

De financiële specificiteit van universitaire ziekenhuizen

"Goed bestuur van ziekenhuizen vereist dat ook de financiële toestand van ziekenhuizen goed wordt opgevolgd en gestuurd. Dit betekent dat voldoende bestuurders kunnen oordelen wanneer een ziekenhuis in financiële moeilijkheden dreigt te komen of hoe dit best voorkomen wordt. Ze moeten ook voldoende inzicht hebben in het feit dat deze financiële gezondheid sterk verbonden is met de financiële regeling met de artsen en een goed systeem van budgettering.

Goed bestuur vereist ook dat meerdere groepen professionals goed samenwerken en dat vereist op zijn beurt een minimale kennis van elkaars taal. Artsen, apothekers, verpleegkundige kaders en directieleden begrijpen het jargon van de boekhouder en de financieel directeur soms niet en vice versa. Elkaar begrijpen is echter niet genoeg, vertrouwen groeit als er ook nog inzicht is in de toegepaste financiële technieken. "

Katrien Kesteloot & Gustaaf Van Herck
Financiële analyse van ziekenhuizen

Financiering van de ziekenhuizen in België

De huidige ziekenhuisfinanciering in België wordt gekenmerkt door twee eigenschappen.

Duaal karakter van de financiering

Een eerste eigenschap is het duale karakter van de financiering. De financiering wordt grotendeels gevoed door twee geldstromen. Een eerste geldstroom omvat middelen afkomstig van het zogenaamde "Budget van Financiële Middelen" (BFM), het vroegere verpleegdagbudget. De tweede geldstroom omvat middelen geleverd door (een deel van) de honoraria die de artsen afstaan aan het ziekenhuis.

Fragmentatie van de financiering

De ziekenhuisfinanciering gaat uit van een vergoeding van geneeskundige activiteit (ligdagen, prestaties,...). Alhoewel op zichzelf positief, staat dit ver af van de integrale financiering van de patiënt en zijn traject. Het huidig systeem is immers zeer gefragmenteerd - alle stappen van het traject worden via afzonderlijke kanalen gefinancierd - en dat staat een geïntegreerde patiëntenbenadering en een doelmatige besteding van middelen in de weg. Een tweede eigenschap betreft dus het gefragmenteerd karakter van de ziekenhuisfinanciering. Financieringsdiscussies zouden meer moeten gaan over doelmatigheid in functie van het patiëntentraject dan over globale besparingen.

Technologische (r)evolutie vraagt investering

De financieringsstructuur is er mede de oorzaak van dat het Belgische gezondheidszorgsysteem vandaag onder vuur ligt. Vanuit sociaal standpunt is het Belgisch systeem nochtans performant. In theorie hebben alle Belgen toegang tot hoogkwalitatieve diagnostische en therapeutische diensten terwijl de financiële kost die zij hiervoor moeten dragen relatief beperkt is. De behoefte aan en de mogelijkheden van de gezondheidszorg nemen echter toe. Vooral de universitaire ziekenhuizen worden geconfronteerd met nieuwe, complexe ziektebeelden en nieuwe technologieën die steeds grotere investeringen vergen. De gezondheidsuitgaven stijgen en de lange termijnfinanciering kan zonder ingrijpende maatregelen niet meer gegarandeerd worden. De technologische revolutie is, meer nog dan de directe en indirecte gevolgen van de vergrijzing, de grote uitdaging waarvoor de gezondheidssector staat¹.

Een flexibel budget in functie van de opdracht

Terwijl de medische organisatie wijzigt (zorg- en patiëntenprogramma's, multidisciplinariteit, horizontale patiëntenbenadering), verloopt de evolutie op het vlak van de ziekenhuisfinanciering relatief traag. Een reeks factoren - gevestigde belangen, inertie, budgettaire beperkingen - zorgt ervoor dat de financiering soms niet parallel loopt met de noden van de patiënt.

Het garanderen van een efficiënte en doelgerichte besteding van middelen is bijgevolg alleen mogelijk wanneer de huidige methodes in vraag kunnen gesteld worden. Daarbij dient men te streven naar een flexibel budget dat rekening houdt met structuur, specificiteit en opdracht(en) van elke actor.

¹ Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België, maart 2005, een publicatie van de FOD Sociale Zekerheid en het Directoraat generaal Sociaal Beleid

Een aanzienlijke meerkost tegenover een beperkte financiering

Erkenning van de universitaire opdracht in het BFM is positief

Meerkost universitaire opdracht bedraagt 24,3% van de middelen

Op 1 juli 2002 trad een nieuwe financiering in voege waarbij een nieuw onderdeel van het Budget Financiële Middelen werd ingevoerd: het luik B7. Dit luik was bedoeld om de lasten van de universitaire ziekenhuizen te dragen voor wat betreft de kosten eigen aan de universitaire opdrachten. Het nieuwe luik werd opgesplitst in een onderdeel B7A, voor de universitaire ziekenhuizen, en een onderdeel B7B voor (algemene) ziekenhuizen die genieten van deze universitaire financiering.

Het is positief dat de specifieke opdrachten van de universitaire ziekenhuizen nu ook in de financiering erkend worden. Al heeft "B7" gezorgd voor transparantie inzake bijkomende financiering van universitaire ziekenhuizen, het brengt tegelijk op schrijnende wijze de beperkingen ervan aan het licht. De meerkost voor de Belgische universitaire ziekenhuizen werd in 2002 in detail berekend door (het Spaanse) Antares-consulting. Uit hun studie bleken de universitaire opdrachten op het vlak van onderzoek en opleiding (gemiddeld) 24,3% van de middelen van het ziekenhuis op te slopen. Dat betekent 76 miljoen euro per instelling (zie fig 1).

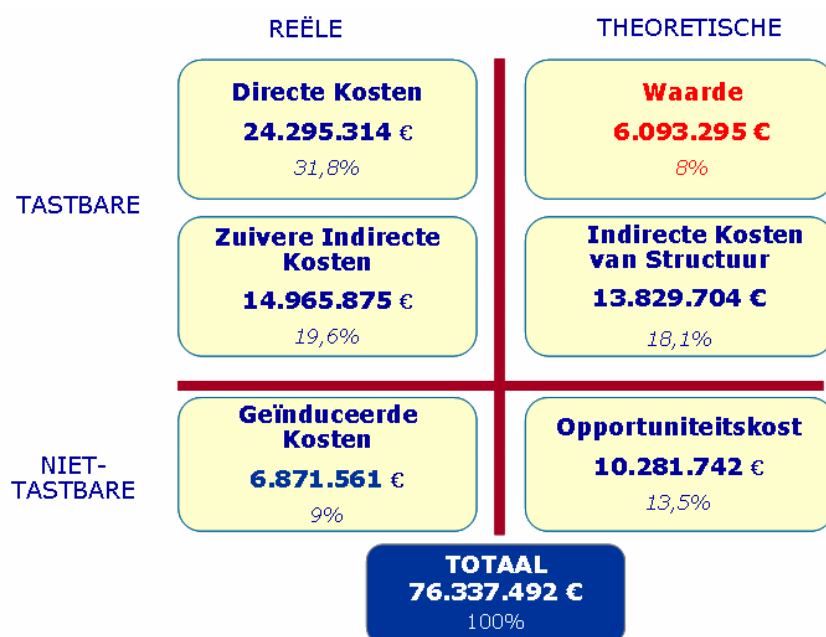


fig 1

De kosten voor onderzoek en opleiding omvatten (1) de "directe kosten" (loonmassa), (2) de "waarde" (theoretische loonmassa aan thuiswerk) en de indirecte kosten waarin men onderscheid de (3) "zuiver indirecte kosten" en de (4) "indirecte kosten van structuur". Daarnaast zijn er de (5) "geïnduceerde kosten" veroorzaakt door productiviteitsverlies van de artsen (door hun uiteenlopende opdrachten) en de (6) "opportunitetskost" die verwijst naar de inkomsten die het ziekenhuis had verkregen indien de middelen van het ziekenhuis waren ingezet voor andere activiteiten dan onderzoek en opleiding.

**Niet-gefinancierd
deel van de
universitaire
opdracht bedraagt
45,3 miljoen euro
per UZ**

De financiering van de meerkost bedraagt in België slechts een fractie van de reële kost. Zo krijgen de Belgische universitaire ziekenhuizen een “meer-financiering²” die ongeveer 8 % van hun globale omzet³ bedraagt (tegenover 24,3% reële meerkost). Jaarlijks wordt elk Belgisch universitair ziekenhuis dus geconfronteerd met een onderfinanciering van ongeveer 45,3 miljoen euro⁴ - (zie fig 2).

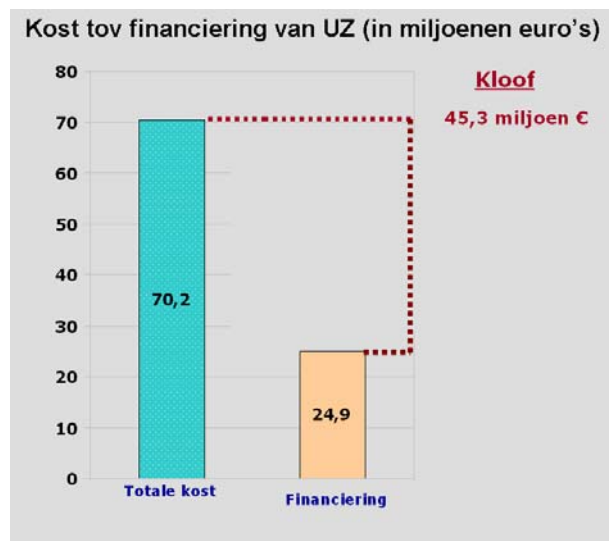


Fig 2

**Achterstand ten
opzichte van het
buitenland**

In de meeste Europese landen en de VS krijgen de universitaire ziekenhuizen een meerkost-financiering (in vergelijking met de algemene ziekenhuizen) tot 25% van hun globale omzet. Nederland kent een meerkost-financiering van boven de 20%, het Verenigd Koninkrijk ongeveer 15 %, Duitsland 20 tot 25 % en Spanje 20%. Op dit vlak dient België dus een inhaalbeweging te realiseren.

De conclusies van de Antares-studie⁵ komen overeen met resultaten van andere studies op internationaal vlak, gepubliceerd in gerenommeerde wetenschappelijke tijdschriften (New England Journal of Medicine, Health Economics, JAMA...).

**Specifieke
financiering in
verhouding tot de
geleverde
inspanningen**

Bovenstaande gegevens leggen de nadruk op de uitzonderlijke situatie en opdracht van de universitaire ziekenhuizen die een specifieke financiering noodzaakt. Deze aanpak moet universitaire ziekenhuizen niet bevoordelen ten opzichte van andere ziekenhuizen. Deze aanpak moet rekening houden met de eigenheid en de reële kosten die gecreëerd worden door de vele (directe en indirecte) opdrachten die van universitaire ziekenhuizen gevraagd worden.

² afkomstig uit de B7-financiering, privé-bronnen, de universiteit en NFWO

³ BFM-honoraria-geneesmiddelen

⁴ 70,2 miljoen (de reële kost van 76,3 miljoen waarbij de zogenaamde “waarde” in mindering werd gebracht) min de financiering die gemiddeld 24,9 miljoen bedraagt.

⁵ De Antares-studie heeft enkel betrekking op de extra kost van opleiding en onderzoek. Andere specifieke meerkosten voor de universitaire ziekenhuizen zoals hun specifiek patiëntenprofiel (bv. penalisatie voor verblijven in severity 4) werden niet in rekening genomen.