met de invoering van DBC's wordt inmiddels een aanzienlijk deel van de externe (productie)opbrengsten van UMC's bepaald op grond van DBC's B-segment vermenigvuldigd met de bijbehorende vergoedingen. Deze vergoeding bestaat voor het A-segment en B-segment respectievelijk uit een landelijk vastgesteld declaratietarief en uit een extern (met zorgverzekeraars) onderhandeld tarief. Aangezien een DBC kan worden opgevat als een eindproduct, is het vaststellen van het ziekenhuisbudget op grond van het aantal DBC's vermenigvuldigd met integrale vergoeding een vorm van outputbudgettering. Er wordt in de sector toegewerkt naar een eindmodel prestatiebekostiging op basis van DBC's c.q. zorgproducten (in deze situatie betekent volledige outputbudgettering ook een hoge koppeling).

Welke argumenten kunnen vervolgens worden aangedragen voor en tegen het toepassen van outputbudgettering binnen UMC's c.q. een hoge mate van koppeling tussen externe en interne bekostiging?

Argumenten voor het toepassen van outputbudgettering op basis van DBC's zijn de volgende:

- *In lijn met integraal management.* De visie op de meest wenselijke organisatiestructuur en de daarbij horende bevoegdheden en verantwoordelijkheden bepaalt mede het budgetteringsmodel. In het kader van integraal management hanteren sommige ziekenhuizen de visie dat ziekenhuismiddelen ook (integraal) aan die divisies beschikbaar dienen te worden gesteld welke de middelen genereren, en dat zij ook de financiële risico's verbonden aan die middelen dragen (Crom, 2003a). Dit leidt tot een hoge mate van koppeling tussen externe en interne bekostiging.
- *Reële kostprijzen.* Door ziekenhuizen is veel inspanning geleverd om inzicht te verkrijgen in de relatie tussen de patiëntenzorgactiviteiten en de daarvoor ingezette middelen (Crom, 2005). Hierdoor beschikken ziekenhuizen thans – in potentie – over betere informatie ten behoeve van een adequate middelenallocatie. Indien de ziekenhuizen deze data omzetten in informatie, is de verwachting dat DBC's en hun vergoedingen een grote rol gaan spelen bij het intern budgetteren van divisies en de afdelingen die de DBC's voortbrengen (Crom, 2003a&b). Vaak zal de druk vanuit de decentrale organisatie om de vergoedingen volledig intern door te sluisen, groot zijn. DBC-vergoedingen zijn immers gebaseerd op reële kostprijzen en dus ligt het in de lijn der verwachting om deze middelen (met een eventuele correctie voor bijdrage in de dekking van overheadkosten en ontvangen diensten) door te sluisen naar de decentrale eenheden.
- *Centraal/decentraal op één lijn.* De keuze voor het budgetteringsmodel wordt in belangrijke mate bepaald door de besturingsfilosofie van de raad van bestuur (Crom, 2003a). Ziekenhuizen die een hoge mate van koppeling toepassen, vinden het van groot belang dat financiële prikkels op ziekenhuis- en divisieniveau gelijkgericht zijn. Daarmee wordt het realiseren van met de zorgverzekeraar gemaakte productieafspraken gestimuleerd. Zorginhoudelijke sturing vindt dan plaats in de selectie welke productievoorstellen in de gesprekken met zorgverzekeraars worden ingebracht.
- *Discussievrij.* Het toekennen van extra middelen in geval van extra productie heeft bij een hoge mate van koppeling als pragmatisch voordeel dat deze in zekere zin discussievrij zijn. Niemand kan ontkennen dat de opbrengsten van het ziekenhuis van de productieparameters afhankelijk zijn (Crom, 2003a). Verder weten divisies bij het verrekenen van productiemutaties (de productierealisatie wijkt dan af van de productieafpraak) direct waar ze aan toe zijn.
- *Risico's.* De raad van bestuur speelt in de meeste ziekenhuizen op zekerheid, mede doordat als gevolg van de invoering van de nacalculatie voor het A-segment in 2001 het risicoprofiel van academische ziekenhuizen is verslechterd (Crom, 2003a). Met de invoering van het

(vrij onderhandelbare) B-segment is dit profiel gezien het integrale karakter verder verslechterd. Bij een hoge mate van koppeling plaatst de raad van bestuur zich op afstand van de divisies en neemt het een sterk beheersmatige positie in. Het risico of de tarieven de kosten dekken, alsook het prijsrisico als gevolg van de externe onderhandelingen op het gebied van B-segment DBC's, wordt bij de divisies neergelegd.

- *Verbetering informatievoorziening.* Asselman (2008) spreekt bijvoorbeeld over de mogelijkheden om op basis van de DBC-systematiek portfolioanalyses te maken. Daarbij wordt de relevantie van DBC's per specialisme afgezet tegen de mate waarin deze winst of verlies voor het ziekenhuis genereren. Ook biedt de DBC-systematiek (meer) mogelijkheden tot benchmarking door inzicht te bieden in zorgprofielen.

Argumenten tegen het toepassen van outputbudgettering zijn de volgende:

- *Cherry picking (afwenteling).* 'Cherry picking' betekent dat het ziekenhuis (of verantwoordelijke eenheden daarbinnen) bepaalde gecompliceerde patiënten op basis van financiële motieven doorverwijst naar andere ziekenhuizen. Er is dan sprake van ongewenst selectiegedrag van goedrenderende zorgtrajecten (Folpmers en De Bruijn, 2004). Belangrijk om in dit kader aan te halen, is dat een UMC een 'last-resort'-functie heeft en daarmee tevens vaak een zwaardere patiëntenpopulatie heeft dan een algemeen ziekenhuis (en daar tevens specifieke bekostiging voor kent in de vorm van de Academische Component, zie paragraaf 2.2).
- *Geen perfecte afspiegeling.* DBC's kunnen geen perfecte afspiegeling zijn van de zorg als gevolg van de complexiteit van de zorgproductie en het deels moeilijk tastbare karakter daarvan (Crom e.a., 2004, Covaleski e.a., 1993). Wat niet zichtbaar gemaakt wordt, hetzij doordat het moeilijk te benoemen is, hetzij doordat het buiten het blikveld valt, wordt niet in de kostprijsberekening en tariefstelling van DBC's meegenomen. Dit risico is groter bij een sterke mate van koppeling tussen extern en intern budget. Bij een geringere mate van koppeling is de ruimte om deze druk te absorberen meestal groter, waardoor er meer beleids- en handelingsvrijheid overblijft op het niveau van de uitvoering van zorgtaken.
- *Wezen van de zorg.* Bij een sterke mate van koppeling bestaat het risico dat het wezen van de zorg niet langer wordt gedefinieerd door de medische professie, maar door de bekostigingssystematiek met potentieel ernstige gevolgen voor de kwaliteit van de zorg. Chua en Preston (1994) geven aan dat als gevolg van de introductie van het DRG-systeem in de Verenigde Staten (dit systeem heeft veel gelijkenissen met het Nederlandse DBC-systeem) de ligduur van patiënten (in dagen) in

Tabel 3 Argumenten voor en tegen outputbudgettering op basis van DBC's

	Argumenten voor	Argumenten tegen
1.	In lijn met integraal management binnen UMC's. Opbrengsten worden (integraal) aan die divisies beschikbaar gesteld welke de middelen genereren.	Risico van 'cherry picking' of afwenteling: ongewenst selectiegedrag door bepaalde gecompliceerde patiënten op basis van financiële motieven doorverwijzen naar andere ziekenhuizen.
2.	DBC-tarieven zijn gebaseerd op reële kostprijzen. Vaak zal de druk vanuit de decentrale organisatie om de vergoedingen volledig intern door te sluiten, groot zijn.	DBC's zijn geen perfecte afspiegeling van zorg als gevolg van de complexiteit van de zorgproductie. Mogelijk toch onvolledige tariefstelling.
3.	Financiële prikkels centraal/decentraal op één lijn: stimuleren decentrale realisatie productieafspraken met zorgverzekeraars.	Risico dat het wezen van de zorg niet langer wordt gedefinieerd door de medische professie, maar door de bekostigingssystematiek.
4.	Toekenning extra middelen als gevolg van meerproductie in principe discussievrij.	Stimulus tot 'upcoding': het maximaliseren van de inkomsten door het doelbewust classificeren van patiënten in een categorie die weliswaar sterk lijkt op de categorie waar de patiënt eigenlijk in valt, maar die een hogere vergoeding kent.
5.	Risico's (bijvoorbeeld kostendekkendheid tarieven) worden bij divisies belegd. In lijn met het stijgende risicoprofiel van UMC's plaatst de raad van bestuur zich op afstand van de divisies en neemt ze een sterk beheersmatige positie in.	Mogelijkheid voor de RvB om een grote centrale beleidsruimte aan te houden voor het (in het kader van de academische functie) stimuleren van nieuwe ontwikkelingen.
6.	DBC's maakt het uitvoeren van portfolioanalyses en benchmarking (beter) mogelijk.	Averageness, niet alleen voor wat betreft de kosten, maar ook voor wat betreft de kwaliteit.

ziekenhuizen afnam, zonder dat hier (legitieme) zorginhoudelijke argumenten aan ten grondslag lagen. Een effect waarover Chua en Preston (1994) spreken, is dat het wezen van de zorg niet langer wordt gedefinieerd door de medische professie, maar door de bekostigingssystematiek. Het dalen van de gemiddelde ligduur als gevolg van de DRG-systematiek wordt tevens gesignaleerd in onderzoek van Hodgkin en McGuire (1994) en Chulis (1991).

- **Upcoding.** Een andere potentieel kwalijke prikkel die van het budgetteren met DBC's kan uitgaan, is dat bij het registreren en declareren van producten een stimulans tot 'upcoding' ontstaat. Upcoding is een gedragseffect: 'a deliberate and systematic shift in a hospital's reported casemix in order to improve reimbursement' (Simborg, 1981). Upcoding is het maximaliseren van de inkomsten door het doelbewust classificeren van patiënten in een categorie die weliswaar sterk lijkt op de categorie waar de patiënt eigenlijk in valt, maar die een hogere vergoeding kent (Schaepkens, 2002). Steinbusch e.a. (2007) concluderen in dit kader dat systemen waarin het salaris van de codeur niet afhankelijk wordt gesteld van de uitkomsten van het classificatieproces (binnen UMC's zijn medisch specialisten in loondienst), zich minder lenen voor 'upcoding'.
- **Centrale beleidsruimte.** Een voordeel van ont koppeling kan verder zijn dat de raad van bestuur een grote centrale beleidsruimte kan aanhouden voor het stimuleren van nieuwe ontwikkelingen (Crom, 2003a). Divisies concurreren met creatieve voorstellen om deze middelen, welke

een essentiële rol spelen bij het zo goed mogelijk waarmaken van de academische functie, zijnde het bestaansrecht van een academisch ziekenhuis.

- **Averageness.** Llewellyn en Northcott (2005) stellen dat bij benchmarking het risico van 'averageness' op de loer ligt. De ziekenhuizen 'bewegen' zich ook daadwerkelijk richting het gemiddelde, zowel qua kosten als op het gebied van zorg. Walgenbach en Hegele (2001) stellen in dit kader dat de centrale paradox van benchmarking is dat daardoor organisatieprocessen in toenemende mate op elkaar gaan lijken. 'The average hospital' is goedkoper dan sterk gedifferentieerde ziekenhuizen. Om gemiddeld te worden, zal een aantal ziekenhuizen echter een bovengemiddelde kostenreductie moeten realiseren die mogelijk ten koste gaat van de geleverde kwaliteit.

5 Het empirische onderzoek

In deze paragraaf zal worden uiteengezet in hoeverre recente externe ontwikkelingen (marktwerking in de zorg en de introductie van de DBC-systematiek) van invloed zijn op de budgetteringssystemen binnen UMC's in Nederland. Het huidige onderzoek is uitgevoerd door het afnemen van interviews van hoofden Planning & Control of specifiek aangestelde projectleiders binnen UMC's. Vervolgvragen zijn schriftelijk gesteld. Het onderzoek is uitgevoerd in 2008/2009. Het onderzoek is uitgevoerd op basis van de volgende onderzoeksvraag: 'In hoeverre zijn recente externe ontwikkelingen (marktwerking in de zorg en de introductie van de DBC-systematiek) van invloed op de budgetteringssystemen zoals deze gebruikt worden

binnen de Universitaire Medische Centra (UMC's) in Nederland?'

In het volgende zullen de onderzoeksresultaten per deelvraag worden weergegeven.

Deelvraag A: Hoeveel UMC's budgetteren in 2009 intern met DBC's en welke DBC's (A-segment en/of B-segment) worden daarbij gebruikt en in welke mate zijn externe en interne bekostiging ook daadwerkelijk gekoppeld?

In 2009 gebruiken in totaal zes van de acht UMC's (UMC1-UMC6) op enigerlei wijze DBC's in de interne budgettering, waarbij een tweetal hoofdvormen te onderscheiden is (zie tabel 4):

- alleen B-segment-DBC's in de interne budgettering van poorteenheden (twee UMC's);
- zowel A-segment- als B-segment-DBC's in de interne budgettering van poorteenheden (vier UMC's). Met deze hoofdvorm wordt bedoeld dat deze UMC's tijdens het uitgevoerde onderzoek plannen hadden voor of reeds projectmatig werkten aan het integraal budgetteren met A-segment- en B-segment-DBC's. Geen van deze UMC's had tijdens het uitgevoerde onderzoek reeds het volledige budgetteringssysteem aangepast.

De percentages in tabel 4 betekenen dat deze UMC's werken met gereduceerde tarieven. Dit houdt in dat de poorteenheden een percentage van de externe opbrengsten (opbrengsttarieven) ontvangen bij meer/minderproductie (het basisbudget is op basis van historie bepaald). De budgettering (van meer/minderopbrengsten) is dan conform externe bekostiging.

De twee UMC's (1, 2) die alleen B-segment-DBC's in de interne budgettering van poorteenheden hanteren, doen dit reeds vanaf 2008. Bij interne budgettering van poorteenheden op basis van A-segment-DBC's staat 'n.v.t.' bij deze twee UMC's, omdat ze het A-segment (conform externe bekostiging) budgetteren op basis van FB in plaats van DBC's. Beide UMC's (1, 2) hanteren een koppelingpercentage van minder dan 100 procent (respectievelijk 40 procent en 80 procent van het extern onderhandelde DBC-tarief). UMC (1) vergoedt met 40 procent van het externe B-segment-DBC-tarief slechts de variabele kosten. De reden hiervoor is dat men binnen UMC (1) vanuit strategische overwegingen geen (financiële) prikkels wenst af te geven om de productie van B-segment(basis)zorg te verhogen. In de verrekening van A-segment-FB-productie wordt binnen UMC (1) een ander (hoger) percentage gehanteerd. In de schoning van de budgetten (als gevolg van de uitbreiding van het B-segment worden FB-afspraken vervangen door DBC's) van poortheden binnen UMC (1) is rekening gehouden met dit (van het verrekenpercentage van het A-segment) afwijkende verrekenpercentage zodat de poorteenheden geen financiële nadelen ondervinden door de (technische) omrekening. Voor UMC (2) is het koppelingpercentage bij B-segment-DBC-productie gelijk aan het percentage (80 procent) dat (al jaren) gehanteerd wordt in de verrekening van het A-segment-FB-productie. Uit de afslag (20 procent) bekostigt men centrale directies en beleidsinitiatieven c.q. strategische investeringen.

De vier UMC's (3, 4, 5, 6) die poorteenheden zowel met A-segment- als B-segment-DBC's budgetteren, maken (volgens plan) alle per 2009 gebruik van deze systematiek. Opmerkelijk is dat de vier UMC's (3, 4, 5, 6) die in 2009 zowel A-segment- als B-segment-DBC's in de interne budgettering

Tabel 4 Resultaten deelvraag A

	Segment	Intern?	Per?	Budgettering poorteenheden
UMC (1)	A-segment DBC's	Nee	2008	n.v.t. ((100% m en 50% p) x FB-parameters) ^a
	B-segment DBC's	Ja		40% x extern DBC-tarief
UMC (2)	A-segment DBC's	Nee	2008	n.v.t. (80% m en p x FB-parameters)
	B-segment DBC's	Ja		80% x extern DBC-tarief
UMC (3)	A-segment DBC's	Ja	2009	70% x landelijke declaratietarieven
	B-segment DBC's	Ja		70% x extern DBC-tarief
UMC (4)	A-segment DBC's	Ja	2009	100% x landelijke declaratietarieven
	B-segment DBC's	Ja		100% x extern DBC-tarief
UMC (5)	A-segment DBC's	Ja	2009	100% x landelijke declaratietarieven
	B-segment DBC's	Ja		100% x extern DBC-tarief
UMC (6)	A-segment DBC's	Ja	2009	100% x interne kostprijs
	B-segment DBC's	Ja		100% x extern DBC-tarief

^a De tarieven voor A-segment FB-parameters kennen een materiële (m) en personele (p) prijscomponent

van poorteenheden gebruiken, daarmee in 2009 de interne bekostiging van de externe bekostiging hebben ontkoppeld. Het A-segment wordt extern in 2009 namelijk nog op basis van FB-parameters bekostigd. Deze UMC's (3, 4, 5, 6) anticiperen daarmee op toekomstige ontwikkelingen op basis van (weliswaar reeds ingezet) beleid van het ministerie van VWS (te weten volledige prestatiebekostiging per 2012 op basis van DOT). Voor de twee UMC's (1, 2) die in 2009 alleen B-segment-DBC's in de interne budgettering gebruiken, is deze ontkoppeling (en bijkomende controlproblematiek) een belangrijke reden om in 2009 geen A-segment-DBC's in de interne budgettering te gebruiken.

Eén (3) van de UMC's (3, 4, 5, 6) hanteert een koppelingspercentage van 70 procent van het extern onderhandelde B-segment-DBC-tarief en 70 procent van het externe declaratietarief voor A-segment-DBC's. Uit deze centrale afslag worden ondersteunende eenheden bekostigd. Twee UMC's (4, 5) hebben een koppelingspercentage van 100 procent van het extern onderhandelde B-segment-DBC-tarief en 100 procent van het externe declaratietarief voor A-segment-DBC's. Eén UMC (6) hanteert een koppelingspercentage van 100 procent van het extern onderhandelde B-segment-DBC-tarief en 100 procent van de intern berekende kostprijzen voor A-segment-DBC's.

De meerderheid van de UMC's (zes van de acht UMC's) gebruikt dus anno 2009 op enigerlei wijze DBC's in de interne budgettering van poorteenheden. Het verschil in koppelingspercentages staat (onder andere) in relatie met de wijze waarop de verrekening tussen poorteenheden en ondersteunende eenheden is geregeld. De budgettering van ondersteunende eenheden wordt in deelvraag B behandeld.

Deelvraag B: Hoe worden budgetten van ondersteunende eenheden bepaald (centrale bekostiging versus interne verrekening), zijn er veranderingen op het gebied van verplichte interne winkelnering en hoe wordt intern omgegaan met externe prijsonderhandelingsresultaten?

De mate van koppeling tussen externe en interne budgettering van poorteenheden hangt samen met de manier waarop ondersteunende eenheden worden gebudgetteerd (zie tabel 5). Het koppelingspercentage kan niet los bezien worden van de integrale bedrijfsvoering, en dan vooral niet van de wijze waarop ondersteunende eenheden (lab en dergelijke) worden bekostigd. Indien er sprake is van een hoge mate van koppeling (tussen budgetproducerende poorteenheid en externe bekostiging), zal er tevens (veelal integrale) verrekening plaatsvinden tussen poorteenheid en ondersteunende eenheid voor afgenomen diensten. Indien er sprake is van een lage mate van koppeling (oftewel, er is sprake van een centrale 'afslag'), dan zal de bekostiging van ondersteunende eenheden (voor een deel) centraal plaatsvinden met geen of minimale verrekening tussen poorteenheid en ondersteunende eenheid tot gevolg. Gezien het integrale DBC-tarief geldt dat hoe hoger de mate van koppeling tussen externe en interne budgettering voor poorteenheden, hoe meer een integrale interne verrekening tussen poorteenheden en ondersteunende eenheden voor geleverde diensten verwacht mag worden en hoe minder centrale bekostiging van ondersteunende eenheden naar verwachting zal plaatsvinden.

Binnen de UMC's die een koppelingspercentage van minder dan 100 procent hanteren (1, 2 en 3), vindt de interne verrekening als volgt plaats (zie ook tabel 5). In UMC (1), welke een koppelingspercentage hanteert van 40

Tabel 5 Resultaten deelvraag B. Budgettering van ondersteunende eenheden

	Segment	Budgettering poorteenheden	Budgettering ondersteunende eenheden	Afschaffen van verplichte winkelnering?	Prijrisico intern belegd bij?
UMC (1)	A	n.v.t. ((100% m en 50% p) x FB-parameters)	Verrekening: volledige q x integrale p	Nee	Poorteenheden
	B	40% x extern DBC-tarief			
UMC (2)	A	n.v.t. (80% m en p x FB-parameters)	Verrekening: mutatie q x direct variabele p	Nee	Poorteenheden en ondersteuner verdeelsysteem
	B	80% x extern DBC-tarief			
UMC (3)	A	70% x landelijke declaratietarieven	Centrale bekostiging uit 30% afslagpercentage	Nee	Poorteenheden
	B	70% x extern DBC-tarief			
UMC (4)	A	100% x landelijke declaratietarieven	Verrekening: volledige q x integrale p	Ja	Poorteenheden
	B	100% x extern DBC-tarief			
UMC (5)	A	100% x landelijke declaratietarieven	Verrekening: volledige q x integrale p	Ja	Poorteenheden
	B	100% x extern DBC-tarief			
UMC (6)	A	100% x interne kostprijs	Verrekening: volledige q x integrale p	Ja	Poorteenheden en ondersteuner interne markt
	B	100% x extern DBC-tarief			

procent, vindt tussen poorteenheden en ondersteunende eenheden volledig integrale verrekening (p en q) plaats. Naast een interne lage vergoeding voor B-segment-DBC-productie krijgen poorteenheden binnen UMC (1) ook de volledige integrale kosten door ondersteunende eenheden in rekening gebracht. In UMC (2), welke een koppelingspercentage hanteert van 80 procent, vindt er verrekening van direct variabele kosten plaats over de jaarlijkse mutatie in de interne productie tussen ondersteunende eenheden en poorteenheden. In UMC (3), met een koppelingspercentage van 70 procent, vindt geen verrekening plaats tussen ondersteunende en poorteenheden en worden ondersteunende eenheden bekostigd uit de centrale afslag.

De UMC's met een koppeling van 100 procent (4, 5 en 6) verrekenen intern vanaf 2009 integraal (p en q) tussen ondersteunende en poorteenheden. De poorteenheden ontvangen aan de opbrengstenkant dan de integrale DBC-opbrengsten (koppeling 100 procent), terwijl aan de kostenkant de volledig integrale kosten van afgenomen diensten van ondersteunende eenheden bij poorteenheden in rekening worden gebracht.

Verplichte interne winkelnering tussen poorteenheden en ondersteunende eenheden

Alle UMC's kennen in 2009 conform voorgaande jaren nog een verplichte interne winkelnering tussen poorteenheden en ondersteunende eenheden. Een opmerkelijke constatering is echter dat van de zes UMC's die in 2009 gebruikmaken van DBC's in de interne budgetteringssystematiek, drie UMC's (4, 5 en 6) voornemens zijn (of de mogelijkheid open houden) om de verplichte interne winkelnering binnen een aantal jaren af te schaffen. Met het afschaffen van de verplichte interne winkelnering wordt beoogd de externe marktwerking intern door te vertalen en een prikkel te geven aan ondersteunende eenheden om tegen marktconforme tarieven te produceren. Ook geeft het een machtsmiddel aan poorteenheden in (mogelijke) prijsonderhandelingen met ondersteunende eenheden. Door het afschaffen van de intern verplichte winkelnering wordt de externe marktwerking verder intern doorvertaald.

Prijstrisico onderhandelingen

Over de tarieven van B-segment-DBC's wordt onderhandeld met zorgverzekeraars. Hierdoor ontstaat prijsdynamiek (en vaak prijsdruk). De vraag is dan vervolgens hoe binnen de zes UMC's die gebruikmaken van B-segment-DBC's in de interne budgettering, wordt omgegaan met externe prijsonderhandelingsresultaten. Vier van de zes UMC's (1, 3, 4 en 5) laten de externe prijsonderhandelingsresultaten volledig ten gunste van of ten laste van de poorteenheden komen. Hoewel het DBC-tarief een integraal tarief is voor zowel primaire als ondersteunende activiteiten, vindt er geen interne herverde-

ling van deze (positieve of negatieve) resultaten plaats. Het volledige prijstrisico (onderhandelingsrisico) ligt hiermee bij de verantwoordelijke poorteenheden. Eén UMC (2) hanteert een tussen poorteenheden en ondersteunende eenheden onderling overeengekomen (rekenkundige) systematiek waarmee deze resultaten intern worden herverdeeld tussen poorteenheden en ondersteunende eenheden. Eén UMC (6) geeft specifiek aan dat deze prijs- en onderhandelingsresultaten door middel van een intern onderhandelingsproces tussen poorteenheden en ondersteunende eenheden herverdeeld dienen te worden. Hiermee wordt beoogd een interne markt te creëren, welke functioneert om het prijstrisico tussen vrager (poorteenheid) en aanbieder (ondersteunende eenheid) intern te verdelen. De raad van bestuur van dit UMC (6) behoudt zich het recht voor tot ingrijpen in geval van 'marktfalen'.

6 Conclusies en discussie

Uit het empirische onderzoek blijkt dat in tijden van marktwerking zes van de acht UMC's vanaf 2009 op enigerlei wijze DBC's in de interne budgettering gebruiken. Door deze DBC's wordt de output vanuit het perspectief van de patiënt en dus vanuit de zorgvraag gedefinieerd (Vosselman, 2007), waarmee budgettering meer dan voorheen de vorm van outputbudgettering krijgt. Binnen drie UMC's (4, 5, 6) hebben de externe (markt)ontwikkelingen de grootste invloed op het interne budgetteringssysteem en de interne organisatie. In twee UMC's worden vanaf 2009 poorteenheden gebudgetteerd op basis van zowel A-segment- als B-segment-DBC's, waarbij een koppelingspercentage van 100 procent van de interne kostprijzen (een UMC) of externe prijzen (drie UMC's) wordt gehanteerd.

Er is dus binnen deze UMC's in 2009 sprake van outputbudgettering, conform type 4 en 5 van de typologie van Crom (2005). Waar zes jaar eerder (budgetteringsjaar 2003) nog geen sprake was van een dergelijke mate van interne prestatiebekostiging c.q. outputbudgettering, is die trend anno 2009 sterk waarneembaar. Opvallend is dat deze UMC's in 2009 de externe en interne bekostiging feitelijk (tijdelijk) ontkoppelen aangezien men anticipeert op toekomstig (reeds ingezet) beleid van het ministerie van VWS (te weten volledige prestatiebekostiging op basis van DOT per 2012). Men vertaalt daarnaast marktwerking sterk door in de interne organisatie door er tevens over na te denken om de (tot 2009 binnen alle UMC's) verplichte interne winkelnering tussen poorteenheden en ondersteunende eenheden af te schaffen. Ondersteunende eenheden krijgen daarmee expliciet de prikkel marktconform te presteren, en poorteenheden krijgen een machtsmiddel in de interne onderhandelingen met

ondersteunende eenheden. Verder wordt het volledige prijsrisico (als gevolg van onderhandelingen met zorgverzekeraars) bij de opbrengstverantwoordelijke poorteenheden gelegd.

Concluderend kan worden gezegd dat de marktwerking in de zorgsector en de daarmee samenhangende DBC-systematiek in 2009 reeds van aanzienlijke invloed is op de binnen UMC's gebruikte budgetteringssystemen. Waar in het onderzoek van Crom (2005) bleek dat UMC's in 2003 de door hem onderscheiden budgetteringstypes 1 tot en met 3 gebruikten, ligt de focus in 2009 (in tijden van marktwerking) op de Types 3 tot en met 5 en daarmee veel meer dan voorheen op (volledige) outputbudgettering (met een hoge mate van koppeling tussen interne en externe bekostiging). UMC's die ervoor kiezen om DBC's integraal in de interne budgettering te gebruiken, voeren verder als gevolg daarvan ook op andere gebieden wijzigingen door in de interne organisatie (zoals het aanpassen van de interne verrekenrelatie tussen ondersteunende eenheden en poorteenheden en het mogelijk afschaffen van de verplichte interne winkelen tussen ondersteunende eenheden en poorteenheden). UMC's die er voor kiezen om de invloed van DBC's in de interne budgettering vooralsnog te beperken (tot het B-segment), voeren ook op andere gebieden weinig tot geen wijzigingen door in de interne organisatie.

Het risico bestaat dat mede door deze outputbudgettering financieel-economische kwesties de boventoon gaan voeren in de zorginhoudelijke praktijk. Termen als 'winstgevendheid' en 'rentabiliteit' zijn verbonden aan het begrip marktwerking. Zo heeft de NZa (2008c) de minister in 2008 geadviseerd om een experiment met winsttoogmerk in de ziekenhuiszorg toe te staan. De gedachte is dat dit winsttoogmerk ertoe zal leiden dat ziekenhuizen een grotere stimulans ondervinden om hun bedrijfsvoering te optimaliseren en op die manier een kostenverlaging tot stand te brengen. Het risico bestaat echter dat indien ziekenhuizen winstgedreven organisaties worden, de kwaliteit van diensten zal afnemen.

Een maatregel die deze prikkel mogelijk kan mitigeren, is het instellen van een *casemix managementsysteem*. Casemix management is het managen van het afgesproken aantal DBC's van elk type (Zuurbier en Krabbe-Alkemade, 2004).

Met casemix management kan inzicht worden geboden in verschuivingen tussen DBC-types, om vervolgens de interne discussie te starten of deze vanuit zorginhoudelijke keuzes of vanuit bedrijfseconomische motieven plaatsvinden en wenselijk zijn. Het implementeren van een dergelijk systeem kan overigens ook voor spanningen in de organisatie zorgen. Doolin (1999) beschrijft bijvoorbeeld de invoering van een casemix managementsysteem in een ziekenhuis in Nieuw-Zeeland. Het motief voor implementatie was de mogelijkheid om de kosten te kunnen managen. Het casemix managementsysteem leverde gedetailleerde informatie op welke het management mogelijkheden gaf om meer control over medisch specialisten uit te voeren. In het onderzoek kwam naar voren dat medisch specialisten vreesden dat managementbeslissingen voortaan op financiële gronden genomen zouden worden, waarbij voorbij zou (kunnen) worden gegaan aan zorginhoudelijke gronden.

Deze gedachte van de medisch specialisten ligt in lijn met de zorg van Chua en Preston (1994), namelijk dat andere dan zorginhoudelijke gronden de zorginhoud gaan bepalen. Voor toekomstig onderzoek is het dan ook belangrijk om na te gaan in hoeverre marktwerking en DBC's leiden tot kostenverlaging aan de ene kant en tot kwalitatief minder goede zorg aan de andere kant. Het is daarbij interessant om na te gaan op welke wijze de medische professionals omgaan met dit door marktwerking gecreëerde spanningveld tussen zorginhoud en doelmatigheid. De relevantie van verder onderzoek naar dit spanningsveld en de relatie met de wijze van bekostiging van (academische) ziekenhuizen en de zorgsector in het algemeen is bijna vanzelfsprekend, gezien de hoogte van de bedragen die jaarlijks in ziekenhuizen en in de zorgsector worden uitgegeven en gezien de tendens dat deze bedragen elk jaar verder toenemen. ■

Drs. R. Balogh RC is vanaf 2010 werkzaam als Senior Controller Ziekenhuis bij Orbis Medisch Centrum te Sittard. Daarvoor is hij drie jaar werkzaam geweest bij de Concernstaf Planning en Control van UMC Utrecht. Dr. ir. P.G.M. van Veen-Dirks RC is als universitair hoofddocent Accounting en Control verbonden aan Nijmegen School of Management van de Radboud Universiteit Nijmegen.

Noten

1 De overige componenten blijven derhalve in het artikel buiten beschouwing. Zie Crom (2005) voor een uitgebreide uiteenzetting.

2 De NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) is toezicht-

houder op alle zorgmarkten in Nederland. De NZa ziet toe op zowel zorgaanbieders als verzekeraars. Het accent in het werk van de NZa ligt op het proactief vaststellen van condities voor marktwerking

en de handhaving daarvan (www.nza.nl).

3 In deze opsomming komt de term DBC's niet terug aangezien de DBC-systematiek destijds nog niet in de sector was ingevoerd.

Literatuur

- Asselman, F. (2008), *Kostprijzen in ziekenhuizen*, HEADline, jg. 25, nr. 109, pp. 6-9.
- Bekostiging ziekenhuiszorg (2000), Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27490.
- Brandenburg, C. (2008), *A transaction cost analysis of Dutch hospital care – Contracting between hospitals and health care insurance companies in a deregulated environment*, proefschrift, Rotterdam; zie: <http://hdl.handle.net/1765/13151>.
- CBS (2009), *Gezondheid en zorg in cijfers*, Heerlen; zie: <http://www.wminkopers.nl/2009/12/20/gezondheid-en-zorg-in-cijfers-2009-cbs/>.
- Chua, W.H. en A. Preston (1994), Worrying about accounting in healthcare, *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, vol. 7, no. 3, pp. 4-17.
- Chulis, G.S. (1991), Assessing medicare's prospective payment system for hospitals, *Medical Care Review*, vol. 48, no. 2, pp. 167-206.
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2003), Signaleringsrapport 'Het zelfstandig behandelcentrum: van noodzakelijk kwaad tot nuttig goed?', Utrecht; zie: <http://www.bouwcollege.nl/Pdf/CBZprocent20Website/Publicaties/Uitvoeringstoetsen/Ziekenhuizen/ut549.pdf>.
- Covaleski, M.A., M.W. Dirmsmith en J.E. Michelman (1993), An institutional theory perspective on the DRG framework, case-mix accounting systems and health-care organizations, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 18, no. 1, pp. 65-80.
- Crom, B. (2003a), De invloed van de externe budgettering op de interne budgettering van academische ziekenhuizen, *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, vol. 77, no. 1/2, pp. 37-50.
- Crom, B. (2003b), De invloed van diagnose behandeling combinaties (DBC's) op de interne budgettering van academische ziekenhuizen, *Accounting*, vol. 107, maart, pp. 12-22.
- Crom, B., B. Hanewinkel en R.F. Speklé (2004), DBC's en interne budgettering: de wenselijkheid van koppeling, *Management Control & Accounting*, vol. 8, no. 6, pp. 12-16.
- Crom, B. (2005), De invloed van budgetparameters op de interne budgettering van academische ziekenhuizen, Ridderkerk, Labyrint Publication; zie: <http://irs.ub.rug.nl/ppn/281932190>.
- CTG (2004), Beleidsregel aanpassingen aanvaardbare kosten academische ziekenhuizen 2004, Beleidsregel I-712, Bijlage 2 bij circulaire TJAN/erug/I/04/38c.
- Doolin, B. (1999), Casemix management in a New Zealand hospital: rationalisation en resistance, *Financial Accountability & Management*, vol. 14, nr. 3/4, pp. 397-417.
- Folpmers, M. en J. de Bruijn (2004), Honorering in de zorg – overgang naar de nieuwe landelijke DBC-systematiek, *Management Control & Accounting*, vol. 8, no. 6, december, pp. 18-24.
- Groot, T.L.C.M. en G.J. Van Helden (2003), *Financieel management van non-profit organisaties*, 4e druk, Groningen: Stenfert Kroese.
- Hodgkin, D. en T.G. McGuire (1994), Payment levels and hospital response to prospective payment, *Journal of Health Economics*, vol. 13, no. 1, pp. 1-30.
- Knoors, E.G.M. (2004), *Zelfstandige behandelcentra: booming business of modegril?* Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
- Llewellyn, S. en D. Northcott (2005), The average hospital, *Accounting Organization and Society*, vol. 30, no. 6, pp. 555-583.
- Ministerie van Economische Zaken (2008), Onderzoek marktwerkingsbeleid 2008; zie: <http://media.leidenuniv.nl/legacy/casusep-ministerieEZ-2008-onderzoek-marktwerkingsbeleid.pdf>.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1998), Nota 'Positionering Academische Ziekenhuizen' aan de Tweede Kamer, kenmerk CSZ/ZT/9810703 d.d. 4 oktober 1998.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000), Nota 'Positionering algemene ziekenhuizen' aan de Tweede Kamer, kenmerk CSZ/ZT/2107596 d.d. 18 september 2000, VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001), Brief 'Tijdsplanning DBC2003' aan de Tweede Kamer, kenmerk CSZ/ZT-2145988 d.d. 25 januari 2001, VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007), Beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Rijksbegroting 2009.
- NVZ (2010), Persbericht: Gemengde gevoelens NVZ over kabinetsbesluit prestatiebekostiging.
- NZa (2007a), Monitor zorgverzekeringsmarkt. De balans 2007, Utrecht.
- NZa (2007b), Monitorspecial: de rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg, Utrecht.
- NZa (2008a), Zorgverzekeringsmarkt 2008. Ontwikkelingen beoordeeld door de NZa, Utrecht.
- NZa (2008b), Ziekenhuiszorg 2008. Een analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment 2008, Utrecht.
- NZa (2008c), Advies experiment met winsttoegmerk in de ziekenhuiszorg, Utrecht.
- NZa (2009), Ziekenhuiszorg 2009. Tijd voor reguleringszekerheid, Utrecht.
- RIVM, Zorgbalans 2008: de prestaties van de Nederlandse Gezondheidszorg.
- Schaepkens, F.F.J.M. (2002), Ziekenhuisbekostiging in Nederland; van FB naar DBC, *Management Control & Accounting*, vol. 6, no. 5, oktober, pp. 13-25.
- Simborg, D.W. (1981), DRG-creep: a new hospital acquired disease, *New England Journal of Medicine*, vol. 304, no. 26, pp. 1602-1604.
- Staatscourant (2003), Wijzigingen regelingen op grond van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen inzake zelfstandige behandelcentra. CZ/IZ/2386811.
- Steinbusch, P., J. Oostenbrink, J. Zuurbier en F. Schaepkens (2007), The risk of upcoding in casemix systems: a comparative study, *Health Policy*, vol. 81, no. 2, pp. 289-299.
- VAZ (1993), Bepaald betaalbaar, Vereniging Academische Ziekenhuizen, nr. 930800.
- Vosselman, E.G.J. (2007), De dokter als economisch medicus: van autonoom arts tot aanbieder op een markt, *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, vol. 81, no. 3, pp. 54-60.
- Walgenbach, P. en C. Hegele (2001), What can an apple learn from an orange? Or what do companies use benchmarking for?, *Organization*, vol. 8, no. 1, pp. 121-144.
- Zuurbier, J.J. en Y. Krabbe-Alkemade (2004), Prestatiegerichte bekostiging op basis van DBC's In: J.J. Zuurbier en Y. Krabbe-Alkemade (red.), *Onderhandelen over DBC's. Een thematische benadering*, Elsevier.