

University of Groningen

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

Crom, B.

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

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2005

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

Citation for published version (APA):

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

Copyright

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

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

Take-down policy

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

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

1. Inleiding

1. Inleiding

In dit inleidende hoofdstuk zal uiteen worden gezet op welke probleemstelling het onderzoek, waar dit proefschrift het verslag van is, zich heeft gericht. Daartoe worden in paragraaf 1.1 achtereenvolgens het onderzoeksthema (1.1.1), het doel van het onderzoek (1.1.2), de centrale onderzoeksvraag (1.1.3), de deelvragen die daaruit voortkomen (1.1.4) en de opzet van het onderzoek (1.1.5) beschreven. Vervolgens wordt in paragraaf 1.2 een verantwoording gegeven van het object van deze probleemstelling. Dat object wordt afgebakend door een beschrijving te geven van het type organisatie waar het onderzoek plaatsvindt, namelijk academische ziekenhuizen¹ (1.2.1). Binnen deze organisaties spitst het onderzoek zich toe op bepaald delen van het management (1.2.2), hetgeen tevens een nadere afbakening van de organisatiestructuur impliceert (1.2.3). Vervolgens zal een nadere specificatie worden gegeven van het budget dat in dit onderzoek centraal staat (1.2.4). Aan het slot van deze inleiding zal een verantwoording worden gegeven van de opbouw van het proefschrift (1.3).

1.1. Probleemstelling

1.1.1. Het onderzoeksthema

Het centrale thema van dit onderzoek is de invloed van externe budgetparameters op de toepassing van interne budgetteringssystemen als instrument om te sturen en te beheersen (planning and control²) binnen de specifieke context van academische ziekenhuizen. Externe budgetparameters zijn parameters die de hoogte van het totale ziekenhuisbudget bepalen, zoals bijvoorbeeld opnamen en verpleegdagen. Deze parameters worden vastgesteld door de overheid.

Academische ziekenhuizen nemen in de maatschappij een belangrijke positie in waar het gaat om zorgverlening, onderwijs en onderzoek. Bij het uitoefenen van deze kerntaken hebben ze te maken met de overheid die de taken van het academisch ziekenhuis wettelijk heeft verankerd en die ook de regelgeving bepaalt volgens welke deze taken worden bekostigd³. Voor wat betreft de zorgtaken worden die vergoed via het zogenaamde externe budget. In deze externe budgettering vinden per 1 januari 2005 ingrijpende veranderingen plaats met als oogmerk bepaalde overheidsdoelstellingen beter te realiseren. Diagnose-behandeling-combinaties (DBC's) krijgen als nieuwe producttyperingen van ziekenhuiszorg vanaf dat moment invloed op het externe budget: via een stapsgewijze invoering zullen FB-parameters vervangen worden door DBC's. De vraag is welke invloed deze veranderingen zullen hebben op de interne bedrijfsvoering van academische ziekenhuizen, met andere woorden: welke invloed zullen DBC's hebben op de interne sturing en beheersing? Aangezien DBC's betrekking hebben op budgettering en budgetteringssystemen belangrijke instrumenten zijn voor de uitoefening van sturing en beheersing, roept het de vraag op wat voor invloed DBC's zullen hebben op de

1. Inleiding

toegepaste interne budgetteringssystemen binnen academische ziekenhuizen en de effecten ervan.

In het licht van een veranderende externe financiering en de mogelijke consequenties daarvan voor de interne bedrijfsvoering, is enkele jaren geleden de vraag opgekomen wat de invloed van de *huidige* externe budgettering is op de interne bedrijfsvoering van academische ziekenhuizen. In hoeverre worden de parameters op basis waarvan de overheid het huidige externe budget van academische ziekenhuizen bepaalt, door deze ziekenhuizen gebruikt om intern hun middelen te verdelen? De rol die externe budgetparameters (volume en prijs) spelen bij het bepalen van de hoogte van interne budgetten op verschillende organisatieniveaus (divisies, afdelingen) zal in het vervolg van het onderzoek worden aangeduid als de mate van **koppeling** (tussen het externe en interne budget). Aangezien de DBC's bij de aanvang van het onderzoek betrekking hebben op de toekomstige bekostiging van de zorg, zal het onderzoek zich wat betreft de mate van koppeling toespitsen op de vigerende budgetparameters voor de vergoeding van de kosten van de zorg (dus exclusief opleiding en onderzoek).

1.1.2. Doel van het onderzoek

Dit onderzoek heeft tot doel inzicht te geven in de toepassing van interne budgetteringssystemen (en specifiek de mate van toepassing van externe budgetparameters in de interne budgettering) binnen academische ziekenhuizen. Daarvoor wordt onderzocht welke factoren (doelstellingen, contingentie factoren) de keus voor de inrichting van deze systemen bepalen en hoe deze systemen door het management worden gebruikt. Tevens wordt onderzocht welke effecten het gebruik van budgetteringssystemen heeft op onder andere de kerntaken van het academisch ziekenhuis.

In de eerste plaats wil dit onderzoek daarmee een wetenschappelijke bijdrage leveren door na te gaan of de in de wetenschappelijke literatuur veronderstelde verbanden tussen budgetteringssystemen, doelstellingen, contextuele variabelen en het gebruik van budgetten ook daadwerkelijk opgeld doen. Inzichten in mogelijk nieuwe variabelen en verbanden kunnen een uitkomst zijn van dit onderzoek.

Naast een wetenschappelijke bijdrage is in de tweede plaats een belangrijk doel een bijdrage te leveren aan de besturing van academische ziekenhuizen in het bijzonder en ziekenhuizen meer in het algemeen. Inzichten van deze studie kunnen ziekenhuismanagers behulpzaam zijn bij de keus van toe te passen budgetteringssystemen (zoals de mate van koppeling) en het gebruik ervan. Vooral zijn die inzichten van belang met het oog op de invoering van een nieuwe bekostigingswijze van ziekenhuizen, namelijk de toepassing van DBC's. Dit onderzoek streeft ernaar indicaties te geven van de betekenis van DBC's voor de interne budgettering van academische ziekenhuizen. Tevens kunnen deze inzichten van nut zijn voor de ontwikkeling (verfijning) van de toekomstige DBC-systematiek.

1. Inleiding

1.1.3. Centrale onderzoeksvraag

De vraag die in dit onderzoek centraal staat luidt als volgt:

Welke factoren beïnvloeden de toepassing van externe budgetparameters in de interne budgettering van academische ziekenhuizen en welke effecten heeft het gebruik van interne budgetten?

In de volgende paragraaf zal deze hoofdvraag worden uitgewerkt in specifieke deelvragen.

1.1.4. Uitwerking in deelvragen

De start van het onderzoek is gelegen in het vaststellen welke rol externe budgetparameters spelen in de interne budgettering van de academische ziekenhuizen. Dat leidt tot de volgende deelvraag:

1. *Welke systemen van interne budgettering worden toegepast (tot uitdrukking komend in het wel of niet toepassen van externe budgetparameters in de interne budgettering, i.c. de mate van koppeling)?*

Vanuit het perspectief dat een budgetteringssysteem een middel is om een bepaald doel te realiseren (zie o.a. Anthony and Govindarajan, 1995; Otley, 1995), zouden verschillen in de mate van koppeling beïnvloed kunnen worden door het nastreven van verschillende doelstellingen in het kader van sturing en beheersing. In het onderzoek zal aan die doelstellingen daarom uitvoerig aandacht worden besteed, tot uitdrukking komend in de volgende deelvraag:

2. *Wat is de invloed van de doelstellingen die het management wenst te realiseren met het interne budgetteringssysteem?*

Naast doelstellingen zijn volgens de literatuur (Chenhall, 2003) verschillen in budgetteringssystemen ook te herleiden op contextuele factoren: de condities waaronder een budgetteringssysteem moet functioneren, spelen een rol bij het vormgeven en gebruiken van dat systeem. Context wordt in dit verband breed gezien: zowel de interne organisatiecontext als de externe omgeving (institutionele factoren) kunnen invloed hebben. Factoren als toenemende zorgvraag, toenemende complexiteit ervan en knellende, door overheid en zorgverzekeraar vastgestelde externe budgetten verdragen zich slecht met elkaar. Niet alleen maakt dat het zorgproces binnen ziekenhuizen moeilijker financieel beheersbaar, het leidt ook tot spanningen tussen medisch-professionele en financieel-organisatorische belangen. Welke invloed oefenen die factoren uit op het interne budgetteringssysteem en met name op de mate van koppeling?

1. Inleiding

Wat betreft de relatie tussen context en systeem wijst Hofstede (1981, p.206 en verder) op het optreden van twee typen fouten: I. er wordt geen cybernetisch controlmodel toegepast in een situatie die zich daar wel voor leent en II. er wordt een cybernetisch controlmodel toegepast in een situatie die zich daar niet voor leent. Een cybernetisch controlmodel kenmerkt zich door de volgorde: het stellen van een doel, het meten van de realisatie, het vergelijken van realisatie en doel en het nemen van maatregelen (Encarta encyclopedie, 1999). Hofstede stelt dat fouten van het type I veel voorkomen in not-for-profit organisaties. De oorzaak hiervan is dat de cultuur ontbreekt om op een dergelijke manier met elkaar om te gaan: kostenbewustheid en effectiviteit zijn niet sterk ingeburgerd, er is weerstand tegen dergelijke begrippen. Toch is er wel sprake van redelijke meetbaarheid van (pseudo-)output en zijn activiteiten repetitief. Ook Joner and Thompson (2000, p.213) wijzen op deze mogelijkheden, met name voor interne leveranciers binnen not-for-profit organisaties. Meer algemeen geldt: naarmate routine toeneemt in not-for-profit organisaties, des te sterker de kans op type I fouten. Ook fouten van het type II komen veel voor in not-for-profit organisaties: populaire cybernetische controlmodellen worden zonder meer getransponeerd naar situaties die juist om andere vormen van control vragen. Neemt Hofstede cybernetische controlmodellen in beschouwing, wij zullen ons in dit onderzoek toespitsen op interne budgetteringssystemen als instrumenten van management control. Net als voor controlmodellen kan ook voor interne budgetteringssystemen gelden dat ze niet aansluiten op de context waarbinnen ze worden toegepast. Naast eerder genoemde factoren kunnen met name ook specifieke kenmerken van de zorg zelf, aan te duiden met het nog te behandelen concept taakonzekerheid, invloed hebben op die toepasbaarheid. De aanstaande invoering van DBC's bevestigt de behoefte van de overheid om ziekenhuizen sterker te budgetteren op basis van output. Deze wijze van budgetteren wordt dan mogelijk ook binnen de organisatie toegepast bij het budgetteren van organisatie-onderdelen, waarvan de context zich niet hoeft te lenen voor een dergelijk rekenkundig systeem. Een rekenkundig budgetteringssysteem definiëren we in dit verband als een systeem waarbij een budget wordt bepaald door een hoeveelheid middelen rekenkundig aan producten of activiteiten te koppelen. Anders gezegd: het is een budgetteringssysteem waarbij de P een vergoeding (tarief) per eenheid product of activiteit is en de hoogte van het budget (of een budgetmutatie) rekenkundig wordt bepaald op basis van $P \cdot Q$, waarbij Q een aantal producten of activiteiten voorstelt. Een aandachtspunt binnen dit onderzoek is de mate waarin eerder genoemde 'fouten' worden gemaakt: wordt een rekenkundig budgetteringssysteem niet toegepast in een situatie die zich er wel voor leent (fout type I) of wordt een rekenkundig budgetteringssysteem toegepast in een situatie die zich er niet voor leent (fout type II)? Het identificeren van dergelijke fouten kan het management op het spoor zetten de interne budgettering binnen hun organisatie te verbeteren. In het kader van het onderzoek leidt dat tot de volgende deelvraag:

3. *Wat is de invloed van de context (zoals kenmerken van de productie) op het interne budgetteringssysteem?*

1. Inleiding

Verder is een budgetteringssysteem niet een op zichzelf staande techniek, maar een gereedschap dat op verschillende manieren kan worden gebruikt. Gebruik is op verschillende wijze te belichten. In dit onderzoek zal het accent worden gelegd op de mate waarin het management vasthoudt aan de realisatie van het budget. Het in beschouwing nemen van gebruik is vanuit verschillende invalshoeken van belang. Reeds is hiervoor gewezen op de relatie tussen context en budgetteringssysteem. Een niet goed gekozen systeem waarvan de nadelen gecompenseerd worden in het gebruik is misschien 'beter' dan een systeem dat op zich bij de context past, maar dat 'verkeerd' wordt gebruikt. Dat 'beter' komt dan tot uitdrukking in de effecten van het systeem, die dus niet los gezien kunnen worden van het gebruik. Verder zal de invloed van financiële prikkels op de ziekenhuisorganisatie toenemen als gevolg van veranderingen in de externe budgettering. Niet alleen kan dat consequenties hebben voor het toegepaste interne budgetteringssysteem, maar ook voor het gebruik van budgetten. Ten aanzien van gebruik kan de volgende deelvraag worden gesteld:

4. *Op welke wijze wordt het interne budgetteringssysteem gebruikt en waarom?*

In deze studie worden ook effecten van het toegepaste budgetteringssysteem in beschouwing genomen. Tenslotte zijn systemen middelen om bepaalde doelen te realiseren en het wel of niet bereiken van die doelen verklaart mede hun bestaan c.q. de wens om systemen te veranderen. Met name zullen de ziekenhuizen ook geïnteresseerd zijn in de effecten van verschillende budgetteringssystemen. Echter een gedegen effectenstudie zou een apart onderzoek vergen, gezien de vele soorten effecten die mogelijk zijn. Daarom wordt er in dit onderzoek voor gekozen alleen die effecten te belichten die aansluiten bij de centrale vraagstelling. Aandacht zal worden besteed aan de doelstellingen die met interne budgettering worden nagestreefd: worden die gerealiseerd? Nadrukkelijk zal in beschouwing worden genomen wat de invloed is van het interne budgetteringssysteem op de realisatie van de academische kerntaken. In het verlengde hiervan wordt geanalyseerd wat de invloed is op de realisatie van de doelstellingen die de overheid nastreeft met de externe budgettering. Andere punten van aandacht zijn de gevolgen van het budgetteringssysteem voor de positie van verschillende partijen (verschillende managementlagen, medische professionals) in de organisatie. Het gaat hierbij met name om de invloed op beslissingen die partijen kunnen nemen ten aanzien van de te leveren productie met betrekking tot de verschillende kerntaken. Verder zal aandacht worden besteed aan de invloed van het systeem op de waarden die verschillende partijen koesteren: in hoeverre leiden verschillende budgetteringssystemen en hun gebruik tot verschillende betekenissen die worden toegekend aan financiële versus niet-financiële prestaties? Op deze specifieke elementen zal de focus liggen bij de wat meer algemeen gestelde deelvraag:

5. *Wat zijn de effecten van het interne budgetteringssysteem en haar gebruik in de specifieke context?*

1. Inleiding

Naast het toepassen van budgetteringssystemen zullen ook andere, niet-financiële vormen van management control in de ziekenhuisorganisatie worden toegepast. Voorbeelden daarvan zijn het uitoefenen van toezicht (behavior control) en het beïnvloeden van normen en waarden (cultural control). Om een volledig beeld van de keus en het gebruik van een budgetteringssysteem te krijgen, is het noodzakelijk de toepassing van dat systeem te bestuderen in relatie tot andere vormen van management control (Otley, 1980 en 1995). Het betrekken van andere controlvormen is ook van belang vanwege de relatie met het eerder genoemde concept taakonzekerheid waarmee bepaalde kenmerken van de zorgproductie worden geïdentificeerd. Bij een geringe mate van taakonzekerheid zou het gebruik van interne budgettering geschikt zijn voor sturing en beheersing, terwijl de verwachting is dat bij een hoge mate van taakonzekerheid juist andere vormen van control een sterkere rol spelen (Abernethy and Brownell, 1997). De samenhang tussen interne budgettering als instrument van management control en andere vormen van management control komt tot uitdrukking in de volgende deelvraag:

6. *Wat is de invloed van andere vormen van management control op de keus en het gebruik van het interne budgetteringssysteem als instrument van management control?*

Tenslotte komen we terug bij het vertrekpunt van ons onderzoek: wat zal de invloed zijn van DBC's op de interne bedrijfsvoering van academische ziekenhuizen? Op het moment van afronden van het onderzoek is bij de academische ziekenhuizen nog weinig concrete ervaring opgedaan met de toepassing van DBC's, simpelweg omdat het fenomeen de afgelopen jaren nog landelijk in ontwikkeling was. Dat neemt niet weg dat DBC's waarschijnlijk hun schaduw vooruit werpen en de gemoederen binnen de academische ziekenhuizen bezig houden. Dat maakt de volgende deelvraag opportuun en interessant, ook met het oog op toekomstig onderzoek:

7. *Wat zijn de opvattingen over de invloed van DBC's op de vormgeving van het interne budgetteringssysteem (mate van koppeling) en het gebruik ervan en welke effecten worden daarvan verwacht?*

Aan de invloed van DBC's op andere vormen van control wordt in het onderzoek beperkt aandacht besteed. Voor een verantwoording hiervan wordt verwezen naar de inleidende teksten van hoofdstuk 10.

1.1.5. De opzet van het onderzoek

In een eerste onderzoeksfase zal een totaalinventarisatie van de acht academische ziekenhuizen plaatsvinden (voor een overzicht, zie bijlage VI), waarbij een vergelijking zal worden gemaakt van de mate van koppeling die de Raad van Bestuur (RvB) toepast bij de budgettering van divisies. Vervolgens wordt uit de acht ziekenhuizen één ziekenhuis geselecteerd waar een sterke mate van koppeling plaatsvindt. Bij dat ziekenhuis wordt in

1. Inleiding

een tweede onderzoeksfase een organisatieniveau lager onderzocht in hoeverre divisies verschillende keuzes maken in de mate van koppeling waar het de budgettering van afdelingen betreft. Ook zal in die onderzoeksfase meer uitgebreid dan in de eerste onderzoeksfase de budgettering van divisies door de RvB voor dat betreffende ziekenhuis worden belicht. Voor meer specifieke accenten in beide onderzoeksfasen wordt verwezen naar paragraaf 4.2.

1.2. Het object van onderzoek

1.2.1. Academische ziekenhuizen

Het onderzoek wordt uitgevoerd bij academische ziekenhuizen en wel om de volgende redenen:

- Het gaat om een overzichtelijk aantal ziekenhuizen (acht in totaal) dat een volledige inventarisatie van budgetteringssystemen in de eerste onderzoeksfase mogelijk maakt.
- De indruk bestaat dat academische ziekenhuizen ten opzichte van algemene ziekenhuizen een relatief sterk ontwikkeld accountinginstrumentarium hebben (zie Groot et al., 1996). Het is met name interessant de ervaringen en keuzes te onderzoeken van die ziekenhuizen die veel energie steken in het ontwikkelen van management controlinstrumenten.
- De externe budgetparameters zoals die sinds 1988 worden toegepast voor het bepalen van het externe budget van algemene ziekenhuizen, zijn pas sinds 1997 van toepassing op academische ziekenhuizen. Anders dan bij algemene ziekenhuizen zijn overwegingen betreffende het wel of niet gebruiken van externe budgetparameters voor interne budgettering actueel, evenals de daarmee opgedane ervaringen. Dat maakt deze ziekenhuizen hopelijk extra scherp in hun opvattingen over het al dan niet gaan gebruiken van DBC's voor interne budgettering. Mogelijk hebben academische ziekenhuizen zich bij beslissingen over het gebruik van externe budgetparameters ten behoeve van interne budgettering zelfs laten leiden door de toekomstige invoering van DBC's.
- Academische ziekenhuizen maken, anders dan algemene ziekenhuizen, in relatief korte tijd twee (in plaats van één) fundamentele wijzigingen door in hun externe financiering. Dat maakt de interne budgettering van deze ziekenhuizen vanuit de optiek van bestudering van veranderingsprocessen interessant.
- De ervaringen met de externe budgetteringssystematiek zoals die sinds 1997 geldt, zullen van relatief korte duur zijn geweest. Alhoewel dit onderzoek niet als primair doel heeft geschiedschrijving te plegen, zal het waar het de ontwikkeling van de bekostiging van academische ziekenhuizen betreft daaraan wel een bijdrage kunnen leveren.
- De honorering van medisch specialisten is een complicerende factor bij de algemene ziekenhuizen. Weliswaar is via allerlei afspraken getracht de invloed van productieprikkels op de honorering te veranderen, de effecten daarvan zijn

1. Inleiding

onduidelijk. Aangezien medisch specialisten bij academische ziekenhuizen in loondienst zijn, kan deze complicerende factor buiten beschouwing worden gelaten.

- Alhoewel elk academisch ziekenhuis ook specifieke accenten kent in de dienstverlening zijn deze ziekenhuizen wel vergelijkbaar, in de zin dat in hun profiel onderwijs en opleiding, onderzoek, reguliere, topklinische en topreferente zorg⁴ voorkomen, waardoor verantwoord vergelijkingen kunnen worden gemaakt.
- Academische ziekenhuizen hebben grote affiniteit met onderzoek, hetgeen bij kan dragen aan een positieve houding tegenover dit onderzoek.

Er zijn echter ook risico's verbonden aan het profiel van academische ziekenhuizen ten opzichte van algemene ziekenhuizen:

- Academische ziekenhuizen hebben relatief veel traumatische (dus zware) zorg. Diagnostiek en behandeling zullen dan mogelijk ook minder goed voorspelbaar zijn, waardoor de toepasbaarheid van standaards zoals externe budgetparameters voor de interne budgettering ook afneemt. Dat betekent dat de koppeling tussen extern en intern budget problematischer wordt. Ook lijkt een strakke sturing op financiële grootheden (zoals budgetten) in dergelijke situaties minder geschikt.
- Academische ziekenhuizen hebben de beschikking over middelen van het ministerie van OCW (Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen) ten behoeve van de uitoefening van de werkplaats- en ontwikkelfunctie (onderwijs en onderzoek). Alhoewel de diverse budgetten geoormerkt zijn, is het praktisch niet mogelijk voor alle bestedingen aan te geven uit welk budget die zouden moeten worden gefinancierd. Dat maakt het lastig het onderzoeksveld strikt af te bakenen tot de budgetten welke betrekking hebben op zorgverlening. Zoals verderop bij de bespreking van zorgbudgetten zal blijken, geldt dit bezwaar ook voor diverse deelbudgetten binnen het zorgbudget.

Tegen het eerste bezwaar kan worden aangevoerd dat bij academische ziekenhuizen ook een groot deel van de zorgverlening betrekking heeft op reguliere zorg (hetgeen met name van belang is voor de opleidingsfunctie van artsen en een doelmatige exploitatie van middelen). Bovendien is het onderscheid tussen reguliere en traumatische zorg juist een specifiek aandachtspunt binnen dit onderzoek: heeft de aard van de zorg invloed op keuze, gebruik en effecten van budgetteringsinstrumenten? Of liggen aan keuzen en gebruik geheel andere factoren ten grondslag?

Op het tweede bezwaar (strikte afbakening van zorgbudgetten) zal worden geanticipeerd door in het onderzoek de relatie met andere budgetten te betrekken: in hoeverre heeft het feit dat budgetten mogelijk communicerende vaten zijn invloed op de keus om wel of niet te koppelen, alsmede op het gebruik en de effecten van het budgetteringssysteem?

1.2.2. Management⁵

Deze studie richt zich op het gebruik van interne budgettering als middel om te sturen en beheersen door het ziekenhuismanagement van academische ziekenhuizen. Het is van belang duidelijk te maken welk management dit onderzoek op het oog heeft. Daartoe wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende niveaus:

1. Inleiding

- a. **topmanagement oftewel de RvB;**
Het betreft hier de directeuren/bestuurders van de Raad van Bestuur (RvB) van het ziekenhuis (eventueel aangevuld met adjunct-directeuren). Zij hebben meestal een verdeling gemaakt in portefeuilles, i.c. elk lid is primair verantwoordelijk voor één of meerdere divisies en de afdelingen daarbinnen.
- b. **divisies⁶**, zijnde organisatorische eenheden van bij elkaar behorende medisch-specialistische afdelingen (zie ook het volgende punt);
Het divisie management is vaak driehoofdig:
 - de voorzitter⁷ (een professor geneeskunde en tevens algemeen medisch hoofd van een afdeling; eerstverantwoordelijke van de divisie met als voornaamste aandachtsterrein het medisch beleid; het voorzitterschap rouleert meestal tussen de diverse medische hoofden van de verschillende afdelingen);
 - de manager bedrijfsvoering, ook wel aangeduid als beheerder of directeur bedrijfsvoering (met financiën en personeel in portefeuille);
 - de zorgmanager (verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken met betrekking tot de zorgverlening).
- c. **afdelingen**, zijnde medisch specialismen, met hun afdelingsmanagement;
Het betreft hier organisatorische eenheden van het ziekenhuis. Het afdelingsmanagement is vaak driehoofdig:
 - het afdelingshoofd (een medisch specialist en tevens gezichtsbepalend hoogleraar; eerstverantwoordelijke van de afdeling, met als voornaamste aandachtsterrein het medisch-inhoudelijke beleid en het verwerven van externe middelen ten behoeve van onderzoek);
 - de manager bedrijfsvoering (met financiën en personeel in de portefeuille);
 - de zorgmanager (verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken met betrekking tot de zorgverlening).
- d. **maatschappen;**
Ook al zijn alle medisch specialisten in loondienst van het academisch ziekenhuis (CTG, 2000b, p.43 en CTG, 2001e) en werken ze in het organisatorische verband van de afdeling, ze zijn meestal ook professioneel verbonden in een maatschap.
- e. **sub-afdelingen of zorgeenheden⁸;**
Het betreft nadere onderverdelingen van afdelingen of zorgeenheden die dienstbaar zijn aan afdelingen, soms georganiseerd naar sub-specialismen, soms naar functies (verpleging, polikliniek), terwijl ook combinaties van beide kunnen voorkomen. Het hoofd wordt meestal aangeduid als unitmanager of hoofd zorgeenheid.

Het accent in dit onderzoek ligt op de budgettering van divisies en afdelingen in de ziekenhuisorganisatie. Het richt zich dus op de relatie tussen topmanagement (RvB) en divisie management, alsmede op de relatie tussen divisie management en afdelingsmanagement. Uitgangspunt is daarbij het medisch specialisme als afdeling (dus als organisatorische eenheid van de formele organisatiestructuur, niet de maatschap). Om het onderzoek te beperken, zal slechts zijdelings worden stilgestaan bij de budgettering van sub-afdelingen.

1. Inleiding

Waar het gaat om keuze en gebruik van het budgetteringssysteem zijn voor dit onderzoek diverse functionarissen van belang. Een verantwoording is opgenomen in paragraaf 4.3. Wel wordt op deze plaats stilgestaan bij de rol van de medisch specialist. Richt het onderzoek zich op het management, de medisch specialist drukt als geen ander zijn stempel op het primaire proces van het ziekenhuis. Daarom beperkt dit onderzoek zich niet alleen tot de relaties tussen verschillende bestuurslagen in de organisatie, maar wordt ook de verhouding tussen management en medische professionals in het onderzoek betrokken.

1.2.3. Divisies, afdelingen en sub-afdelingen

Academische ziekenhuizen maken wat betreft hun divisies onderscheid naar divisies met zogenaamde poortspecialismen, medisch ondersteunende divisies (waar bijvoorbeeld de apotheek deel vanuit maakt) en bedrijfsmatig ondersteunende divisies, vaak diensten genaamd (zoals Personeelszaken). Poortspecialismen zijn specialismen waar de patiënt als eerste mee in aanraking komt na verwijzing door de huisarts. In de tweede onderzoeksfase zullen alleen divisies met deze specialismen in beschouwing worden genomen, omdat daarop de productieparameters van toepassing zijn. Waar over medisch specialismen wordt gesproken, worden in dit onderzoek poortspecialismen bedoeld, tenzij uitdrukkelijk anders wordt vermeld. Van deze poortdivisies zullen er bij een ziekenhuis dat een sterke koppeling toepast twee divisies in beschouwing worden genomen en wel twee die wat betreft het gebruik van externe budgetparameters (mate van koppeling) bij het budgetteren van hun afdelingen het meest uiteenlopen.

Bedacht dient te worden dat de afdeling als organisatorisch niveau voor dit onderzoek belangrijk is waar het de relatie tussen doelstellingen (inhoudelijk beleid) en middelen (budgetteringssysteem) betreft. Inhoudelijk beleid heeft vaak betrekking op een bepaald specialisme en daarmee op een bepaalde afdeling. Divisies zijn in dat opzicht meer amorf. Inhoudelijk beleid zal uiteindelijk op afdelingsniveau vorm krijgen en geëffectueerd worden, daarbij ondersteund door interne budgetteringssystemen. Het verkrijgen van informatie van afdelingen heeft in het kader van het onderzoek vooral betrekking op de wijze waarop afdelingen door het divisie management worden gebudgetteerd.

1.2.4. Zorgbudgetten

Zoals eerder is aangegeven, wordt de context van dit onderzoek bepaald door het spanningsveld van toenemende zorgvraag en knellende, door de overheid vastgestelde externe budgetten. Kortom, het accent van dit onderzoek ligt op zorgverlening en daarvoor beschikbaar gestelde middelen. Dat betekent dat het onderzoek naar het gebruik van budgetten zich toe zou moeten spitsen op budgetten betrekking hebbend op het verlenen van reguliere, topklinische en topreferente zorg. Waar het gaat om de totstandkoming van budgetten zal daar het accent op worden gelegd. Echter is aan de opbrengstenkant dat onderscheid goed te maken, anders ligt dat aan de kostenkant

1. Inleiding

vanwege de verwevenheid van de diverse academische kerntaken. In hoofdstuk 2 zal daar uitgebreid bij stil worden gestaan. Gezien de daaruit voortkomende complicaties voor wat betreft een vergelijking van de realisatie met het budget, vormt het totale budget van divisies en afdelingen onderwerp van dit onderzoek.⁹ Wat deze verwevenheid in de praktijk betekent voor het tot stand komen van interne budgetten en de bewaking van de uitvoering vormt een expliciet onderdeel van dit onderzoek. Overigens zullen investeringsbudgetten c.q. vergoedingen voor rente en afschrijving buiten beschouwing worden gelaten.

Het budgetteringsjaar 2001 is als uitgangspunt gekozen voor de eerste onderzoeksfase¹⁰. Weliswaar was op het moment van uitvoering van de eerste onderzoeksfase (januari 2002) het budget voor het jaar 2002 opgesteld, maar de effecten van realisatie van dat budget was op dat moment nog niet bekend. Wel is aandacht besteed aan eventuele wijzigingen in de budgetteringssystematiek voor het begrotingsjaar 2002.

De uitvoering van de tweede onderzoeksfase heeft met name plaatsgevonden gedurende de tweede helft van het jaar 2003 en de eerste helft van 2004. Daarom is ervoor gekozen het budget voor het jaar 2003 als uitgangspunt te nemen voor deze onderzoeksfase. Zowel aan de totstandkoming van het budget 2003 als aan de realisatie ervan (als effect) is in de tweede onderzoeksfase aandacht besteed. Daarnaast zijn ook de ontwikkelingen in de interne budgettering in de afgelopen jaren (2002 en eerder) en de voornemens voor komende jaren (2004 en verder) met het oog op de invoering van DBC's in beschouwing genomen. Wat betreft dat laatste is 2003 een interessant jaar: de functiegerichte budgettering als bekostigingssystematiek is nog volop van kracht, maar in 2004 heeft de overheid beoogd schaduw te draaien met de toepassing van DBC's.

1.3. Opbouw van het proefschrift

Dit proefschrift valt, afgezien van de bijlagen en andere bijgevoegde onderdelen, op hoofdlijnen in drie delen uiteen.

In het eerste deel (de hoofdstukken 1 t/m 4) wordt een verantwoording gegeven van de opzet van het onderzoek. Na een beschrijving van het onderzoeksveld (hoofdstuk 2) wordt het theoretisch raamwerk gepresenteerd (hoofdstuk 3) dat heeft gediend voor de bepaling van de inhoudelijke koers van het onderzoek. Vervolgens worden de methodologische gedragscodes die in acht zijn genomen, verantwoord (hoofdstuk 4).

In het tweede deel (de hoofdstukken 5 t/m 10) worden de onderzoeksbevindingen gepresenteerd. Eerst wordt ingegaan op de resultaten van het veldonderzoek betreffende de toepassing van externe budgetparameters door de RvB bij de budgettering van divisies in alle acht academische ziekenhuizen (hoofdstuk 5). De volgende vier hoofdstukken zijn gewijd aan de gevalstudie. Eerst wordt de 'control'-omgeving beschreven waarin het interne budgetteringssysteem van het ziekenhuis functioneert (hoofdstuk 6). Dat is vereist om de betekenis van dit systeem als instrument van management control te doorgronden. Om keuzes van divisiebesturen ten aanzien van de toepassing van externe budgetparameters bij de interne budgettering van hun afdelingen te kunnen begrijpen, is

1. Inleiding

het noodzakelijk inzicht te krijgen in de budgettering van de divisies door de RvB (hoofdstuk 7). Vervolgens worden voor de beide in beschouwing genomen divisies afzonderlijk de onderzoeksbevindingen gepresenteerd (hoofdstukken 8 en 9). De (verwachte) gevolgen van DBC's voor de mate van koppeling tussen het externe en interne budget zijn voor het veldonderzoek en de gevalstudie gebundeld in een apart hoofdstuk (hoofdstuk 10).

Het derde deel van het proefschrift bevat een analyse van de onderzoeksresultaten en een reflectie daarop (hoofdstuk 11). Op grond hiervan wordt het theoretisch raamwerk aangepast en worden aanbevelingen gedaan waar het de toepassing van DBC's in de interne budgettering betreft (hoofdstuk 12). Dit slothoofdstuk bevat tevens een beschouwing over de relevantie van het onderzoek voor de praktijk en indicaties voor toekomstig onderzoek.

In het nawoord wordt afsluitend gereflecteerd op de aanpak van het onderzoek.

¹ In de inleidende tekst van paragraaf 2.2 zal worden ingegaan op het onderscheid academisch ziekenhuis – universitair medisch centrum en op de in deze studie gehanteerde terminologie.

² 'Sturing en beheersing', 'planning en beheersing' en 'planning and control' zullen in dit onderzoek als synoniemen worden gebruikt.

³ Er is een onderscheid tussen bekostiging (de middelen waarop het ziekenhuis recht heeft) en financiering (de daadwerkelijke ontvangst van middelen). In hoofdstuk 2 (eindnoot 6) wordt dit onderscheid nader toegelicht. We zullen in dit onderzoek financiering gebruiken als synoniem voor bekostiging, tenzij nadrukkelijk anders aangegeven.

⁴ Een uitgebreide verhandeling over het onderscheid tussen deze zorgvormen is opgenomen in paragraaf 2.1. Hier wordt volstaan met de opmerking dat het onderscheid wordt bepaald door onder andere de mate van complexiteit en de voorzieningen welke de betreffende zorg(verlening) vereist.

⁵ Omwille van taalkundige eenvoud en anonimisering zal in dit onderzoek een manager, maar ook andere functionarissen, worden aangeduid als een manspersoon, dus 'hij'. Voor 'hij' kan desgewenst 'zij' worden gelezen.

⁶ In de praktijk hanteren academische ziekenhuizen verschillende benamingen zoals centra en zorgeenheden. In de tekst zullen de specifieke benamingen worden gebruikt indien het belang dat vereist, anders zal in zijn algemeenheid de naamgeving 'divisies' worden gehanteerd.

⁷ De voorzitter van een divisie is meestal ook afdelingshoofd binnen zijn eigen divisie en speelt vooral de rol van primus inter paris. Ten aanzien van financiële sturing en beheersing is de manager bedrijfsvoering van de divisie de deskundige en ook degene met veel bevoegdheden.

⁸ De mate waarin sub-afdelingen als organisatorische eenheden voorkomen, kan verschillen per afdeling. Onder andere is dat afhankelijk van de grootte van afdelingen.

⁹ Een complicatie is dat ziekenhuizen op verschillende wijzen budgetten gedecentraliseerd kunnen hebben (zoals de honorariumkosten van medisch specialisten, afschrijvingskosten), alsook kunnen er verschillen zijn in de mate van interne verrekening (zoals van intern geleverde diensten als laboratoriumbepalingen). Dat maakt onderlinge vergelijkingen tussen ziekenhuizen lastiger. Uitgangspunt blijft het aan de divisie/afdeling toegewezen budget.

¹⁰ Voor één ziekenhuis bleek het budgetteringsjaar 2002 meer representatief en is dat jaar als uitgangspunt genomen.