

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.

5. De invloed van externe budgetparameters: het veldonderzoek

5. De invloed van externe budgetparameters: bevindingen van het veldonderzoek

In dit hoofdstuk wordt inzicht gegeven in de mate waarin de Raden van Bestuur (RvB) van academische ziekenhuizen externe budgetparameters toepassen bij het vaststellen van de hoogte van interne budgetten van divisies (de mate van koppeling, zie deelvraag 1 in sub-paragraaf 1.1.4) en waarom verschillende keuzen worden gemaakt (deelvragen 2 en 3). De veronderstellingen (a) t/m (c) die in paragraaf 3.8 zijn opgenomen, passeren daarbij de revue.

De opzet van dit hoofdstuk is als volgt. Eerst wordt in paragraaf 5.1 de mate van koppeling geïnventariseerd. Daarvoor zullen de productieparameters van de functiegerichte budgettering (FB-parameters) in beschouwing worden genomen (zie het eind van paragraaf 2.2). Zoals zal blijken, passen alle ziekenhuizen een mutatiesystematiek toe in hun interne budgettering. In paragraaf 5.2 wordt die keuze nader toegelicht. In hoeverre verschillen in doelstellingen afwijkende keuzes in de mate van koppeling kunnen verklaren, wordt behandeld in paragraaf 5.3. Onderscheid in het wel of niet nastreven van de doelstellingen van de overheid is een onderdeel van die analyse. De invloed van contingente factoren op verschillen in de mate van koppeling zal in paragraaf 5.4 worden besproken. De belangrijkste bevindingen van dit hoofdstuk worden vervolgens samengevat in paragraaf 5.5. Het hoofdstuk wordt afgesloten met paragraaf 5.6 waarin wordt aangegeven wat de consequenties van deze eerste onderzoeksfase zijn voor de gevalstudie in de tweede onderzoeksfase.

5.1. Toegepaste interne budgetteringssystemen

In deze paragraaf zal nader worden ingegaan op deelvraag 1 van dit onderzoek, i.c. welke systemen van interne budgettering worden toegepast. Daarbij ligt de nadruk op het wel of niet toepassen van externe budgetparameters in de interne budgettering (mate van koppeling). Onderscheid wordt gemaakt naar twee organisatorische niveaus, namelijk divisies (welke worden aangestuurd door de RvB) en afdelingen (vallend onder het divisie management). Uit de interviews is gebleken dat bij alle ziekenhuizen de RvB samen met haar financiële staf het systeem bepaalt volgens welke de divisies worden gebudgetteerd. Wel is in de meeste gevallen sprake van een nadrukkelijk consulterende rol van het divisie management. De divisies zijn echter vrij in de wijze waarop ze hun zorgafdelingen budgetteren. Weliswaar ligt in deze onderzoeksfase het accent op de budgettering van divisies door de RvB, aan het eind van deze paragraaf zal beknopt verslag worden gedaan van de bevindingen waar het de budgettering van afdelingen door divisies betreft. De argumenten van afwijkende keuzes op dit niveau werpen namelijk aanvullend licht op de keuzes door de RvB.

Bij alle acht academische ziekenhuizen blijkt de historie in sterke mate de hoogte van het divisiebudget te bepalen. Bij geen enkel ziekenhuis zijn bij de invoering van de FB-

5. De invloed van externe budgetparameters: het veldonderzoek

systematiek in 1997 de budgetten herberekend door vermenigvuldiging van de op de betreffende divisies van toepassing zijnde FB-parameters met een bepaalde waarde (hetzij het CTG-tarief of een percentage daarvan, hetzij een interne prijs). Dat zou technisch gesproken mogelijk zijn geweest, doordat veel parameters op specifieke afdelingen (specialismen) zijn te herleiden. De ziekenhuizen blijken echter sterk vast te houden aan historisch gegroeide budgetten. Invoering van de FB-systematiek heeft dus intern geen grote budgetverschuivingen tot stand gebracht. Alle acht ziekenhuizen passen bij hun interne budgettering een incrementele wijze van budgetteren toe (Groot en Van Helden, 2003, p.126): de budgetten van divisies worden bepaald door het gerealiseerde budget van het voorgaande jaar waar vervolgens mutaties op worden aangebracht. De wijze waarop die mutaties tot stand komen en meer specifiek de rol die FB-parameters daarin spelen, verschilt echter per ziekenhuis. In tabel 5.1 zijn de bevindingen geïnventariseerd conform de systemen die in sub-paragraaf 3.3.4 zijn onderscheiden. Deze worden hier beknopt herhaald:

- I. Volledige inputbudgettering. Er wordt geen koppeling toegepast, maar er is sprake van een historisch inputbudget. Budgetmutaties (incrementen) worden benaderd op basis van mutaties in activiteiten en daarvoor benodigde productiemiddelen.
- II. Een combinatie van inputbudgettering (historisch budget) en output- en procesbudgettering op basis van interne prijzen waar het de vaststelling van budgetmutaties betreft. Er is hier dus een gedeeltelijke koppeling: wel de productieparameters, maar niet de CTG-vergoedingen worden gebruikt.
- III. Dit systeem is gelijk aan II met dat verschil, dat geen interne tarieven, maar (vaste percentages van) CTG-tarieven (waaronder 100%) als prijsbasis voor de budgetmutaties worden toegepast.
- IV. Volledige output- en procesbudgettering op basis van interne prijzen.
- V. Volledige output- en procesbudgettering op basis van (vaste percentages van) CTG-tarieven (waaronder 100%).

Aangezien de systemen IV en V niet blijken voor te komen, zijn deze in de tabel buiten beschouwing gelaten. Omdat sommige ziekenhuizen onderscheid blijken te maken in de budgettering van hun personele en materiële kosten, is dat onderscheid in tabel 5.1 aangegeven als p respectievelijk m. De vergoeding per productieparameter verstrekt door het CTG is overigens ook opgebouwd uit een afzonderlijke personele en materiële component (zie bijlage V, tabel V.3).

Zoals uit tabel 5.1 blijkt, maken de academische ziekenhuizen in verschillende mate gebruik van de FB-parameters bij het bepalen van de omvang van interne budgetmutaties. Bij ziekenhuizen A, B, C en D is een sterke koppeling tussen mutaties in het externe ziekenhuisbudget en mutaties in het interne divisiebudget: de veranderingen in de reguliere en WBMV-productie en de daaraan gekoppelde vergoedingen worden als percentage van het CTG-tarief direct doorgegeven aan de divisies (systeem III). Ziekenhuis A heeft zelfs besloten dat percentage in 2002 op te trekken naar 100%. Een zelfde voornemen is in onderzoek bij ziekenhuis C, waar in incidentele gevallen systeem II wordt toegepast voor de WBMV-productie.

5. De invloed van externe budgetparameters: het veldonderzoek

Tabel 5.1 Mutatiesystematiek interne budgettering

De rol van externe productieparameters bij de bepaling van mutaties in interne budgetten (p = personele kosten, m = materiële kosten)

ziekenhuis	productieparameters	I geen koppeling	II koppeling voor productiemutaties obv intern tarief	III koppeling voor productiemutaties obv CTG-tarief
A	Regulier WBMV			85% p+m 85% p+m
B	Regulier WBMV			50% p + 100% m 50% p + 100% m
C	Regulier WBMV		(p+m)	80 en 100% p+m 80 en 100% p+m
D	Regulier WBMV			percentage p+m 100% p+m
E	Regulier WBMV	p+m p+m		
F	Regulier WBMV	p+m		80% p+m
G	Regulier WBMV	p p + deel m	M deel m	
H	Regulier WBMV	p+m p+m		

Ziekenhuizen E en H leggen geen rechtstreekse rekenkundige relatie met de externe budgetparameters (systeem I). Desalniettemin nemen deze ziekenhuizen wel degelijk de invloed van de FB-parameters op het externe budget in beschouwing bij het toekennen van budgetmutaties (zie ook paragraaf 5.3). De ziekenhuizen F en G passen meerdere mutatiesystematieken toe. Ziekenhuis F maakt daarbij onderscheid naar aard van de productie (regulier versus WBMV), ziekenhuis G vooral naar aard van de kosten (personeel versus materieel) en naar aard van de verschillende WBMV-verrichtingen.

Opmerkelijk is dat binnen de ziekenhuizen A t/m D de geïnterviewde managers bedrijfsvoering het budgetteringssysteem dat organisatiebreed voor de verdeling van middelen over divisies wordt gehanteerd, niet zonder meer toepassen bij de verdeling van middelen over de afdelingen binnen hun divisie. Weliswaar wordt ook een mutatiesystematiek door de managers bedrijfsvoering toegepast, maar budgetmutaties voor de afdelingen worden bepaald op basis van de extra kosten. Het accent verschuift van een toepassing van systeem III op divisieniveau naar een toepassing van systeem I (en II) op afdelingsniveau.

5. De invloed van externe budgetparameters: het veldonderzoek

Wat verder opvalt is dat de geïnterviewde managers bedrijfsvoering van de ziekenhuizen A t/m D afwijken van het systeem van de RvB, maar dat dat niet per se geldt voor hun collega-managers bedrijfsvoering van andere divisies binnen hun ziekenhuis. Sommigen wijken af van dat systeem, terwijl anderen haar sterk volgen bij de budgettering van afdelingen. Bij ziekenhuizen E en H budgetteren de divisies hun afdelingen volgens het systeem van de RvB. De manager bedrijfsvoering in ziekenhuis F geeft alleen de materiële component één op één door aan de afdelingen, terwijl de personele kosten worden gebudgetteerd volgens systeem I. Overigens worden ook binnen dit ziekenhuis afwijkende systemen door divisies gehanteerd. Bij ziekenhuis G worden de afdelingen gebudgetteerd conform de systematiek zoals aangegeven in tabel 5.1.

Geconcludeerd kan worden dat alle academische ziekenhuizen een incrementele wijze van budgetteren toepassen: de budgetten van divisies worden bepaald door het gerealiseerde budget van het voorgaande jaar waar vervolgens mutaties op worden aangebracht. Waar academische ziekenhuizen zich van elkaar onderscheiden is de mate waarin ze externe budgetparameters toepassen bij het bepalen van de hoogte van die mutaties (de mate van koppeling). Voorts worden die systemen niet zonder meer door het divisie management gekopieerd bij het budgetteren van hun afdelingen. In het algemeen blijken de externe budgetparameters bij de budgettering van afdelingen door het divisie management een veel minder sterke rol te spelen dan bij de budgettering van divisies door de RvB.

5.2. De keus voor een mutatiesystematiek nader belicht

Zoals in de vorige paragraaf is beschreven, is bij geen van de academische ziekenhuizen de invoering van de FB-systematiek in 1997 aanleiding geweest het totale budget van divisies (voor zover dat door FB-parameters wordt bepaald) te herijken. De ziekenhuizen blijken sterk vast te houden aan historisch gegroeide divisiebudgetten. De financieel directeurs geven daarvoor een aantal redenen. Belangrijk is het ontbreken van een echte noodzaak, omdat de invoering van de FB-systematiek voor de academische ziekenhuizen budgetneutraal is verlopen. Er is geen pijn op totaalniveau die intern verdeeld moet worden. Een andere reden is dat de invoering van een compleet nieuwe budgetteringssystematiek alle cijfers ter discussie zou stellen. Die discussie zou de implementatie van verbeteringen in het budgetteringssysteem sterk vertragen, zo niet onmogelijk maken. De meeste ziekenhuizen kiezen liever voor een traject van kleine stapjes vooruit. Historische ontwikkelingen in combinatie met de specifieke aard van het academisch ziekenhuis spelen hier een rol. Ziekenhuizen kennen namelijk een relatief korte historie van budgettering (sinds begin jaren 80, zie paragraaf 2.2) en daaruit voortkomende relatieve schaarste, waardoor ook het professioneel management van middelen pas twee decennia oud is. De opkomst van specifiek op ziekenhuizen gerichte managementinstrumenten zoals de meting van zorgzwaarte is ook pas van recente datum. Bovendien moeten dergelijke instrumenten hun weg vinden in een complexe organisatie met complexe producten. Ziekenhuizen hebben daardoor eigenlijk geen andere keus dan veranderingen in kleine stapjes door te voeren. Een ander probleem is dat de kans op

5. De invloed van externe budgetparameters: het veldonderzoek

herallocaties bij invoering van een nieuw systeem van intern budgetteren erg groot is. De vraag is of die herallocaties te realiseren zijn: veel ziekenhuiskosten zijn vast. Bovendien wordt met de te heralloceren middelen mogelijk veel goeds gedaan dat niet in de FB-parameters tot uitdrukking komt. Dat goeds wordt door machtige partijen in het ziekenhuis (hoogleraren met hun medische staf) gekoesterd en verdedigd. In het verlengde hiervan plaatsen ziekenhuizen veel vraagtekens bij het feit of FB-parameters een goede afspiegeling zijn van de productie en zo dat al het geval is, of de vergoedingen de kosten adequaat dekken. Overigens neemt een en ander niet weg dat zowel bij de financieel directeuren als de managers bedrijfsvoering veel onvrede heerst over de systematiek van incrementele budgettering. Die onvrede betreft niet de wijze van bepaling van jaarlijkse mutaties (het increment), maar het historisch budget waarop die worden aangebracht. Het gevoel bestaat dat in het verleden de verhouding tussen activiteiten en middelen grote, niet te rechtvaardigen verschillen tussen divisies laat zien. Niettemin schrikt men om bovengenoemde redenen terug voor drastische aanpassing van het historisch vertrekpunt.

Gezien dat historisch vertrekpunt lijkt de invloed van de mutatiesystematiek op de interne budgetten bij de systemen II en III niet groot. Echter het ziekenhuis wordt extern via de nacalculatie afgerekend op verschillen tussen de werkelijk gerealiseerde en de afgesproken *totale* productie. Het kan dan om aanzienlijke mutaties gaan, zowel in positieve als negatieve zin. Die werkelijke mutaties kunnen dus ook groter zijn dan begroot. Meer algemeen zal de invloed van de koppeling op het totale budget groter zijn naarmate het systeem langer wordt toegepast en de jaarlijkse budgetmutaties groter zijn. Het cumulatief van alle mutaties neemt immers aan invloed toe ten opzichte van het historisch vertrekpunt. En middelen plussen en minnen zich op ziekenhuisniveau misschien uit, voor individuele divisies kunnen de verschillen groot zijn. Waar het gaat om lagere dan afgesproken productie is het voor hen lastig om in de lopende exploitatie te snijden (om maar niet te spreken van het inleveren van middelen achteraf). Dat probleem is groter als het aandeel van de vaste kosten hoog is, hetgeen voor de meeste divisies geldt. Bovendien willen of kunnen divisies niet direct hun productiecapaciteit afbouwen bij een incidentele terugval van productie en de daaruit voortvloeiende bekostiging. Sterker nog, het ontbreken van voldoende specialistisch personeel is vaak debet aan het niet kunnen halen van de productie, waardoor het extra wrang is dat ziekenhuizen hun vaste kosten niet kunnen dekken door teruglopende opbrengsten. Verder moet worden bedacht dat productie-uitbreidingen zowel betrekking kunnen hebben op uitbreiding van bestaande zorg als op het aanbod van nieuwe zorgvormen. Bij dat laatste gaan de ontwikkelingskosten vaak voor de baat uit. Voorfinanciering daarvan vindt plaats uit gunstige marges op lopende productie. Om dit haasje-over effect in stand te houden, is het essentieel dat nieuwe zorg adequaat wordt gehonoreerd. De voorzitter van de RvB van het ziekenhuis van de gevalsstudie noemt het gebrek aan financiële mogelijkheden van voorfinanciering als belangrijkste reden waarom bepaalde wenselijk geachte productie niet van de grond komt (zie paragraaf 7.5). Negatieve mutaties leiden derhalve snel tot beheersmatige problemen, terwijl positieve van belang zijn voor de instandhouding van beleidsontwikkeling.

5. De invloed van externe budgetparameters: het veldonderzoek

De omvang van die effecten is mede afhankelijk van de toegepaste mutatiesystematiek, i.c. de mate van koppeling. Dat onderstreept het belang van het 'waarom' van het gekozen systeem, hetgeen in de volgende paragrafen zal worden besproken.

De conclusie luidt dat grote interne budgetverschuivingen niet haalbaar en vanwege het budgetneutraal invoeren van de FB-systematiek ook niet noodzakelijk worden geacht. Dat doet echter niets af aan het feit dat de invloed van een mutatiesystematiek groot kan zijn. De omvang daarvan wordt mede bepaald door de aard van de systematiek (mate van koppeling).

5.3. De invloed van doelstellingen

In deze paragraaf wordt ingegaan op de doelstellingen die de mate van koppeling beïnvloeden. Zoals is verantwoord in sub-paragraaf 3.2.2 zijn de doelstellingen die de overheid nastreeft met de FB-systematiek de basis voor de formulering van potentiële doelstellingen van de interne budgettering. Mogelijk ligt er een verband tussen accentverschillen in de mate waarin ziekenhuizen deze doelstellingen nastreven en de mate van koppeling: streven sommige ziekenhuizen, sterker dan andere, doelstellingen na die in het verlengde liggen van overheidsdoelstellingen en leidt dat dan tot (meer) koppeling? Zoals zal blijken in het vervolg van deze paragraaf vereist de relatie tussen doelstellingen en het interne budgetteringssysteem een diepgaander analyse. De contingente factoren die bij die analyse aan bod komen, zullen in paragraaf 5.4 worden geïnventariseerd.

Aangezien er in het vervolg van deze paragraaf uitgebreid aan de doelstellingen genoemd in sub-paragraaf 3.2.2 wordt gerefereerd, worden ze hier herhaald:

1. Het beheersen van de totale kosten van het ziekenhuis.
2. Het verlagen van de overheadkosten door vereenvoudiging van het interne budgetteringssysteem.
3. Het vergroten van de flexibiliteit van de interne middelentoewijzing, waarmee met name wordt beoogd beleidsmatig wenselijke productie te realiseren.
4. Het verstrekken van een reële vergoeding voor gemaakte kosten.
5. Het voorkomen van ondoelmatige productie.
6. Het stimuleren van doelmatige productie.
7. De weg plaveien voor het toekomstige gebruik van DBC's in de interne budgettering.
8. Het realiseren van een middelenverdeling waarbij discussies over het te voeren beleid worden voorkomen.
9. Het stimuleren van beleidsmatig (en/of) financieel interessante productie.

Deze doelstellingen zijn aan de financieel directeuren¹ van academische ziekenhuizen, vanuit hun ondersteunende positie voor de RvB, voorgelegd met de vraag in hoeverre die worden nagestreefd bij de interne budgettering van divisies (score van 1=laag tot 5=hoog op Likert-scale; tevens mogelijkheid gm=geen mening aan te geven).

5. De invloed van externe budgetparameters: het veldonderzoek

Uit de onderzoeksresultaten blijkt, dat de meeste doelstellingen (1 en 3 t/m 6) die in het verlengde van die van de overheid liggen relatief hoog² scoren. Alleen doelstellingen 2 en 7 scoren laag. Van de toegevoegde doelstellingen scoort 8 laag, terwijl bij 9 de spreiding groot is (een spreiding die overigens niet samenhangt met de indeling I t/m III). De gespreide score op doelstelling 9 is opmerkelijk, omdat de financieel directeuren de mogelijkheid is geboden zelf eventueel ontbrekende doelstellingen toe te voegen. Bijna allen gaven hierbij aan dat de interne budgettering fungeert als middel om het organisatiebeleid te realiseren (realisatie planning & control cyclus). Blijkbaar komen de elementen sturing en beheersing in de verschillende doelstellingen niet voldoende tot uitdrukking. Blijken er duidelijke accentverschillen te zitten in het wel of niet nastreven van bepaalde doelstellingen, dat onderscheid hangt niet samen met het gebruik van de systemen I t/m III. De doelstellingen van de financieel directeuren zijn sterk eensluidend op het gegeven abstractieniveau, maar de middelen om die te realiseren, i.c. de systemen I t/m III, zijn verschillend. Er kan dan ook niet worden geconcludeerd dat verschillen in budgetteringssystemen overeenkomen met bepaalde accentverschillen in het nastreven van doelstellingen.

In sub-paragraaf 3.2.2 is aangegeven dat bovengenoemde doelstellingen voor een groot deel in het verlengde liggen van doelstellingen die de overheid nastreeft met de FB-systematiek. Veronderstelling (b), dat een sterkere mate van koppeling zal worden toegepast als de doelstellingen van het ziekenhuis sterk in het verlengde liggen van die van de overheid, gaat dus niet op: bij alle ziekenhuizen liggen de doelstellingen sterk in het verlengde van die van de overheid, maar toch maken ze onderscheid in de mate van koppeling. Onderdeel van die veronderstelling, dat een hoge mate van koppeling zal worden toegepast indien er naar wordt gestreefd discussies over het te voeren beleid te voorkomen, gaat gezien de lage score op deze doelstelling bij alle ziekenhuizen ook niet op. Zoals in voorgaande paragraaf is geschetst, blijkt het voorkomen (in de zin van het tegengaan) van discussies wel een belangrijke rol te spelen bij het besluit om een incrementele wijze van budgetteren toe te passen. Daarbij ligt het accent op het voorkomen van discussies over de middelenverdeling, niet over het te voeren beleid. Op de mate waarin beide zijn te scheiden, zal in paragraaf 11.3 nader worden gereflecteerd.

Bij analyse van de argumenten om wel of niet te koppelen blijkt dat een nadere invulling van doelstellingen een goede verklaring biedt voor de keus van verschillende systemen, tesamen met de perceptie welk budgetteringssysteem in relatie tot de condities waaronder het moet functioneren (contingente factoren, zie de volgende paragraaf voor een systematisch overzicht) het meest effectief is die doelstellingen te realiseren. Uit de interviewresultaten komen de hierna volgende, overigens vaak sterk met elkaar verband houdende, punten naar voren.

a. Visie op sturing

De keus voor het budgetteringssysteem wordt in belangrijke mate bepaald door de besturingsfilosofie van de RvB. Ziekenhuizen die systeem III toepassen, vinden het van groot belang dat financiële prikkels op ziekenhuis- en divisieniveau gelijkgericht zijn. Daarmee wordt het realiseren van gemaakte productieafspraken met de zorgverzekeraar

5. De invloed van externe budgetparameters: het veldonderzoek

gestimuleerd. Bovendien wordt in de optiek van koppelende ziekenhuizen door de gelijkgerichte financiële prikkel de maatschappelijke taak van het ziekenhuis naar binnen toe vertaald, zo is de veronderstelling (bij welke overigens de nodige kanttekeningen zijn te plaatsen, zie paragraaf 5.6). Ziekenhuizen geven hiermee aan welke productie beleidsmatig wenselijk is (doelstelling 9) en zien koppeling als een middel om dat te realiseren. Dat FB-vergoedingen vaak niet overeenstemmen met kostprijzen neemt men voor lief. Positieve marges motiveren en stimuleren productie. Uit die marges kan de beleidsontwikkeling van nieuwe taken worden gefinancierd. Bovendien kunnen die plussen de minnen van andere productie op divisieniveau uitmiddelen. Toepassing van systeem III lijkt een sterke sturing van de productie op basis van geld te impliceren. De ziekenhuizen die systeem III toepassen, geven echter aan dat ook bij toepassing van dit systeem er wel degelijk zorginhoudelijke sturing plaatsvindt door de RvB. Die kan namelijk haar invloed doen gelden door te bepalen in hoeverre ze wel of niet bepaalde voorstellen vanuit de divisies zal verdedigen bij de zorgverzekeraar bij het maken van productieafspraken. Verder geeft ziekenhuis B aan dat financiële prikkels pas effect hebben als medisch specialisten inzicht hebben in de zorginhoudelijke effecten van productieveranderingen.

Ziekenhuizen die de FB-parameters niet of nauwelijks een rol laten spelen bij het bepalen van budgetmutaties, geven aan hun inhoudelijke beleid op hun kerntaken (doelstelling 9) niet te willen laten frustreren door verkeerde financiële prikkels van een in hun ogen achterhaald systeem. Koppeling is dus een verkeerd middel om het gewenste beleid te realiseren. Zij benadrukken de slechte meetbaarheid van de output in termen van FB (weinig differentiatie bij reguliere zorg), de onvolledigheid ervan (willekeur bij WBMV) en het niet overeenstemmen van vergoedingen met de meer- of minderkosten. Sturing vanuit financiële prikkels is alleen wenselijk voor zover dat spoort met beleidsmatige keuzes die gebaseerd zijn op inhoud. Aan die eis voldoet de FB-systematiek meestal niet. Bepaalde beleidsmatig gewenste ontwikkelingen zouden dan door gebrek aan bekostiging niet van de grond komen, terwijl ongewenste (niet in het academisch zorgprofiel passende) productie zou kunnen worden gestimuleerd. Door niet alle middelen één op één intern door te geven, kan de RvB bovendien een grote centrale beleidsruimte aanhouden voor het stimuleren van nieuwe ontwikkelingen. 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. Verder is bij een te rekenkundige benadering van budgetten de angst groot voor het ontstaan van allerlei 'losse ziekenhuisjes' binnen het grote ziekenhuis.

b. Visie op kostenbeheersing

Aan de beheersmatige functie van budgetten (doelstelling 1) wordt door alle ziekenhuizen veel waarde gehecht. Verschillende ziekenhuizen zijn in het verleden in de problemen gekomen doordat ontwikkelingen in nieuwe zorg niet volledig in het budget werden vergoed. Er zit nauwelijks meer rek in de budgetten om tegenvallers op te vangen, onder andere als gevolg van het steeds sterker uit de pas lopen van kostprijzen en vergoedingen (zie het vorige punt). De RvB in de meeste ziekenhuizen speelt op zekerheid: de angst voor tekorten is groot. Door de invoering van de nacalculatie in 2001 is het risicoprofiel

5. De invloed van externe budgetparameters: het veldonderzoek

van de academische ziekenhuizen verslechterd. Ze zijn daardoor gedwongen meer aandacht te besteden aan kostenbeheersing en het nadrukkelijker maken van keuzes welke zorg wel en niet te leveren, waarbij ook in het verleden gemaakte keuzes ter discussie komen te staan. Financierbaarheid is voor alle ziekenhuizen een nadrukkelijker randvoorwaarde geworden. Zo zou het vanuit het perspectief van kostenvergoeding mogelijk moeten zijn meer intern te vergoeden dan wordt verkregen in het externe budget indien de kosten hoger zijn dan de opbrengsten. De praktijk is echter dat ziekenhuizen voorstellen voor productie-uitbreidingen alleen verdedigen bij de zorgverzekeraar indien de extra opbrengsten de extra kosten dekken. Door er voor te kiezen de CTG-vergoeding intern door te geven (systeem III) plaatst de RvB zich op afstand van de divisies en neemt ze een sterk beheersmatige positie in: koppeling wordt gezien als middel om geen risico's te lopen ten aanzien van kostenbeheersing. Het risico of de vergoedingen de kosten dekken, wordt neergelegd bij de divisie: ze zal het er mee moeten doen. Meer dan dat bedrag krijgt het ziekenhuis er ook niet voor, hetgeen ook niet valt te betwisten. Naarmate de RvB meer tegen de 100% van het CTG-tarief aan gaat zitten, kan ze zich sterker beroepen op dit argument. Ze vermijdt daarmee discussies over de hoogte van kosten versus vergoedingen. Voor ziekenhuizen die koppeling toepassen, blijkt de nacalculatie een reden te zijn om die koppeling te intensiveren, terwijl ziekenhuizen die niet koppelen zich steeds sterker beraden op het toepassen van koppeling als gevolg van de toegenomen financiële risico's. Veronderstelling (c), dat toegenomen financiële risico's in combinatie met de noodzaak die te beheersen onder andere zullen leiden tot een sterkere mate van koppeling en het benadrukken van doelstellingen die betrekking hebben op financiële beheersing, blijkt hierdoor te worden bevestigd.

c. Organisatieontwikkeling

In sub-paragraaf 3.2.1 is gewezen op de relatie tussen de organisatiestructuur en de interne budgettering. De visie op de meest wenselijke organisatiestructuur en de daarbij behorende bevoegdheden en verantwoordelijkheden van organisatieonderdelen bepaalt mede wie welke bevoegdheden en verantwoordelijkheden heeft ten aanzien van budgetten. Bijna alle academische ziekenhuizen hebben in het recente verleden een proces van organisatieverandering doorgemaakt. De functionele organisatiestructuur met eenheden als verpleging, polikliniek, medisch-specialistische afdelingen is omgezet in één met divisies die patiëntengroepen als ordeningsprincipe neemt. Binnen deze divisies worden de kerntaken patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek uitgevoerd die op die patiëntengroepen betrekking hebben. In het kader van integraal management hanteren sommige ziekenhuizen de visie dat ziekenhuismiddelen ook (integraal) aan die divisies beschikbaar worden gesteld die de betreffende middelen genereren, alsmede dat zij ook de financiële risico's verbonden aan die middelen dragen. Dat leidt tot een keus voor een sterke mate van koppeling (systeem III). Het verschil in percentages dat ziekenhuizen bij de budgettering volgens dit systeem hanteren, is met name terug te voeren op de bekostiging van ondersteunende diensten (tenslotte moeten uit de vergoedingen alle extra kosten worden betaald). In de meeste ziekenhuizen worden die nog centraal gefinancierd, zodat het niet logisch is de gehele vergoeding aan de divisies waarin de poortspecialismen zijn ondergebracht, door te geven. Bij ziekenhuizen A en C gaan de plannen om de

5. De invloed van externe budgetparameters: het veldonderzoek

percentages te verhogen gepaard met het voornemen ook de intern afgenomen productie te verrekenen. Bij deze ziekenhuizen bestaat een sterk streven naar integraal management op divisieniveau. Ziekenhuis B wil ook naar een dergelijk systeem toe, maar is nog terughoudend vanwege het ontbreken van goed zicht op de kosten van de interne dienstverlening.

d. Het verstrekken van een 'reële' vergoeding aan divisies

Ziekenhuizen kijken verschillend aan tegen de vraag wat een reële vergoeding is voor extra productie³ van divisies. Ze geven hiermee een eigen invulling aan doelstelling 4. Vanuit het perspectief van *opbrengstverwerving* is het reëel dat degene die de opbrengsten genereert (verdient) deze ook volledig in het budget krijgt. Dit blijkt een argument te zijn voor het toepassen van systeem III: vergoeding als vorm van beloning. Vanuit het perspectief van *vergoeding van gemaakte kosten* is het reëel dat de intern gegeven vergoedingen voor extra productie gelijk zijn aan de extra kosten ervan, waarbij ook rekening kan worden gehouden met de kosten van ondersteunende diensten. Indien het ziekenhuis er voor kiest om de vergoeding te baseren op de werkelijk gemaakte kosten is in zoverre de budgetparameters en de daaraan gekoppelde tarieven de productie respectievelijk de kosten goed weerspiegelen. Als aan beide condities wordt voldaan, wordt het 100%-tarief bij systeem III toegepast. Dit blijkt in een aantal gevallen op te gaan voor de WBMV-productie. Indien de parameters de productie wel goed weerspiegelen maar de vergoedingen niet overeenstemmen met de kosten, wordt gekozen voor een percentage bij systeem III (als benadering van de gemiddelde kosten) of voor systeem II. Indien de parameters de extra productie niet goed representeren maar men slaagt er wel in de extra kosten vast te stellen, valt de keus op systeem I. Dit systeem wordt ook gekozen op basis van het gedrag van kosten. Voor de personele kosten geldt bijvoorbeeld dat productieveranderingen meestal gepaard gaan met trapsgewijze veranderingen in de behoefte aan personeel. Slaagt men er niet in de omvang van de extra productie en de daarmee gemoeide kosten vast te stellen, dan blijken ziekenhuizen ook voor systeem III te kiezen als alternatief bij gebrek aan beter en ter voorkoming van verdere discussie (dit ondanks de lage score op doelstelling 8). Systeem III wordt dus niet alleen toegepast op grond van representatie van productie en kosten, maar ook als het zicht daarop volledig ontbreekt. Een ander opmerkelijk punt is dat de opvattingen van ziekenhuizen sterk uiteenlopen over de mate waarin de vergoedingen voor WBMV-productie wel of niet kostendekkend zijn. De mate waarin vergoedingen zijn gebaseerd op kostprijsberekeningen van de ziekenhuizen zelf en de kwaliteit van deze berekeningen (met name volledigheid waar het dekking van ondersteunende diensten betreft) spelen bij die oordeelsvorming een rol. Verder kunnen door ontwikkelingen in de zorg (toenemende complexiteit, comorbiditeit, nieuwe technologie) kostprijsberekeningen in de loop der tijd achterhaald zijn.

e. Pragmatisme, transparantie en eenvoud

Bij de toekenning van extra middelen in geval van extra productie heeft de toepassing van de FB-parameters veel pragmatische voordelen (systemen II en III). In een bepaald

5. De invloed van externe budgetparameters: het veldonderzoek

opzicht zijn ze discussievrij: niemand kan ontkennen dat de opbrengsten van het ziekenhuis van de productieparameters afhankelijk zijn. Bovendien loopt een ziekenhuis bij de onderhandelingen met de zorgverzekeraar toch weer tegen de externe budgetparameters aan, waardoor het handig is die ook voor intern gebruik te hanteren. Verder is reeds in het vorige punt gewezen op de toepassing van FB-parameters als hulpmiddel voor interne budgettering bij gebrek aan beter. Met de toepassing van organisatiebreed geldende percentages van het CTG-tarief (systeem III) wordt ook gekozen voor transparantie en eenvoud: bij het verrekenen van productiemutaties weten divisies direct waar ze aan toe zijn. Alhoewel niet expliciet nagestreefd, worden met een dergelijk transparant systeem de overheadkosten van het budgetteringssysteem laag gehouden (doelstelling 2).

Afhankelijk van het gewicht dat ziekenhuizen aan bovengenoemde aspecten toekennen, leidt dat tot de keus voor de toepassing van een bepaald budgetteringssysteem, i.c. een bepaalde mate van koppeling.

5.4. De invloed van contingente factoren

Er zijn diverse contingente factoren te onderkennen die mede invloed hebben op het budgetteringssysteem en/of de doelstellingen die met interne budgettering worden nagestreefd. Een aantal daarvan is reeds in het voorgaande ter sprake gekomen. In deze paragraaf volgt een overzicht. Daarbij zal eerst aandacht worden geschonken aan de contingente factoren waarvan in het kader van dit onderzoek invloed wordt verondersteld op het interne budgetteringssysteem. Vervolgens wordt ingegaan op contingente⁴ factoren die op grond van de bevindingen van het veldonderzoek zijn aangetroffen, maar die niet aan de theorie zijn ontleend.

Technologie (taakonzekerheid):

In het onderzoek wordt verondersteld dat technologie (de mate van taakonzekerheid) van invloed is op de vormgeving van het interne budgetteringssysteem. De aard van de technologie van de medisch specialismen behorend tot de divisies blijkt echter op geen enkele wijze bepalend voor de wijze van budgettering door de RvB. Alle divisies met poortspecialismen worden binnen een academisch ziekenhuis op een identieke wijze gebudgetteerd, terwijl ze als gevolg van het uiteenlopende karakter van de specialismen technologisch van heel andere aard zijn. Taakonzekerheid speelt op het hoge abstractieniveau van de relatie RvB-divisies geen enkele rol. Veronderstelling (a), dat de mate van koppeling laag zal zijn bij een hoge mate van taakonzekerheid, terwijl een hoge mate van koppeling zal plaatsvinden bij weinig taakonzekerheid, blijkt dan ook niet op het niveau van divisies op te gaan. Dat de prijsbasis bij een hoge mate van koppeling vooral is ingegeven door de mate waarin CTG-vergoedingen aansluiten op de kosten van zorg, blijkt meer een uitgangspunt te zijn waar het de budgettering van divisies betreft, dan dat ook daadwerkelijk daarvan sprake is.

5. De invloed van externe budgetparameters: het veldonderzoek

De externe omgeving:

De kwaliteit (of liever gezegd: het gebrek daaraan) van de FB-parameters als outputindicator speelt een rol. Deze parameters geven nauwelijks een beeld van de geleverde zorg vanwege het gebrek aan differentiatie in parameters bij de reguliere zorg (een opname is een opname voor een bepaald specialisme). Verder zijn de parameters onvolledig. Met name bij WBMV-productie is sprake van willekeur: voor bepaalde topklinische zorg zijn wel parameters ontwikkeld, voor andere als topklinisch aan te merken zorg zijn die er niet. Ook is als belangrijk punt naar voren gekomen dat de tarieven (vergoedingen) van de productieparameters afwijken van de kosten die het ziekenhuis moet maken. Andere factoren in de externe omgeving, zoals vergrijzing (toenemende comorbiditeit) en technologische ontwikkeling, zijn tevens van invloed op de kwaliteit van de externe bekostigingsparameters. Die worden namelijk niet of onvoldoende bijgesteld voor deze ontwikkelingen. Toepassing van de externe bekostigingsparameters in de interne budgetteringssysteem bergt door deze onvolkomenheden het risico van ongewenste sturing in zich, hetgeen in een aantal ziekenhuizen voor de RvB een reden is geen koppeling toe te passen. Nog sterker blijkt dat argument te gelden voor divisies bij het budgetteren van afdelingen, waar het kunnen effenen van plussen en minnen door de kleinere schaal minder goed mogelijk is. Ziekenhuizen worden ook met een toegenomen variabiliteit in het externe budget geconfronteerd als gevolg van nacalculatie en een groter deel van het externe budget dat via de productieparameters wordt gefinancierd. Dat heeft twee effecten. In de eerste plaats wordt het ziekenhuis financieel meer kwetsbaar voor veranderingen in de productie en de samenstelling ervan. Bovendien is er een duidelijke tendens dat marktmechanismen meer invloed zullen gaan krijgen. Deze ontwikkelingen bieden kansen zoals de ontwikkeling van (nieuwe) marktaandelen en het verwerven van extra opbrengsten, maar ook bedreigingen in de zin dat die door toegenomen concurrentie ook verloren kunnen gaan. Deze bedreigingen hebben zowel invloed op de doelstellingen van interne budgettering, als op het systeem. Het accent komt zwaarder te liggen op het beheersen van financiële risico's. Koppeling blijkt dan een middel zijn om deze risico's af te wentelen op de divisies, hetgeen een bevestiging inhoudt van veronderstelling (c) zoals reeds is geconcludeerd bij punt b van de vorige paragraaf. In de tweede plaats leidt de toegenomen variabiliteit tot een grotere bewustwording van de relatie tussen productie en opbrengsten. Vanaf het moment dat die bewustwording ontstaat, kan het ook een rol gaan spelen bij het maken van afwegingen. Deze laatste hoeven niet uitsluitend op risicobeheersing betrekking te hebben.

Contingente factoren die niet aan de theorie zijn ontleend, maar die wel in het veldonderzoek zijn aangetroffen, zijn hierna vermeld.

De kwaliteit van de informatievoorziening binnen het ziekenhuis:

Een andere contingente factor is de kwaliteit van de informatievoorziening binnen het ziekenhuis. Wordt in het voorgaande gesproken van vergoedingen die afwijken van de kosten van zorg, veel ziekenhuizen zijn niet in staat die vergelijking te maken door het ontbreken van kosteninformatie over specifieke zorg. In de vorige paragraaf is

5. De invloed van externe budgetparameters: het veldonderzoek

aangegeven dat zowel een kwalitatief goede als een gebrekkige informatievoorziening eenzelfde invloed kunnen hebben op het interne budgetteringssysteem: ze kunnen beide leiden tot het besluit om te koppelen. Waar het de budgettering van afdelingen door divisies betreft, speelt de informatievoorziening ook een rol: managers bedrijfsvoering zitten dicht op het zorgproces dan de RvB, waardoor zij beter kunnen inschatten voor welke activiteiten meer of minder middelen nodig zijn. Men kan daardoor beter beoordelen of kosten afwijken van vergoedingen en het budgetteringssysteem daarop toesnijden.

Persoonsgebonden factoren:

Uit de vorige paragraaf valt ook op te maken dat persoonlijke visies op doel-middel relaties van invloed zijn op het interne budgetteringssysteem. Waarschijnlijk heeft die visie zich ontwikkeld op basis van kennis en ervaring. Is hiervoor gesproken over risicobeheersing, wanneer en in welke mate risicobeheersing noodzakelijk is, wordt ook sterk beïnvloed door persoonlijke voorkeuren. In deze eerste fase van onderzoek is geen diepgaand onderzoek gepleegd naar deze persoonsgebonden factoren. Aangezien deze wel een belangrijke rol kunnen spelen bij het besluit wel of niet te koppelen, wordt op dit aspect in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk nog nader teruggekomen.

Het graduele onderscheid in academisch zorgprofiel:

Het graduele onderscheid in academisch zorgprofiel tussen de acht academische ziekenhuizen blijkt eveneens een rol te spelen. Naarmate een ziekenhuis haar bestaansrecht sterker ontleent aan profilering op met name topreferente zorg en het daaraan verbonden onderzoek, vormt het stimuleren van reguliere en topklinische zorg door externe financiële prikkels (systeem III) een grotere bedreiging, doordat een focus op dergelijke zorg ten koste kan gaan van onderzoek en topreferente zorg. Dergelijke prikkels zal men intern willen vermijden. Bovendien wordt bij een dergelijke profilering een relatief klein deel van het budget door de productieparameters bepaald, doordat het ziekenhuis sterk leunt op andere (onderzoeks)middelen. Haar financiële risicoprofiel vereist dan ook minder sterk de afwenteling van risico's op divisies. We zien hier een bevestiging van hetgeen in paragraaf 3.4 is verondersteld, namelijk dat strategie en omgeving geen onafhankelijke contingente variabelen zijn: de strategie van het ziekenhuis bepaalt hoe sterk de invloed van de omgeving is.

Het weerstandsvermogen van het ziekenhuis:

In het verlengde van vorige punt speelt voor sommige ziekenhuizen de omvang van de eigen vermogenspositie een rol. Naarmate die geriefelijker is, wordt ook de noodzaak minder groot direct maatregelen (zoals het toepassen van koppeling) te nemen in de interne bedrijfsvoering zodra externe risico's toenemen.

Tenslotte wordt stilgestaan bij de invloed van de organisatiestructuur op het interne budgetteringssysteem. In hoofdstuk 3 is verondersteld dat die geen rol speelt: de academische ziekenhuizen kennen een gelijksoortige organisatiestructuur. Echter de argumenten van de vorige paragraaf in beschouwing nemend, is het inderdaad niet de

5. De invloed van externe budgetparameters: het veldonderzoek

organisatiestructuur op hoofdlijnen die het onderscheid verklaart tussen budgetteringssystemen, maar wel de invulling van details ervan. Die hebben betrekking op de mate van kostendecentralisatie (punt c van paragraaf 5.3), alsmede op verdeling van de verantwoordelijkheden en daaruit voortvloeiende bevoegdheden ten aanzien van mutaties in het externe budget (punt d van dezelfde paragraaf). Deze laatste hangen weer sterk samen met de opvattingen op welke wijze sturing (punt a van dezelfde paragraaf) en beheersing (punt b van dezelfde paragraaf) het beste kunnen worden geëffectueerd. Echter aangezien deze factoren zowel de organisatiestructuur als het interne budgetteringssysteem beïnvloeden (waarbij het budgetteringssysteem kan worden gezien als een middel om de organisatiestructuur te effectueren waar het gaat om de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden), roept het de vraag op of de organisatiestructuur wel als een aparte contingente factor moet worden beschouwd waar het de verklaring van het interne budgetteringssysteem betreft. Bij de reflectie in paragraaf 11.3.2 wordt op dit punt teruggekomen.

5.5. Samenvatting

De invoering van de FB-systematiek in 1997 vormde voor geen van de academische ziekenhuizen aanleiding om de FB-parameters te gebruiken voor het opnieuw vaststellen van de budgetten van divisies en afdelingen. Noodzaak daartoe ontbrak vanwege het budgetneutraal invoeren van de systematiek, terwijl het tevens niet haalbaar werd geacht grote budgetverschuivingen tot stand te brengen. Budgetten van divisies zijn in belangrijke mate historisch bepaald. Ze worden vastgesteld op grond van het gerealiseerde budget van het voorgaande jaar waar vervolgens mutaties op worden aangebracht. De wijze waarop die mutaties tot stand komen en meer specifiek de rol die FB-parameters daarin spelen (mate van koppeling) verschilt echter per ziekenhuis en binnen een ziekenhuis per soort productie en/of kostensoort. Drie systemen kunnen worden onderscheiden, te weten het berekenen van extra kosten op basis van globale inschattingen van mutaties in benodigde productiemiddelen (I), het gebruik van productieparameters in combinatie met intern berekende prijzen (II) en het gebruik van productieparameters en de bijbehorende CTG-vergoedingen (III).

De keuze tussen die systemen blijkt niet te worden bepaald door het nastreven van verschillende doelstellingen die worden beoogd met het budgetteringssysteem, althans niet voor zover geformuleerd op een hoog abstractieniveau. Die zijn namelijk sterk eensluidend. Bovendien liggen die in het verlengde van de doelstellingen die de overheid nastreeft met de FB-systematiek. Veronderstelling (b), dat een sterkere mate van koppeling zal worden toegepast als de doelstellingen van het ziekenhuis sterk in het verlengde liggen van die van de overheid, gaat dus niet op: bij alle ziekenhuizen liggen de doelstellingen sterk in het verlengde van die van de overheid, maar toch maken ze onderscheid in de mate van koppeling. Onderdeel van die veronderstelling, dat een hoge mate van koppeling zal worden toegepast indien er naar wordt gestreefd discussies over het te voeren beleid te voorkomen, gaat gezien de lage score op deze doelstelling bij alle

5. De invloed van externe budgetparameters: het veldonderzoek

ziekenhuizen ook niet op. Wel blijkt het voorkomen (in de zin van het tegengaan) van discussies een belangrijke rol te spelen bij het besluit om een incrementele wijze van budgetteren toe te passen. Daarbij ligt het accent vooral op het vermijden van discussies over de middelenverdeling, niet over het te voeren beleid. Een nadere invulling van doelstellingen (zoals de visie op sturing en beheersing en het verstrekken van een reële vergoeding voor gemaakte kosten) en de beoordeling van de geschiktheid van het budgetteringssysteem om onder bepaalde condities die doelstellingen te bereiken, bepalen de systeemkeuze. Verder kunnen argumenten als het ondersteunen van de organisatieontwikkeling richting integraal (divisie)management en het creëren van een pragmatisch, transparant en eenvoudig budgetteringssysteem mede ten grondslag liggen aan de keus voor koppeling.

Opvallend is dat bij ziekenhuizen waar systeem III (koppeling) wordt toegepast bij de verdeling van middelen over divisies, diezelfde divisies dit systeem niet zonder meer kopiëren bij het budgetteren van hun afdelingen. Veel divisies kiezen er dan voor met name systeem I en in mindere mate systeem II toe te passen. Dat heeft te maken met het kunnen effenen van plussen en minnen van de budgettering volgens systeem III op divisieniveau, hetgeen op afdelingsniveau door de kleinere schaal niet mogelijk is. Bepaalde beleidsmatig gewenste zorgontwikkelingen komen niet van de grond als de vergoeding tekort schiet. Verder zitten managers bedrijfsvoering dichter op het zorgproces dan de RvB, waardoor zij beter kunnen inschatten voor welke activiteiten meer of minder middelen nodig zijn. De omvang van de onevenwichtigheden in de externe budgetparameters (de externe omgeving) en de kwaliteit van de informatievoorziening spelen hier dus als contingente factoren een rol.

De invloed van de externe omgeving als contingente factor blijkt conform het theoretisch raamwerk te worden bevestigd. De FB-parameters zijn vooral een nadrukkelijke rol gaan spelen als gevolg van de invoering van de nacalculatie. Beschouwd ziekenhuizen voorheen het externe budget als een zak met geld die intern verdeeld moest worden, door de toegenomen variabilisering van het externe budget als gevolg van nacalculatie en vergroting van het productiegebonden deel is men zich veel bewuster geworden van de relatie tussen externe en interne middelen. In de bestuurlijke afwegingen gaat geld dan een sterkere rol spelen. Eén ziekenhuis noemt zelfs de nacalculatie als expliciete reden voor het invoeren van koppeling. Bovendien is geld door de toegenomen financiële risico's veel nadrukkelijker een rol gaan spelen in discussies over de besturing en beheersing van de ziekenhuisactiviteiten. Bij ziekenhuizen die koppelen bestaat daardoor de behoefte die koppeling te intensiveren. Bij de andere ziekenhuizen nemen de discussies toe of koppeling niet noodzakelijk wordt vanuit beheersmatig oogpunt. Een en ander wordt mede beïnvloed door het risicoprofiel van het ziekenhuis, waar de academische profilering en de omvang van het eigen vermogen van invloed op zijn. Veronderstelling (c), dat toegenomen financiële risico's in combinatie met de noodzaak die te beheersen onder andere zullen leiden tot een sterkere mate van koppeling en het benadrukken van doelstellingen die betrekking hebben op financiële beheersing, blijkt hierdoor te worden bevestigd.

5. De invloed van externe budgetparameters: het veldonderzoek

Anders dan in het theoretisch raamwerk was verondersteld, speelt taakonzekerheid geen enkele rol. Veronderstelling (a), dat de mate van koppeling laag zal zijn bij een hoge mate van taakonzekerheid, terwijl een hoge mate van koppeling zal plaatsvinden bij weinig taakonzekerheid, blijkt niet op het niveau van divisies op te gaan. Dat de prijsbasis bij een hoge mate van koppeling vooral zijn ingegeven door de mate waarin CTG-vergoedingen aansluiten op de kosten van zorg, blijkt meer een uitgangspunt te zijn dat de RvB hanteert bij de budgettering van divisies. Er wordt vanuit gegaan dat de plussen en minnen tussen opbrengsten en kosten van diverse vormen van productie elkaar compenseren, zonder dat ook daadwerkelijk vaststaat dat daarvan sprake is.

Contingente factoren die niet in het raamwerk waren onderkend, maar wel invloed hebben op het interne budgetteringssysteem en/of de doelstellingen die er mee worden nagestreefd, zijn de kwaliteit van de informatievoorziening binnen het ziekenhuis, persoonsgebonden factoren, het graduele onderscheid in academisch zorgprofiel en het financiële weerstandsvermogen van het ziekenhuis.

5.6. Reflectie en consequenties voor de tweede onderzoeksfase

De bevindingen van de eerste onderzoeksfase vormen aanleiding aan bepaalde aspecten in de tweede onderzoeksfase nader aandacht te besteden. Dat betreft zowel inhoudelijke bevindingen als methodologische aspecten. Onderstaand volgt puntsgewijs een opsomming.

- Zoals gezegd hechten ziekenhuizen die sterk koppelen (systeem III) grote waarde aan het gelijkgericht zijn van interne en externe financiële prikkels, zowel vanuit het oogpunt van sturing als kostenbeheersing. Bij beide aspecten kunnen echter belangrijke kanttekeningen worden geplaatst. Zowel binnen de reguliere productie als binnen de topklinische productie kan de verhouding tussen vergoeding en (marginale) kostprijs sterk verschillend uitpakken. Bepaalde topklinische productie is bijvoorbeeld lucratief, terwijl andere verliesgevend is of zelfs helemaal niet wordt vergoed in een tarief. Het is dan maar de vraag of financiële prikkels de productiesamenstelling in dezelfde richting sturen als zorginhoudelijk gewenst is. Belangrijk is verder ook dat alle kosten met de vergoedingen worden gedekt, dus ook die van ondersteunende diensten. Tevens moet het budgetteringssysteem erin voorzien dat die diensten de middelen ter dekking van hun kosten ter beschikking krijgen (bijvoorbeeld via interne verrekening). Als niet aan die voorwaarden is voldaan, neemt het financieel risico voor het ziekenhuis juist toe. Daarom wordt in de tweede fase van onderzoek nadrukkelijk aandacht besteed aan de gevolgen van onevenwichtigheden in de externe budgettering voor de sturing en beheersing in het ziekenhuis.
- Een ander opvallend punt is de relatie tussen inhoudelijke sturing door de RvB en koppeling. Bij sommige ziekenhuizen wordt koppeling toegepast en effectueert de RvB sturing door middel van het maken van afspraken met de zorgverzekeraar.

5. De invloed van externe budgetparameters: het veldonderzoek

Andere ziekenhuizen geven aan dat de RvB eigen middelen nodig heeft om het beleid te kunnen effectueren. Aangezien het hier een essentieel punt betreft, namelijk de sturing in het ziekenhuis, zal ook aan dit punt nadrukkelijk aandacht worden besteed in de tweede onderzoeksfase.

- De invloed van persoonsgebonden factoren zal in de tweede onderzoeksfase nader worden belicht. Bestuurders kunnen de behoefte hebben discussies en conflicten met managers bedrijfsvoering en medische professionals van divisies te vermijden. Een sterke mate van koppeling biedt hen de mogelijkheid een ‘objectief’ verdeelsysteem toe te passen. Andere bestuurders hebben mogelijk de behoefte managers bedrijfsvoering en medische professionals sterker aan zich te binden. Zij zullen de relatie tussen (extra) activiteiten en middelen niet expliciet in rekenregels willen vatten en eerder kiezen voor weinig tot geen koppeling. Een invulling van hun rol kan ook worden bepaald door de feitelijke mogelijkheden die bestuurders hebben op grond van hun kennis van de complexe zorgverlening en de daarvoor benodigde middelen. Bestuurders die reeds langer deel uitmaken van de organisatie hebben vaak een uitgebreid netwerk van persoonlijke relaties met managers en medische professionals, hetgeen hen in staat stelt middelenaanvragen beter te beoordelen (en daarmee te bepalen) dan bestuurders met een kortere staat van dienst. Deze laatsten moeten noodzakelijkerwijs meer op afstand sturen en beheersen en vallen terug op de keus voor integraal management op divisieniveau met een daarop aansluitend budgetteringssysteem, zoals een hoge mate van koppeling (III).
- In de eerste onderzoeksfase is de financieel directeur gevraagd naar het door de RvB toegepaste systeem van budgetteren van divisies en de doelstellingen die daarmee worden nagestreefd. Hij wordt daarmee geacht namens de RvB te spreken. Dat de RvB zelf niet is geïnterviewd, heeft te maken met beperkingen in onderzoekstijd en -capaciteit. Bovendien lijkt die keus verantwoord gezien het inventariserende karakter van de eerste onderzoeksfase: het gaat om het verkrijgen van een adequaat beeld op hoofdlijnen. Vosselman (1992) stelt echter terecht dat aan die werkwijze bezwaren kleven: financieel directeurs kunnen andere doelstellingen nastreven dan de RvB, waardoor validiteitsproblemen kunnen ontstaan als zij, mogelijk onbewust, hun eigen doelstellingen nadrukkelijk voorop stellen bij het beantwoorden van interviewvragen. Een onderzoeks-aanpak met semi-gestructureerde interviews heeft wat dat betreft aantoonbaar voordelen: het biedt goede mogelijkheden door te vragen op bepaalde thema's. Een en ander neemt niet weg dat in de tweede onderzoeksfase ook de voorzitter van de RvB van het ziekenhuis van de gevalstudie zal worden geïnterviewd.
- In paragraaf 5.3 blijken de doelstellingen zoals gepresenteerd weinig discriminerende scores op te leveren tussen de academische ziekenhuizen. Veel doelstellingen worden als triviaal beschouwd. Besloten is daarom in de tweede onderzoeksfase wat terughoudender te zijn met het gebruik van dergelijke lijstjes en ze meer te gebruiken als een aanknopingspunt voor discussie. Verder verdienen sommige doelstellingen

5. De invloed van externe budgetparameters: het veldonderzoek

verduidelijking. Doelstelling 2, het verlagen van overheadkosten, bleek niet relevant en is in de tweede onderzoeksfase weggelaten. Doelstelling 3, het vergroten van flexibiliteit om beleidsmatig wenselijke productie te realiseren, is vervangen door de doelstelling 'het stimuleren van beleidsmatig wenselijke zorgproductie', teneinde inhoudelijke sturing nadrukkelijker als doelstelling naar voren te laten komen. In samenhang hiermee is doelstelling 9, het stimuleren van beleidsmatig (en/of) financieel interessante productie, gesplitst in de vernieuwde doelstelling 3 en 'het stimuleren van financieel interessante productie'. Om beter inzicht te krijgen in hoeverre ziekenhuizen koppeling toepassen teneinde zich te gedragen zoals door de overheid wenselijk wordt geacht (dus in lijn met de doelstellingen van de FB-systematiek), is een aparte doelstelling 'het zich zoveel mogelijk gedragen zoals in lijn is met de verwachting van de overheid' toegevoegd.

- Een belangrijke wijziging in de tweede onderzoeksfase is de grotere terughoudendheid die is betracht waar het gaat om vragen over de mogelijke gevolgen van DBC's. In de eerste onderzoeksfase is gebleken dat academische ziekenhuizen toch met enige afstand de ontwikkelingen op dit terrein volgen. Dat beeld is bevestigd tijdens de uitvoering van de tweede onderzoeksfase. De verwachting dat de divisies van de academische ziekenhuizen gezien het voortschrijden van de tijd ten tijde van de gevalsstudie nadrukkelijker met DBC's zouden worden geconfronteerd, bleek slechts in beperkte mate op te gaan. Niet alleen heeft dat te maken met vertragingen ten aanzien van de landelijke invoering van DBC's, ook werden in het ziekenhuis van de gevalsstudie de divisies nauwelijks bij deze materie betrokken. De afhandeling van de ziekenhuisverplichtingen dienaangaande (zoals het verstrekken van informatie) vond plaats door centrale stafdiensten. Er was slechts sprake van beperkte gedachtevorming omtrent dit thema bij de divisies en hun afdelingen, laat staan dat het zijn schaduw vooruit wierp op de interne budgettering. De consequentie is dat aan het thema bescheidener aandacht is besteed dan aanvankelijk was beoogd.

¹ De auteur is zich bewust van het feit dat de doelstellingen die financieel directeurs nastreven met het budgetteringssysteem niet per definitie gelijk zijn aan die van de RvB. Zie ook de opmerkingen van Vosselman (1992). Deze beperking moet bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten in acht worden genomen. Zie ook de genoemde consequenties voor de tweede onderzoeksfase zoals vermeld in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk.

² De kwalificatie van de scores is gebaseerd op de frequentie waarin bepaalde scores voorkomen. Laag = score 1 en 2, relatief laag = evenwichtige spreiding van scores 1, 2 en 3, gemiddeld = score 3, relatief hoog = evenwichtige spreiding van scores 3, 4 en 5 en hoog = scores 4 en 5 bij zeven van de acht ziekenhuizen. Indien één van de acht ziekenhuizen een sterk afwijkende score heeft dan wordt die buiten beschouwing gelaten bij deze kwalificatie, het gaat tenslotte om het beeld per systeem.

³ Ten behoeve van de leesbaarheid zal worden gesproken over productie-uitbreiding. Dezelfde redenering is van toepassing op productievermindering.

⁴ We zullen deze nieuwe factoren omwille van taalkundige eenvoud in eerste instantie ook aanduiden als contingent factoren. Bij de reflectie op de contingentietheorie in sub-paragraaf 11.3.2 wordt nader stilgestaan bij het onderscheid contingent versus beïnvloedende factoren.