

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.

6. Het ziekenhuis op weg naar control

6. Het ziekenhuis op weg naar control

In dit hoofdstuk zal een schets worden gegeven van het academisch ziekenhuis waar de gevalsstudie heeft plaatsgevonden. Eigenlijk bestaat het ziekenhuis als zodanig niet meer doordat de faculteit Medische Wetenschappen (Geneeskunde) van de betreffende universiteit en het ziekenhuis zijn geïntegreerd tot een zogenaamd medisch centrum. Omwille van redactioneel gemak zal toch in het vervolg worden gesproken van 'het ziekenhuis van de gevalsstudie'. Na het verstrekken van enkele gegevens over het ziekenhuis in paragraaf 6.1 zal in de rest van het hoofdstuk vooral een beeld worden geschetst van de 'control'-omgeving waarin het interne budgetteringssysteem van het ziekenhuis functioneert. Dat is vereist om de betekenis van dit systeem als instrument van management control te doorgronden. In paragraaf 6.2 wordt daartoe eerst de groeiende behoefte aan control geschetst. Vervolgens wordt in paragraaf 6.3 duidelijk gemaakt wie in de huidige situatie control uitoefent waar het gaat om sturing en beheersing. De wijze waarop de RvB probeert haar grip op de organisatie te vergroten, wordt geschetst in de paragraaf 6.4. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de reacties op deze ontwikkeling in paragraaf 6.5.

6.1. Beschrijving van het ziekenhuis van de gevalsstudie

Het ziekenhuis van de gevalsstudie bevindt zich in een grote stad, waarbij zich in de regio meerdere ziekenhuizen bevinden. De ziekenhuisorganisatie is per 1 januari 2001 gewijzigd onder aanvoering van een vernieuwde RvB. De organisatie kende een structuur met eenheden zoals verpleging, polikliniek, medisch-specialistische afdelingen die alle rechtsreeks werden aangestuurd door de RvB, daarbij geassisteerd door managers die bij elkaar behorende groepen afdelingen ondersteunden. De functionele organisatiestructuur wordt in 2001 veranderd in een structuur die patiëntengroepen als uitgangspunt heeft. Bovendien worden de faculteit en het ziekenhuis organisatorisch in elkaar geschoven en in de nieuwe organisatiestructuur ondergebracht. Deze bestaat voortaan uit centra waarin de uitvoering van de kerntaken patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek zijn ondergebracht (voor een beschrijving van centra zie het vervolg van deze paragraaf), onderzoeksinstituten en diensten, zoals huisvesting, die ondersteuning verlenen aan de centra en de onderzoeksinstituten.

Een belangrijke oorzaak van de verandering is de toenemende complexiteit van de zorgverlening. Voor steeds meer patiënten geldt dat zij met meerdere specialismen te maken krijgen, waardoor deze meer met elkaar moeten gaan samenwerken.

Zoals reeds is verantwoord in paragraaf 4.2 is het ziekenhuis van de gevalsstudie als object van dit onderzoek gekozen, omdat er binnen dit ziekenhuis een sterke mate van koppeling plaatsvindt bij de budgettering van centra door de RvB, terwijl die centra vervolgens op een onderling verschillende wijze hun afdelingen budgetteren. Zo past

6. Het ziekenhuis op weg naar control

bijvoorbeeld centrum A net als de RvB koppeling toe, terwijl centrum B dat juist niet doet. In tabel 6.1 is een aantal kerngegevens van beide centra vermeld.

Tabel 6.1 Kerngegevens centra A en B

Begroting 2003 (afgeronde getallen)	centrum A	centrum B
personeel in full-time equivalents	600	900
totaal exploitatiebudget (in euro's)	43 miljoen	72 miljoen
opnamen	5.900	4.700
dagverpleging (standaard + zwaar)	2.800	4.100
verpleegdagen	40.000	49.000
1 ^e polikliniekbezoeken	38.000	38.000

De centra worden door de RvB afgerekend op centrumniveau, niet op individueel afdelingsniveau. Centrum A speelde min of meer quitte in 2003, terwijl centrum B ca. 5 miljoen euro tekort kwam in haar exploitatie. Centra mogen exploitatieoverschotten reserveren tot een maximum van 3% (met ingang van 2004 1%) van hun exploitatiebudget. Zowel centrum A als B beschikken over een redelijke reserve per begin 2003 (zie paragraaf 7.5 voor nadere nuancering). Om investeringen te kunnen financieren heeft elk centrum een beperkt investeringsbudget.

Centrum A bestaat onder andere uit de specialismen neurologie, neurochirurgie, oogheelkunde en keel-, neus- en oorheelkunde (KNO). Centrum B bestaat onder andere uit de specialismen anesthesiologie en operatieve zorg (de operatiekamers oftewel OK's), cardiologie, heelkunde en orthopedie.

Een centrum bestaat uit de volgende afdelingen en eenheden:

- medisch-specialistische afdelingen, waarin per afdeling de medisch specialisten, artsen in opleiding, etc. van een bepaald specialisme vertegenwoordigd zijn. Een hoogleraar is afdelingshoofd. Hiërarchisch valt het afdelingshoofd onder de RvB.
- zorgeenheden (ook wel aangeduid als werkplekken), zijnde verpleegeenheden, poliklinische eenheden, OK-units, etc. waarin verpleegkundigen en ander paramedisch personeel zijn ondergebracht. Leidinggevende is het hoofd zorgeenheid, terwijl tevens een medisch werkplekmanager (een medisch specialist van een afdeling) mede verantwoordelijk is. Hiërarchisch valt het hoofd zorgeenheid onder de zorgmanager (zie hierna).

Bestuurlijk kent een centrum de volgende managementniveaus:

- een centrumbestuur, bestaande uit een voorzitter (een afdelingshoofd van één van de afdelingen van het centrum die voor die functie is gekozen), een voorzitter-elect (een waarnemer), een manager bedrijfsvoering en een zorgmanager. De centrumvoorzitter speelt een belangrijke rol, zoals een manager bedrijfsvoering schetst: "De centrumvoorzitter is volgens mij de belangrijkste rol. Want als management kun je nog zoveel voorwaarden scheppen, maar er is in de ziekenhuiswereld een medicus nodig, iemand als gelijke tussen alle anderen, die draagvlak moet hebben en

6. Het ziekenhuis op weg naar control

boodschappen moet overbrengen. Dat werkt. Want als ik daar ga staan, dan kan ik een geweldig verhaal hebben, maar ik ben toch niet een afdelingshoofd.” De manager bedrijfsvoering is verantwoordelijk voor beleid en beheer ten aanzien van de inzet van middelen als personeel, financiën, informatievoorziening, etc. De zorgmanager coördineert het beleid ten aanzien van zorgprocessen en de realisatie daarvan. Hij geeft in overleg met de afdelingshoofden leiding aan het management van de verpleegeenheden en van de andere zorgeenheden (zoals de polikliniek). Het centrumbestuur is verantwoordelijk voor de dagelijkse leiding van het centrum en voor de uitvoering van het beleid zoals dat is bekrachtigd door de centrumraad.

- een centrumraad waarin de leden van het centrumbestuur en alle afdelingshoofden zijn vertegenwoordigd. Voorstellen van het centrumbestuur worden hier bekrachtigd. Dit is het forum waarbinnen belangrijke beslissingen het centrum betreffende worden genomen.
- een managementteam (MT) per medisch specialisme, waarin vertegenwoordigd een afdelingshoofd (tevens voorzitter), de manager bedrijfsvoering van het centrum, de zorgmanager van het centrum en de hoofden van de zorgeenheden die in dienst staan van het betreffende medisch specialisme. Het managementteam geeft leiding aan de kerntaken van een bepaald specialisme, stemt de werkzaamheden van de betrokken afdeling en zorgeenheden op elkaar af en rapporteert hierover aan de RvB.

Besluitvorming welke betrekking heeft op een specifiek specialisme vindt dus plaats in het MT. Het centrum dient als platform om MT-overstijgend beleid te coördineren en te faciliteren. Bewust is niet gekozen voor de term divisie: het is geen hiërarchisch niveau zoals in paragraaf 6.4 zal worden verklaard. Wel worden de MT-rapportages aan de RvB gecoördineerd in de centrumraad en het centrumbestuur.

De manager bedrijfsvoering speelt in dit onderzoek naar interne budgetteringssystemen een belangrijke rol. Hij is als eerstverantwoordelijke voor de organisatie van financiën en middelen degene die primair het aanspreekpunt is voor het budgetteringssysteem binnen een centrum. Met deze functionarissen van beide centra hebben dan ook meerdere, uitgebreide interviews plaatsgevonden. Van belang voor het onderzoek is bovendien dat de beide personen die deze functie bekleden bij verschillende centra deze rol hebben vervuld. De manager bedrijfsvoering van centrum A is voorafgaand aan de centrumvorming in een soortgelijke functie sterk betrokken geweest bij de budgettering van de afdelingen van centrum B. Bovendien neemt hij de manager bedrijfsvoering van centrum B waar na diens vertrek uit de organisatie in februari 2004. De manager bedrijfsvoering van centrum B is korte tijd manager bedrijfsvoering geweest van centrum C en is voorafgaand aan de centrumvorming zes jaar betrokken geweest in een soortgelijke functie bij de budgettering van de afdelingen van centrum D. Zoals reeds aangegeven, werden toen ook met elkaar samenhangende afdelingen ondersteund door een manager. De beide managers zijn dan ook goed in staat ontwikkelingen binnen hun centrum in een breder perspectief te plaatsen.

6. Het ziekenhuis op weg naar control

6.2. De noodzaak van ‘control’

De laatste twee decennia zijn de ziekenhuizen in Nederland, alsook daarbuiten, als gevolg van economische ontwikkelingen hoofdzakelijk geconfronteerd geweest met een toenemende financiële druk op hun middelen. In paragraaf 2.4 is hier reeds het nodige over geschreven. Ook het ziekenhuis van de gevalsstudie heeft zich niet aan die ontwikkelingen kunnen onttrekken. Deze toegenomen druk op de middelen heeft de RvB er in het verleden niet van kunnen weerhouden voortdurend op het scherpst van de snede beleid te voeren. Zoals de voorzitter van de RvB in een intern personeelsblad betoogt: “Het ziekenhuis heeft nooit financiële reserves opgebouwd, omdat we de winst meteen hebben geïnvesteerd in nieuwe technieken en behandelingen. We hebben niets om op terug te vallen.” Er was een minimale omvang van het eigen vermogen beschikbaar voor het opvangen van kleine tegenvallers. De gedachte was dat in geval van ernstige tekorten er sprake zou moeten zijn van buitengewone situaties, voor welke risico’s de zorgverzekeraar of overheid wel als achtervang zou fungeren.

Dat beleid is het ziekenhuis opgebroken. De zich terugtrekkende overheid en de verzakelijkende zorgverzekeraar voelen zich niet sterk geroepen om financiële problemen voor het ziekenhuis op te lossen. En die problemen hebben zich de afgelopen jaren aangediend. Het ziekenhuis heeft diverse tegenslagen gekend. Kosten zijn hoger uitgevallen als gevolg van personeelstekorten (waardoor duur personeel moest worden ingehuurd) en verbouwingen. Er waren tegenvallers bij de integratie met de faculteit Medische Wetenschappen (Geneeskunde). Opbrengsten vielen tegen als gevolg van stagnerende productie door personeelstekorten en problemen op de OK (operatiekamer) en IC (intensive-care). Dit heeft geleid tot exploitatietekorten, waardoor de toch al krappe vermogenspositie verder is verslechterd. De indruk van de lokale zorgverzekeraar dat er regionaal voor bepaalde zorg overcapaciteit bestaat en het feit dat deze organisatie zelf slecht bij kas zit, maken het er voor het ziekenhuis van de gevalsstudie niet gemakkelijker op haar financiële positie te verbeteren door middel van bijvoorbeeld productie-uitbreiding. Slechts beperkte en selectieve groei is toegestaan, doordat het boter-bij-de-vis principe door de lokale zorgverzekeraar sterk aan banden wordt gelegd. Tenslotte ziet het ziekenhuis zich ook nog geconfronteerd met een daling van onderzoeksgelden, doordat diverse landelijke stichtingen en fondsen het ziekenhuis ‘een jaartje overslaan’ of sommige subsidies schrappen. De directeur van een intern onderzoeksinstituut merkt op: “Dit past heel duidelijk in het beeld van een steeds meer krimpende 2^e en 3^e geldstroom.”

Dit financieel niet rooskleurige beeld en het ontbreken van perspectief op verbetering maken dat de RvB het langzaam maar zeker als onvermijdelijk is gaan beschouwen, naast het opleggen van omvangrijke bezuinigingen, haar grip op de organisatie te verstevigen. Dat komt ook tot uitdrukking in haar veranderende houding ten aanzien van het gebruik van budgetten, zoals zal worden beschreven in paragraaf 7.4. Lange tijd is de RvB coulant geweest ten aanzien van budgetoverschrijdingen. Om haar houding, positie en mogelijkheden tot ‘control’ te begrijpen, wordt in de volgende paragraaf eerst uitvoerig

6. Het ziekenhuis op weg naar control

stilstaan bij de verschillende partijen die invloed uitoefenen op de realisatie van kerntaken binnen het ziekenhuis.

6.3. De mate van ‘control’: wie bepaalt?

Teneinde de betekenis van het budgetteringssysteem als controlinstrument adequaat te kunnen positioneren, is het van belang vast te stellen welke invloed verschillende partijen uitoefenen in het ziekenhuis van de gevalstudie. Waar het gaat om sturing en beheersing spelen de medische staf (de afdelingshoofden), de RvB, het centrumbestuur, de zorgverzekeraar en de overheid een bepaalde rol.

Op de vraag of afdelingshoofden c.q. medisch specialisten wel of niet hun zorg kunnen sturen, antwoordt een afdelingshoofd: “Jawel. Ik krijg vanuit het hele land patiënten met specifieke problemen X. En als je probleem Y hebt, kun je ook bij mij terecht. Dat weet iedereen. En dat komt omdat je gewoon voor jezelf een profiel gemaakt hebt van je wetenschappelijke, klinische werk.” Oftewel, hun specifieke topreferente profilering zorgt ervoor dat bepaalde zorgvraag zich bij medisch specialisten aandient. Ook het feit dat bepaalde zorgproductie in korte tijd kan worden opgevoerd, laat zien dat medici de zorgproductie kunnen beïnvloeden. Een centrum geeft bijvoorbeeld in haar kwartaalrapportage aan dat het is gelukt lagere OK-gerelateerde productie (als gevolg van problemen met de OK) te compenseren met niet-OK-gerelateerde productie. De sturing wordt vooral ook bepaald door de mate waarin men bepaalde zorgvraag wel of niet wenst te faciliteren in het kader van bovengenoemde profilering. Ook andere instrumenten worden toegepast, zoals de mate waarin bepaalde productiecapaciteiten zoals spreekruimte worden aangeboden aan specifieke patiëntengroepen. Met name wordt op die wijze gestuurd in de electieve, dat wil zeggen de planbare (niet-acute) zorg. Het ziekenhuis zelf kan echter ook in de acute zorg sturen door het aantal bedden voor spoedopvang te beperken of uit te breiden. Ondanks deze mogelijkheden van beïnvloeding hebben afdelingshoofden soms ook geen verklaring hoe de zorgvraag verloopt. Zoals een afdelingshoofd stelt: “We zijn in opnames gehalveerd. Op een of andere manier zijn we dat razendsnel aan het inhalen. Als we dit jaar draaien zoals we nu draaien, dan zitten we zo weer op het oorspronkelijke niveau. Merkwaardig dat dat kan. Als je mij nou vraagt: waar blijven al die patiënten? Ja, Joost mag het weten. Door heel Nederland.”

Inhoudelijk bepalen de medici in sterke mate het beleid, zoals de financieel directeur stelt: “Uiteindelijk is natuurlijk de staf (bedoeld wordt de medische staf, BC) leidend voor wat er gebeurt. Als je het heel nuchter beschouwt, dan is de RvB faciliterend ten behoeve van de medische kern. De medicus bepaalt uiteindelijk welke patiënt hij ziet, hoe hij deze behandelt, wat hij daarvoor nodig heeft. Dat hij niet altijd krijgt wat hij wil, dat is natuurlijk een krachtenspel. We spreken altijd over ruimten en middelen en daar speelt de RvB voor een deel een rol in, maar voor een deel spelen die discussies zich ook af binnen de afdelingen en daar merkt de RvB helemaal niks van. Dat ze zelf beslissen: Pietje neemt ontslag en laten we dit maar helemaal niet meer gaan doen en laten we dat gaan doen. Dat

6. Het ziekenhuis op weg naar control

heeft niemand in de gaten. En als je je opnamen in stand houdt, dan is het bedrijfsbureau ook tevreden, want dan is het budget weer binnen.” Hij schetst in dit verband hoe ver zelfs individuele artsen daarin kunnen gaan: “D’r kan iemand opeens een polispreekuur beginnen en ineens wordt er een cohort patiënten aangetrokken. Waar zelfs de hoogleraar (het afdelingshoofd, BC) niets van weet! Dat iemand ge-sub-specialiseerd is en dat gewoon doet. Zo en-detail gaat de sturing natuurlijk niet. Een dokter stuurt de patiënten die hij krijgt. Hij zegt tegen de juffrouw die de afspraken maakt: die categorie wil ik steeds minder en die steeds meer: hij zet de deur gewoon open. (...) Dat is een soort zelfinvullend vermogen. En daar zit geen RvB tussen. Ook geen manager bedrijfsvoering. Dat wordt gewoon inhoudelijk door die mannen en vrouwen zelf bepaald. (...) Maar binnen begrotingen kunnen dat soort dingen. Dáár (bij de dokters, BC) gebeurt het, daar komen dingen tot stand, daar groeien dingen. Op een gegeven ogenblik kan het zijn dat je daar geld op tekort komt, dan komt het de RvB ter ore. Dan doe je het al jaren (‘hele goeie zaak, speerpunt van Nederland’; de financieel directeur speelt hier de specialist die zijn beleid verdedigt, BC).”

Uit deze citaten komt naar voren dat afdelingen een grote mate van substitutievrijheid is toegestaan waar het patiëntencategorieën betreft. Zowel de RvB als de zorgverzekeraar sturen met name op het totaal aan externe budgetparameters en in veel mindere mate op specifieke patiëntengroepen. Zoals de financieel directeur zelf stelt: “Binnen budget kan je schuiven wat je wilt.” De manager bedrijfsvoering van centrum B geeft aan: “In principe maken wij in het managementcontract een afspraak van: het centrum doet 4.700 opnames, waarvan 2.500 voor specialisme A is, en 800 voor specialisme B. En of dat (in de realisatie, BC) nou 50 meer is voor de ene en 50 minder voor de andere, dat is niet het probleem.” Hij voegt daaraan toe dat de RvB in het overleg met de zorgverzekeraar vooral wordt afgerekend op de mate waarin het totale aantal afgesproken opnamen daadwerkelijk is gerealiseerd. We stellen: “Je zou bij een bepaald specialisme een forse groei kunnen hebben en bij een ander specialisme een forse daling, dat compenseert elkaar.” De manager bedrijfsvoering reageert daarop met: “Nou, dan zou ik zeggen: dat is mooi. Als het niet al teveel interfereert met andere dingen, dus opleiding (hij bedoelt: mits de volumes maar zo substantieel blijven per specialisme dat er adequaat kan worden opgeleid, BC).” Uit het volgende voorbeeld blijkt dat zelfs een beleidsmatige verschuiving met name in het licht van financiële consequenties wordt bekeken. Dezelfde manager bedrijfsvoering vertelt: “Specialisme A heeft zeg maar 300 opnames te weinig gemaakt, ze heeft 900 dagopnames meer gemaakt, maar met de verhouding 1 op 3 (bedoeld wordt de financieringsverhouding dagopname - klinische opname, BC) is dat tekort als gevolg van minder opnamen gewoon weg. Dat is gewoon prachtig.” We confronteren hem met het beleidsmatige karakter van die verschuiving: “Maar dan zijn die 300 klinische opnamen wel een ander soort patiënten dan die dagopnamen?” Antwoord: “Ja, absoluut. (...) Voor de verzekeraar is dat geen probleem, want **een patiënt is een patiënt** (nadruk toegevoegd). Voor ons zelf is dat in die zin wel een probleem dat wij natuurlijk een bepaalde mix nastreven tussen ‘simpele’ zorg, want die bestaat natuurlijk niet, en wat complexere zorg waarvan we denken: dat moet eigenlijk hier gebeuren.”

6. Het ziekenhuis op weg naar control

Oftewel: de zorgverzekeraar, de RvB en de manager bedrijfsvoering hanteren vooral een financiële bril bij het beoordelen van ontwikkelingen in patiëntenstromen. Binnen sluitende financiële kaders en het vervullen van de academische functies hebben medisch specialisten veel vrijheid ten aanzien van het zorginhoudelijke beleid. Dat is in die zin verklaarbaar dat zij ook de deskundigen bij uitstek zijn waar het gaat om inhoud. Bovendien hebben zij sterke historische rechten, gesteund door maatschappelijke opvattingen. Die stellen de noden van de patiënt centraal en daarmee ook degenen die deze noden lenigen, namelijk de medische professionals. In de wijze waarop de zorg voor de invoering van de budgettering in de jaren 80 werd gefinancierd klinkt dat ook door: de zorg werd verleend, waarna de rekening werd betaald. Een beroep op zorgplicht geeft de medisch specialist nog veel macht: het is maatschappelijk 'not done' patiënten te weigeren of hen adequate zorg te onthouden. De politieke beladenheid van wachtlijsten zegt wat dat betreft voldoende. Verder wordt ook door de RvB onderkend dat het belangrijk is medische professionals speelruimte te geven. En anders wordt hun dat belang wel onder de neus gedrukt, zoals een medewerker schetst: "Sommige afdelingshoofden hebben ook echt wel een bepaalde status: 'en als je dat niet doet, dan ga ik naar een ander ziekenhuis.' Dat wil je dan ook niet. Want die heeft een goede naam en straalt mooi onderzoek uit. Officieel gaat alles via het centrum, maar er zijn echt wel afdelingshoofden die af en toe even de RvB boos bellen. En de RvB heeft dan zoiets van: die willen we niet boos hebben." Een medewerker stelt: "Ze (de RvB, BC) willen graag sturen op inhoud, maar dat is lastig, want dan moet je tegen die dokter gaan zeggen wat hij moet doen." De financieel directeur constateert tot zijn eigen verbazing: "Hoe meer je het benadrukt, hoe meer je bedenkt: wat weten we (als bestuur, BC) eigenlijk weinig. Waarop moet je een ziekenhuis besturen? Als je er heel nuchter naar kijkt, dan is het een ongelooflijke zelforganiserende tent voor hele grote dingen."

Dat zelfsturend vermogen komt met name ook in het volgende tot uitdrukking. Om hun eigen beleid te effectueren, bezitten afdelingshoofden een krachtig financieel instrument. Velen beschikken namelijk over aanzienlijke hoeveelheden onderzoeksmiddelen, verkregen uit 2^e, 3^e en 4^e geldstromen (zie paragraaf 2.2). Deze middelen zijn buiten het ziekenhuis ondergebracht in aparte stichtingen waarover de afdelingshoofden zelf het beheer voeren. Zoals een medewerker schetst: "De professor die gespecialiseerd is in aandoening X, die beheert zelf de stichting X. En die maakt regelmatig geld over naar zijn eigen onderzoekspotjes. Nou ja, ik ben wel overtuigd dat het verder allemaal netjes en integer gaat hoor. Maar hij volgt daar absoluut zijn eigen lijn in, natuurlijk. (...) Hij bepaalt gewoon wat er gebeurt. Ja, dat is voor hen natuurlijk ook de sjeu om hier te zitten, om het zo te regelen. Lekker zelfstandig en 'ik regel mijn eigen dingen'." Ook wordt geschetst dat het ziekenhuisbudget van de betreffende afdeling en de stichtingsbudgetten functioneren als communicerende vaten. Zo wordt een tekort op het afdelingsbudget aangezuiverd vanuit het stichtingsbudget, waarschijnlijk tegen de achtergrond dat het tekort is ontstaan wegens middelenverbruik voor onderzoek. De financieel directeur bevestigt deze situatie en geeft aan dat de zeggenschap over de stichtingsbudgetten gevoelige materie is. Een afdelingshoofd verklaart in dit verband: "Wij willen dat ook graag toch, dat is ook een beetje paranoïde, in eigen beheer houden. We hebben ook

6. Het ziekenhuis op weg naar control

allerlei eigen stichtinkjes. De RvB probeert daar nu ook terecht wel een vinger achter te krijgen van hoe zit dat allemaal. Die mensen worden ook niet bij die stichting aangesteld, maar bij het ziekenhuis en vervolgens staat de betreffende stichting borg voor 3 jaar salaris van een artsonderzoeker. Maar de stichting heeft dat geld verworven en beheert dat ook en zo gaan we d'r wel mee om.”

Het belang van deze geldstromen is groot. Zoals een medewerker stelt: “Dat is natuurlijk toch waar onderzoekers het van moeten hebben.” Ook een afdelingshoofd ervaart dat hij zijn onderzoek alleen uit die middelen bekostigt als we hem confronteren met het feit dat ook in zijn afdelingsbudget middelen voor onderzoek zitten: “Geen cent krijg ik van het ziekenhuis. Ik krijg geen cent van de universiteit. Nee. (...) Daar zie je niks van terug. Je bent als hoofd van de afdeling een groot deel van je tijd bezig om geld bij elkaar te harken. 2^e geldstroom, 3^e geldstroom, 4^e geldstroom. Dat is ook een beetje je taak. Je moet poppetjes proberen te kopen. Van het ziekenhuis krijg je niks. Ja, je krijgt het gebouw, apparatuur en spuitjes en noem maar op. Maar daar wordt ook voor betaald (...) en dan kun je aan de slag.”

De invloed van deze middelen op het beleid is groot, zoals een medewerker aangeeft: “Heel veel dingen gebeuren nog steeds ad-hoc. Een bepaalde onderzoekslijn of bepaalde werkzaamheden zijn vaak aan bepaalde hoogleraren gekoppeld die een bepaalde interesse hebben. Dan kan je wel meerjarenbeleid bedenken, maar wil je ze plotseling een subsidie geven omdat je een bepaald onderzoek graag wilt subsidiëren, nou, dan gaan we dat toch doen in de praktijk. (...) Als dan op een gegeven moment het NWO bedenkt dat aandachtsgebied X extra belangrijk is, dan schrijft het NWO een subsidieronde uit voor dergelijke projecten. Dan gaan we daarop inschrijven en als we daar geld voor krijgen, gaan we dat project doen. Ik denk niet snel dat ze zullen zeggen: nou ja, het valt niet binnen ons zwaartepunt.”

Aangezien deze geldstromen het onderzoek bepalen, hebben belangengroepen dus ook belangrijke invloed op het onderzoek van academische ziekenhuizen. Dat leidt tot verschillen tussen specialismen en patiëntengroepen. Zoals een medewerker stelt: “Het aantrekken van sponsorgelden gaat voor het ene specialisme ook beduidend gemakkelijker dan voor het andere. Heb je dermatologie: dat scoort niet in Nederland. Misschien de psoriasisvereniging nog een beetje. Maar als je het hebt over suikerziekte, of hart- en vaatziekten, of kanker, moet je eens zien hoeveel miljoenen die binnen halen.”

Is de invloed van medici groot op het ziekenhuisbeleid, de RvB staat niet helemaal met lege handen. Zij besluit bepaalde hoogleraren met specifieke kwaliteiten en zorg- en onderzoeksaccenten wel of niet aan te stellen en bepaald beleid wel of niet financieel te faciliteren. Zoals de financieel directeur schetst: “Kijk, je beslist een keer of je specialisme A binnen gaat halen. Dat is wel toen vanuit de RvB enorm gestimuleerd. (...) Dan bepaal je als RvB wel degelijk wat er gebeurt. Daarbij worden ze wel enorm gepushed door bepaalde specialisten (‘dat zouden wij ook moeten hebben’), ja, dat gebeurt. (...) Maar in dit soort gevallen heeft de RvB behoorlijk wat te vertellen.” Ook uit dit betoog blijkt de invloed van de medische professionals. Signalen uit de centrumbesturen geven eveneens aan dat het drukken van een stempel op het ziekenhuisbeleid door de RvB moeilijk is: “Ik heb nog wel de behoefte aan iets meer

6. Het ziekenhuis op weg naar control

kaders, maar goed, ik vraag me af of dat kan, dat ook de RvB zegt: jongens, dit is wat wij als visie hebben en daarbinnen blijven jullie.” En: “Er zal in elke organisatie wel wat spelen, maar als ik het vergelijk met niet-gezondheidszorg, dan is het toch vaak zo dat de RvB daar veel meer lijnen kan uitzetten en volgen, in ieder geval sneller beslissingen kan nemen.” Ook het management van de centra kan moeilijk beleid uitvaardigen in geval er sprake is van tegengestelde belangen van afdelingen binnen het centrum. Zoals de financieel directeur aangeeft over de wijze van besluitvorming binnen een centrumraad: “Dan ga je over je collega’s iets zeggen. Dat is niet gewoon in de gezondheidszorg, tenminste niet in een ziekenhuis. Dat is heel moeizaam.” Dat komt ook tot uitdrukking in de sturing door het management. Zoals voorgaande citaten aantonen, sturen zowel de RvB als de centrumbesturen op het totaal van externe budgetparameters en niet op individuele patiëntencategorieën. Die vrijheid ligt binnen de financiële afdelingskaders bij de medische professionals. Wel probeert de RvB die keuzes te beïnvloeden via diverse instrumenten van control, zoals zal blijken in de volgende paragraaf. Een zorgmanager vat het als volgt samen: “Het is niet helemaal waar dat alleen maar laag in de organisatie gekozen wordt. Het is ook niet waar dat er alleen maar hoog gekozen wordt. Het is toch een samengaan van.”

Waar het gaat om financiële kaders is de invloed van de zorgverzekeraar bijzonder groot. Deze bepaalt tevens de grenzen van het beleid. Zoals een medewerker schetst: “Als je iets nieuws wilt doen zonder dat je er extra geld voor vraagt, is het het afdelingshoofd dat bepaalt. Op het moment dat een afdelingshoofd iets nieuws wil dat extra geld kost, dan verwijst de RvB hem direct door naar de verzekeraar. En de verzekeraar is maar op heel weinig punten genegen om mee te gaan. Wel als het voor de verzekeraar ook publiek interessant staat om daarin mee te gaan.” De zorgverzekeraar heeft ook financiële belangen die haar ertoe aanzetten sterker invloed op de zorgproductie van het ziekenhuis uit te oefenen. Vanuit het oogpunt van winstmaximalisatie zal zij streven naar zo hoog mogelijke opbrengsten en zo laag mogelijke kosten. De opbrengsten, i.c. de premies van haar verzekerden, kan zij proberen te vergroten door het ziekenhuis zorg te laten realiseren die ‘scoort’ bij potentiële verzekeringsnemers. Dat is met name zorg waarvoor wachtlijsten gelden. Een zorgmanager stelt in dit verband: “Waardoor word je als verzekeraar populair? Doordat je je klanten binnen twee weken kan helpen.” Een medewerker voegt daar aan toe: “De verzekeraar is natuurlijk niet geïnteresseerd in ingrepen die drie keer per jaar voorkomen.” Verder staat zij ook groei toe in de WBMV-productie waarvan de kosten voor het grootste gedeelte worden afgewenteld op andere zorgverzekeraars, zoals hierna nader zal worden toegelicht. Ook productie waar sterke maatschappelijke groeperingen belang bij hebben, wordt ontzien. Zoals een medewerker opmerkt: “Kijk, als jij op een gegeven ogenblik zegt: we doen geen dotters meer, dan krijg je de hartstichting over je heen. Nou, dat wil je niet als verzekeraar.” Oftewel, wachtlijsten en belangengroepen dicteren mede het beleid van de zorgverzekeraar. Voor het overige kan de verzekeraar de kosten proberen te drukken door zo weinig mogelijk groei toe te staan in de productie en daaraan gerelateerde externe budgetten van ziekenhuizen. Ze wordt daartoe ook gedwongen door de inkomenspolitiek van de overheid die een rem probeert te zetten op de groei van de ziektekostenpremies. Dat het hierbij vooral om

6. Het ziekenhuis op weg naar control

financiële sturing gaat, laat de grote mate van substitutievrijheid tussen verschillende patiëntencategorieën zien. Verder oefent de zorgverzekeraar grote invloed uit op zorginhoudelijke keuzes van het ziekenhuis door te besluiten bepaalde productie wel of niet te financieren.

Opmerkelijk is in dit verband het onderscheid dat zorgverzekeraars maken tussen reguliere en topklinische (WBMV-)productie. Ten aanzien van die laatste categorie wordt een ruimhartige groei toegestaan. Die patiënten zijn meestal niet verzekerd bij de lokale zorgverzekeraar, maar wonen vaak gespreid over heel Nederland. De WBMV-productie leidt daardoor tot een 'betere schadelastverdeling over verzekeraars', om het in de meer eufemistische termen van een intern ziekenhuisdocument te stellen. Er vanuit gaande dat elke verzekeraar een dergelijke opstelling kiest, stimuleert dat topklinische zorg ten koste van reguliere productie. Want, zoals een manager bedrijfsvoering stelt: "daarin mogen we als ziekenhuis in principe onbeperkt groeien, ware het niet dat VWS zegt: als jullie meer dan 2% groeien in totaal, gaan we dat ook afromen. (...) Dus stel je doet 1% in geld stijging reguliere productie, dan zouden we bij wijze van spreken 3% stijgen in bijzondere productie. Er vanuit gaande dat dat in geld hetzelfde is, dan stijgen we in totaal 2% en dat is dan het maximum dat VWS aangeeft." Dat de WBMV-productie zich op een soepeler behandeling door de zorgverzekeraar mag verheugen, heeft niet alleen te maken met de financiering ervan, maar ook met het feit dat deze productie vaak betrekking heeft op wachtlijsten en/of door sterke lobbygroepen wordt bepleit, zoals reeds eerder is betoogd. Dat ziekenhuizen wel oren hebben naar deze topklinische productie wordt in belangrijke mate bepaald door het feit dat de vergoedingen ervan vaak hoger zijn dan de marginale kosten. De oorzaak daarvan is dat aan de tarieven berekeningen van de ziekenhuizen zelf ten grondslag liggen. Alle, ook vaste, kosten zijn daarin meegenomen en op die vaste kosten kunnen bezettingsresultaten worden gerealiseerd. Verder lopen deze tarieven vaak achter bij medisch-inhoudelijke ontwikkelingen, hetgeen zowel gunstig als ongunstig kan uitpakken. De financieel directeur stelt in dit verband: "Rekenregels passen zich wat traag aan. Weliswaar zijn er aanpassingen vanwege nieuwe (efficiëntere) techniek, maar die zijn nog altijd redelijk." Hij wijst op een andere belangrijke reden waarom bepaalde productie gunstige tarieven kent: "Die is politiek gevoelig en daar is dik geld bijgekomen."

De invloed van de overheid is in die zin groot dat het de mogelijkheden van de zorgverzekeraar bepaalt waar het gaat om de hoogte van de ziektekostenpremies. Daarmee dicteert de overheid indirect de ontwikkelingsmogelijkheden van een ziekenhuis. Verder speelt de overheid een belangrijke rol bij de tariefvaststelling door het CTG op basis waarvan de vergoeding van de zorg plaatsvindt. Dat de hoogte van die tarieven grote invloed heeft op de beslissingsprocessen binnen het ziekenhuis zal in de volgende hoofdstukken blijken.

Geconcludeerd kan worden dat afdelingshoofden (hoogleraren) en in meer algemene zin medische professionals grote invloed hebben op het zorginhoudelijke beleid. Ze oefenen invloed uit op de formulering van het beleid op hoofdlijnen. Zij brengen wenselijk geachte ontwikkelingen onder de aandacht van de RvB en proberen haar, mogelijk met wat

6. Het ziekenhuis op weg naar control

pressie, te bewegen voor die ontwikkelingen middelen beschikbaar te stellen. Aangezien sturing door zowel de RvB als de zorgverzekeraar in belangrijke mate nog op het totaal aan externe budgetparameters plaatsvindt, bestaat er voor afdelingshoofden veel speelruimte om eigen accenten te leggen. Wel is de invloed van de zorgverzekeraar in die zin groot, dat zij de totale beschikbare middelen voor het ziekenhuis limiteert en voor bepaalde productie specifieke afspraken maakt. Dat stelt nadrukkelijke grenzen aan productiegroei en beleidsontwikkeling. Speelt de overheid ook een belangrijke rol met haar invloed op ziektekostenpremies en tariefsbepalingen, het is toch met name de zorgverzekeraar die met de hand aan de portemonnee in de lokale onderhandelingen sterke invloed uit kan oefenen op het ziekenhuisbeleid.

6.4. Instrumenten van ‘control’

Werd in de vorige paragraaf geconcludeerd dat een groot deel van het beleidsmatige speelveld nog steeds het domein is van medisch specialisten, de RvB probeert steeds meer terrein op hen te veroveren. Ze heeft daarvoor met name de eerder genoemde financiële redenen. Zoals de financieel directeur stelt: “De invloed van de RvB laat zich natuurlijk ook weer gelden nu we tekorten hebben. Daar moet ingegrepen worden. Er wordt ingegrepen nu. En dat is wel de RvB die dat doet.” Hierna wordt een aantal controlmaatregelen besproken die in het ziekenhuis van de gevalstudie zijn doorgevoerd en die in zekere zin als typerend kunnen worden beschouwd voor het proces dat veel (academische) ziekenhuizen het laatste decennium hebben doorgemaakt.

In 2001 is een nieuwe bestuursvoorzitter aangetrokken en is de samenstelling van de RvB veranderd. Dat drukt een stempel op het beleid dat wordt gevoerd. Onder deze voorzitter is de eerder genoemde wijziging in de organisatiestructuur doorgevoerd. Opmerkelijk in dit verband is dat bewust voor de benaming centrumvorming is gekozen en niet divisionalisering. Dat laatste veronderstelt veel macht van het divisie management, terwijl de medische staf gebrand was op het behoud van autonomie van individuele afdelingen. Zoals een medewerker het verwoordt: “Er is een anti-beweging geweest in divisievorming in het begin. Dat moest het toch absoluut niet worden. Het stafbestuur heeft behoorlijk de hakken in het zand gezet. Er is dus (als compromis) een centrumvorming uitgekomen met heel veel divisietrekjes. En die divisietrekjes ontwikkelen zich in het ene centrum sterker dan in het andere, maar dat is mijns inziens ook gewenst. En het zal ook wel doorevoluen naar divisies waarin veel meer gericht (bedoeld wordt: inhoudelijk gestuurd, BC) gaat worden.” Onderdeel van dit kantelingsproces is de integrale managementverantwoordelijkheid van centrumbesturen en met name afdelingshoofden. Medisch specialisten bepalen immers welke zorgactiviteiten moeten worden uitgevoerd en zijn daarmee niet alleen verantwoordelijk voor de zorgverlening aan de patiënt, maar ook voor de kosten die daarmee gepaard gaan. Tevens worden ze mede verantwoordelijk gemaakt voor de zorgeenheden, aangezien de activiteiten die daar plaatsvinden niet alleen betrekking hebben op de patiëntenzorg, maar ook op de kerntaken onderwijs en onderzoek. Hun verantwoordelijkheden worden vastgelegd in competentieprofielen. Om

6. Het ziekenhuis op weg naar control

hun integrale managementverantwoordelijkheid te dragen, worden management developmenttrajecten opgezet en worden medisch specialisten bijgestaan door managers. Om de besturing te effectueren, wordt de planning & control cyclus ingevoerd op basis van het INK (Instituut Nederlandse Kwaliteit)-model. Het wordt aan elk centrum zelf overgelaten de wijze van budgettering van de afdelingen vorm te geven. Meer recente stappen in het proces zijn het niet langer budgetteren van personeel in formatie, maar in geld. Als onderdeel van integraal management worden afdelingen daarmee niet alleen verantwoordelijk voor de volume-, maar ook de prijscomponent van personeel. Centra kunnen daarmee ook verantwoordelijk worden gesteld voor kostenstijgingen in de personeelslasten, waar nu centraal een oplossing voor moet worden gevonden. Daar staat voor de centra tegenover dat meer bestedingsflexibiliteit ontstaat en kostenbewustheid wordt beloofd. Verder wordt met ingang van 2004 de maximale omvang van toekomstige centrumreserves gelimiteerd op maximaal 1% van het totale exploitatiebudget in plaats van voorheen 3%. Door zelf middelen naar zich toe te trekken c.q. centra omvangrijke reserves te onthouden, wil de RvB haar grip op inhoudelijke beleidskeuzes vergroten.

Onderdeel van de planning & control cyclus en het integraal management denken is het evalueren van de wijze waarop afdelingshoofden hun taak vervullen door de RvB in zogenaamde jaargesprekken. Dat deze door de RvB en niet door de centrumvoorzitter worden gehouden, vormt een bevestiging van de autonomie van een afdeling en beperkt de macht van het centrumbestuur. Alhoewel afdelingshoofden enerzijds positief tegenover deze gesprekken staan (ze zien het als mogelijkheid om hun noden bij de RvB onder de aandacht te brengen en aan hun functioneren betere beloningen te koppelen, zo blijkt uit interne personeelsbulletins), anderzijds roept het ook weerstand op. Met name betreft dit het toepassen van zogenaamde 360-graden feedback. Zowel collega medisch specialisten als andere zorgmedewerkers 'rondom' (360-graden) het afdelingshoofd kan informatie worden gevraagd over diens functioneren.

Ook tracht de RvB meer inzicht te krijgen in de kosten en opbrengsten van de diverse kerntaken van afdelingen. Dat inzicht is slecht ontwikkeld, maar wel steeds meer vereist zoals de financieel directeur stelt: "Als je middelen wilt realloceren, dan moet je toch weten waar dat geld zit." Een belangrijke stap in dit verband is de vervanging van het financieel informatiesysteem dat volgens de financieel directeur "oud" is. Verder probeert de RvB afdelingshoofden te bewegen inzicht te geven in hun stichtingen met onderzoeksgelden en deze zelfs op te geven. In de vorige paragraaf is op het belang van die stichtingen ingegaan. Een manager bedrijfsvoering geeft aan dat er bij de afdelingshoofden weinig animo is, want wat hebben ze te winnen met het geven van dat inzicht? Toch heeft de RvB veel belang bij het krijgen van zicht op de kosten die ten laste van het afdelingsbudget, i.c. ziekenhuisbudget worden geboekt en welke ten laste van de stichtingsbudgetten. De indruk bestaat dat 'creatief' wordt omgegaan met budgetten en dat afdelingshoofden proberen hun faciliteiten voor onderzoek maximaal op orde te houden. Dat leidt er toe dat de financiële problemen van het ziekenhuis worden versterkt. De afdelingshoofden roepen daarmee de bezuinigingsmaatregelen die op hun afdelingsbudgetten worden toegepast, mede over zichzelf af. Deze maatregelen, tesamen met het opheffen van afdelingsreserves (zie paragraaf 7.5) versterken echter ook het

6. Het ziekenhuis op weg naar control

gedrag van afdelingshoofden om hun middelen buiten het ziekenhuis veilig te stellen. Maatregelen en gevolgen versterken elkaar dus op een negatieve manier en verslechteren de verhoudingen.

Wordt in bovenstaande met name ingegaan op systemen van control, de RvB probeert ook inhoudelijk haar grip op de beleidsvorming te versterken. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het uitbreiden van de jaarlijkse planning en control cyclus met een meerjarenbeleidsplan, zo valt in een interne publicatie te lezen. Ook via intensievere communicatie tussen management en medische staf in de vorm van beleidsthema's en tussen management en medewerkers meer in het algemeen (de RvB heeft een vaste rubriek in het personeelsblad), probeert de RvB een nadrukkelijker en minder vrijblijvende koers uit te zetten. Die concentreert zich op twee belangrijke beleidsthema's. De RvB formuleert in het jaar 2003 een zwaartepuntenbeleid waarmee richting wordt gegeven aan de speerpunten van het ziekenhuis. Voor het jaar 2004 luidt het credo 'basiszorg op orde': de afdelingen en centra moeten er voor zorgen hun patiëntenmix op orde te hebben. Beide beleidslijnen hebben een relatie met de financiële middelen van het ziekenhuis. Met de speerpunten wordt aangegeven welke kostbare ontwikkelingen wel en niet in de profilering van het ziekenhuis passen en dus wel of niet verder ontwikkeld dienen te worden. Die profilering wordt in sterke mate ook bepaald door de kwaliteit van de onderzoeksinstituten en hun positionering ten opzichte van die van andere academische ziekenhuizen, zoals een zorgmanager aangeeft. Waar het de basiszorg betreft, stelt de voorzitter van de RvB in een intern personeelsblad dat die beleidslijn strijdig lijkt met het academische karakter van het ziekenhuis. Hij benadrukt echter het belang van deze zorg voor de regionale zorgverzekeraar en daar is het ziekenhuis wel afhankelijk van. Bovendien stelt hij dat de basiszorg de ruimte moet maken om de academische functies te kunnen realiseren. Overigens gaat het daarbij niet alleen om financiële ruimte, maar ook om het leggen van voldoende basis voor het uitoefenen van de kerntaken van het ziekenhuis, zoals een nauw betrokken zorgmanager verklaart: "Die academische profilering is belangrijk, is je wezen, is je bestaansrecht, maar het is niet je enige bestaansrecht. Je hebt ook je basiszorg. Je hebt ook je regiofunctie. En die wordt nog wel eens vergeten. Uiteindelijk is het één niet los te zien van het ander. Je kan niet zeggen: je enige bestaansrecht is onderzoek, is zwaartepuntenbeleid. Ook basiszorg is je bestaansrecht, voor zowel opleiding als voor je regiofunctie. (...) De basiszorg is de bodem van het bestaan, ook in een academisch ziekenhuis. Het levert ook geld op. (...) Ga op die voorspelbare zorg sturen, zodat je inkomsten genereert. (...) Dan kun je daarmee je zwaartepunten zwaarder aanzetten." Het is deze boodschap die naar de afdelingshoofden wordt gecommuniceerd. Als gevolg van de slechte financiële situatie van het ziekenhuis is het noodzakelijk afdelingshoofden te overtuigen dat ze zelf verantwoordelijk zijn voor de financiering van hun activiteiten. Verder benadrukt de financieel directeur nog dat het vooral gaat om bewustwording. Impliciet geeft hij daarmee aan dat de mogelijkheden tot sturing beperkt zijn: "Het leidt hopelijk tot een discussie: welke mix heb je en welke mix zou je willen hebben? (...) Dat je je als centrumbestuur en afdelingshoofd gaat afvragen: wil ik eigenlijk wel dat dat gebeurt?! Het is een bewustwordingsproces, want de autonomie van de dokter is natuurlijk heel groot, nog steeds. En als je in kaart brengt wat

6. Het ziekenhuis op weg naar control

voor patiëntenstromen je hebt en willen we dat nog wel binnen één specialisme en alle specialismen bij elkaar, dat is een discussie die nog moet beginnen, maar waar we wel bewust voor gekozen hebben. Het komt er aan.”

6.5. De gevolgen van ‘control’

De ontwikkelingen in de omgeving in de reactie daarop van de RvB zetten de verhoudingen tussen zorgverzekeraar, RvB, centrumbesturen en medische professionals op scherp. Veel centra en afdelingen hebben wel in de gaten dat de RvB aankeerst op het verbeteren van de financiële positie, maar zijn niet even sterk overtuigd van de noodzaak daarvan. Voor een belangrijk deel heeft dat te maken met de echo's van het in het verleden gevoerde beleid. Terwijl eigenlijk de nood hoog was geworden om een strak financieel beleid te voeren, drong dit besef maar moeizaam door bij veel afdelingen. In het verleden werd toch ook scherp aan de wind gevaren? Inhoud was toch altijd belangrijker dan geld? Een afdelingshoofd stelt: “Ik begrijp eerlijk gezegd niet dat de RvB zich zo druk maakt over de financiële reserve. Is er ooit één academisch ziekenhuis failliet gegaan in Nederland? (...) Ik denk dat het ver moet komen. Ik zou sowieso niet een reserve nastreven.” Bovendien rekenen zij zich nog rijk met afdelingsreserves die er in werkelijkheid niet blijken te zijn (zie ook paragraaf 7.5). Het gebrek aan overtuiging frustrereert niet alleen het realiseren van bezuinigingen, ook ligt het belang van een sluitende exploitatie ver achter bij het belang van de realisatie van de kerntaken. Zelfs bij sommige managers bedrijfsvoering van de centra is twijfel aan de noodzaak. Zoals de financieel directeur opmerkt over de geluiden die door hen worden geuit tijdens een bespreking over de financiële problemen met hem, de managers bedrijfsvoering van de centra, de directeuren van diensten en de RvB: “Als je maar quite draait is het toch goed? Het is toch non-profit. (...) Het zal wel weer meevallen.” Een bij die bespreking aanwezige manager bedrijfsvoering schetst: “We hebben het er met name over gehad van: is het nou 5 voor 12? Is dat gevoel er nu? (...) Nou, dat was heel verschillend.” Met het verstrijken van de tijd blijken op een gegeven moment ingrijpende maatregelen toch onontkoombaar. Zelfs dan zijn er nog afdelingen die de afgesproken productie- en daaraan gerelateerde kostenbudgetten sterk overschrijden, zonder dat daar een vergoeding van de zorgverzekeraar tegenover staat. Kortom, in de cultuur van het ziekenhuis is het realiseren van een sterk financieel weerstandsvermogen als waarde niet sterk vertegenwoordigd. De afwezigheid van een modern financieel informatiesysteem (zie vorige paragraaf) en de nog te bespreken verschillen tussen boekhoudkundige en werkelijk aanwezige reserves kunnen dit slechts onderstrepen.

Het beleid van ‘basiszorg op orde’ blijkt voor sommige afdelingen een steen des aanstoots. Afdelingshoofden werken niet primair in een academisch ziekenhuis omwille van de basiszorg, maar zij willen zich richten op academische zorg. Een manager bedrijfsvoering schetst: “Als je een afdelingshoofd, de staf spreekt, die zegt: maar daar zijn wij toch helemaal niet voor? Wij zijn voor dat speciale.” Hij spreekt niet alleen namens de medici als hij er aan toevoegt: “Je bent trots op je academische zorg.”

6. Het ziekenhuis op weg naar control

Afdelingshoofden vrezen dat een focus op basiszorg hen afdrijft van hun academisch profiel.

Verder hebben afdelingshoofden het gevoel steeds meer ingekapseld te worden in allerlei systemen, die bovendien onjuiste beelden geven van wat ze presteren. Daardoor dreigt de arts-patiënt relatie te veranderen. Refererend aan de ontwikkeling van DBC's stelt een afdelingshoofd: "De verhouding tussen patiënt en dokter is een inspanningsverplichting. Wanneer je een prestatie-indicator moet halen die aan een benchmark moet voldoen, gaat de verhouding tussen patiënt en dokter verschuiven van een inspanningsverplichting naar een prestatie-overeenkomst. Als het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar zegt: wij gaan dus zorg inkopen en of ik nou bougies inkoop en ik koop er 1.000 in en er blijken er 900 te functioneren en 100 dus niet, dan zeg ik: u hebt mij 100 maal een wanproduct geleverd, ik betaal dat wanproduct niet. Koopt ze dus 1.000 operaties X in en niet alle 1.000 halen de benchmark, dan heb ik een zeker wanproduct geleverd en dat gaan ze me niet betalen. (...) De vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt is aan het verschuiven naar een wantrouwensrelatie. Binnenkomen met twee oksels gevuld met uitdraaien uit het internet is een uiting van de wantrouwensrelatie. Er moet eerst tijd besteed worden aan het aangeven dat die internetuitdraaien niet waar zijn. Daarna moet de gezondheid vastgelegd worden in plaats van de kwaal behandeld worden."

Bovendien gaan die investeringen in systemen ten koste van de middelen die besteed kunnen worden aan zorg. Zoals een afdelingshoofd stelt: "Er is alleen maar meer uit dat te krappe budget besteed aan niet-kerntaken, namelijk het onderbouwen met cijfers. Ja, dat vind ik slecht gedrag. Dat gaat mij als dokter aan mijn doktershart. (...) Het is ten koste van mensen die het minder getroffen hebben dan wij." Ook de financieel directeur maakt zich ernstig zorgen over de stijgende overheadkosten. Deze bezorgdheid dringt zelfs door in de collegebanken, zoals een afdelingshoofd aangeeft: "In mijn college over ziekten en maatschappelijke consequenties heb ik één dia van een plaatje uit de krant van jaren geleden en dat plaatje is als volgt: op de voorgrond zie je 3 poppetjes aangekleed in wit, daar achter staan 5 mannetjes met een stropdas voor. En de mededeling was, dat op dat moment met 3 personen handen aan het bed, 5 personen bezig zijn in het administratieve traject." Een ander afdelingshoofd stelt: "Het managen van een afdeling, dat is buiten proportie geworden, vind ik. Laat me toch gewoon lekker werken! Gezeur om dat geld. (...) Af en toe komt dat echt mijn neus uit. In elk geval de frustratie: je kunt een heleboel, maar het kan niet." Met dat laatste bedoelt hij dat er veel nieuwe medische ontwikkelingen zijn die elders reeds toegepast worden, maar die de afdeling niet kan betalen.

Er ontstaat een gevoel van miskenning en ontevredenheid, zoals een afdelingshoofd illustreert aan de hand van een tevredenheidsonderzoek: "In de tevredenheidsenquête was maar één bladzijde van belang. Deze bladzijde laat u zien in deze 'pui' groepen verpleegkundigen, medici en dan wetenschappelijk personeel en in deze 'pui' administratieven en adviseurs en management. In deze ziet u allemaal rood: rood is ontevreden. Dat zijn alle corebusinessmensen. In dit deel (wijst op management etc., BC) ziet u allemaal groen: allemaal tevreden. Meer hoeft ik niet te lezen in dit rapport. (...)

6. Het ziekenhuis op weg naar control

Maar ziet u hoe ellendig dit is? (...) Ik zeg het: het mooiste vak van de wereld, maar dat administratieve circus! Dit is zo ontzettend alarmerend.” Daarbij dient vermeld te worden dat de problemen met de OK ook van invloed zijn op die scores. Het gevoel van miskenning klinkt ook door als een afdelingshoofd een artikel in Medisch Contact citeert, nota bene een tijdschrift van de eigen beroepsgroep: “ ‘Marktwerking is van groot belang. Zorginstellingen krijgen meer beleidsruimte. Verzekeraars moeten hun inkoopmacht gebruiken om efficiënte en patiëntgerichte zorg in te kopen.’ Hier zitten een paar aannames in: 1. wij zijn niet patiëntgericht bezig, 2. wij zijn inefficiënt bezig, 3. slechts met dwang van geld kan dat worden gerealiseerd. Kunt u zich voorstellen dat je op een gegeven moment denkt: ik word oud? Ik denk dat het goed is dat mijn pensioen in zicht komt?! (...) Dat wordt in Medisch Contact gepubliceerd!”

Een ander afdelingshoofd uit zijn bezorgdheid over de toenemende invloed van het management ten koste van artsen door te refereren aan ontwikkelingen in het buitenland: “Er is iets revolutionairs gebeurd. Dat las ik in The Lancet, gepubliceerd dit jaar. (...) Dat is een top medisch tijdschrift. Een aantal weken geleden is in Italië een wet door het parlement aangenomen waarin ze de positie van de arts veranderd hebben. Ze hebben die positie ge-upgrade. Zij worden de coördinatoren van de zorg, dat is per wet bepaald. (leest hardop voor) ‘Bill (in de zin van wet, BC) will phase out monocratic supermanagers and give greater powers to hospital doctors.’ (Carpenter, 2004). Daar zijn andere beslissingen genomen. Zij hebben gewoon gezien: ja, maar zo willen wij niet als maatschappij onze dokters gepositioneerd krijgen. Er zijn ook verplichtingen. Het is niet een eenzijdige zaak. Maar dat dit zo door een parlement als **wets**voorstel aangenomen wordt, dat is toch wel een kleine sensatie. Misschien moeten wij eerst wel door zo’n diep dal voor wij tot bezinning komen.”

En bij dat alles ervaren afdelingshoofden op de achtergrond de ‘financiële knoet’ van de zorgverzekeraar welke hen nog het meest frustrereert, omdat die de echte bedreiging vormt. Medewerkers van het ziekenhuis hebben wel begrip voor de financiële belangen van de zorgverzekeraar als commerciële onderneming, maar het probleem is dat die belangen strijdig zijn met de afwegingen die men in het ziekenhuis wenst te maken. Geld speelt een steeds grotere rol bij het maken van keuzes in de zorg, hetgeen conflicteert met de ethische, patiëntgerichte overwegingen van de medewerkers van het ziekenhuis. Medici hebben het gevoel met de handen op de rug gebonden de strijd tegen de toegenomen zorgvraag te moeten leveren, terwijl overheid en zorgverzekeraars zich verschuilen achter nevelige termen. Zoals een afdelingshoofd het stelt: “Vraagsturing en marktwerking, het is aanbodfinanciering en marktwerking. Het is helemaal geen vraagsturing, want het is nog steeds aanbodfinanciering. De zorgverzekeraar biedt een bepaald volume aan geld aan. En wat de Nederlandse burger, oud of jong ook vraagt, dat is van geen belang. (...) Aanbodfinanciering. Productie-uitbreiding van 15% aangevraagd, 1% willen ze geven. Dat is volgens mij niet vraagsturing.” Een centrumvoorzitter stelt: “Ik denk dat de verzekeraar een veel te zwaar stempel drukt eerlijk gezegd.” Referend aan de inspanningen die zijn gepleegd om de teruggevallen productie weer op het oude niveau te krijgen: “Zeker als je ziet wat voor inspanningen we geleverd hebben om alle problemen van de laatste jaren het hoofd te bieden, dat we ook studenten hebben aangenomen als

6. Het ziekenhuis op weg naar control

verpleeghulp, ook studenten hebben geworven in de collegezalen, op die manier echt een paar fte's (full-time equivalents) met allemaal tweetiende student hebben opgevuld, hele acties gevoerd: dat werkte prima. Dat was met allerlei overleg. En dan denk je: nou heb je de boel op orde, het loopt weer, het is kwalitatief zeer goed wat we leveren en nou willen ze ineens niet betalen?! Wat is dat nou toch voor flauwekul? Nou ja, dat soort boosheid is er wel dus." Illustratief is ook de opmerking van een medewerker: "Dat vind ik zo mooi, dan zeggen ze straks: ja, dan gaat de verzekeraar inkopen. Dan zeg ik: nou, ik zou niet weten wat er anders wordt, want het is nu al zo. Als we iets nieuws willen opstarten of iets willen veranderen en de verzekeraar zegt 'nee', dan gaat het niet door. En de afdelingen zaten een paar jaar terug nog wel redelijk ruim in hun jasje, maar met al die bezuinigingen hebben de meeste afdelingen niet meer zelf de ruimte om echt nieuwe dingen op te starten binnen het bestaande budget. Uitzonderingen daargelaten. Het is vooral beter doen wat je al deed. Dus als de verzekeraar 'nee' zegt, dan gaat het niet door." Een centrumvoorzitter geeft zijn mening: "Ik denk dat er een enorme scheefgroei is ontstaan de laatste jaren. De ziektekostenverzekeraars hebben zoveel macht gekregen. (...) Die bepalen gewoon wat er gebeurt. (...) Rare naam al, ziektekostenverzekeraar. Ze verzekeren helemaal niks. Ze verzekeren het financiële plaatje. Wij doen het." Het spanningsveld met de zorgverzekeraar leidt ook tot dilemma's voor de manager bedrijfsvoering: "Dus nu staan we op het punt: gaan we nu tegen iedereen (alle afdelingen) zeggen dat ze minder moeten gaan doen? (...) Terwijl er een heleboel afdelingen die juist door meer te gaan doen, denken: 'oh, nu krijgen we extra inkomsten.' Maar het boter-bij-de-vis principe valt weg (zie paragraaf 6.2, BC)."

Het spanningsveld tussen academische zorg en beschikbare middelen en de wijze waarop het management dat met behulp van controlsystemen met elkaar in balans probeert te brengen, wordt door een afdelingshoofd als volgt ervaren in het ziekenhuis van de gevalstudie: "Ik persoonlijk voel dat er een cultuurgevecht gaande is. (...) Ik zie dat, omdat wij een wisseling van de wacht hebben gehad, van het bestuur (per 2001, BC), waardoor er een hele verandering in de organisatie is geweest. (...) Er is een cultuurstrijd aan de gang tussen dokters en managers. Die twee, die spreken niet dezelfde taal. Wij moeten managementtaal aanleren en die managers weigeren de medische kant te zien. Deze invloed wordt alleen maar groter. Die dokters zijn allemaal niet happy, hoor. (...) Medici hebben altijd een bepaalde taakopvatting in hun opleiding en in hun praktijk verwoord. Dat gaat vanuit andere doelstellingen dan zeg maar management. Management houdt zich veel meer met bedrijfsmatige aspecten bezig, maar ik heb zo'n idee dat dat steeds meer een op zichzelf levend fenomeen gaat worden. Ook zij hebben 'targets'. Zij moeten de cijfers halen. Ook zij worden binnen hun cultuur afgerekend. Maar die cultuur hoeft helemaal niet in het belang te zijn van de patiënt. (...) Deze mensen (bedoelt managers, BC) denken alleen nog maar in termen van producten en die mensen (bedoelt medici, BC) denken in een patiënt-arts relatie en worden op die manier getraind. Dit gaat om de centen, dat gaat over wat kan ik voor de betrokkene betekenen. Dit gaat in macro, dat gaat in micro. Dat botst toch?! (...) Zij (de managers, BC) leggen een blauwdruk op jouw handelen waardoor jouw micro-omgeving niet meer functioneert. (...) Nou, een heel praktisch voorbeeld. We zien nu in deze tijd dat bepaalde behandelingen worden vergeod.

6. Het ziekenhuis op weg naar control

Verrichtingen X en Y worden extra vergoed. Maar als jij nou een staf hebt die dat helemaal niet als zwaartepunt heeft, die zich jarenlang op een heel ander terrein heeft gemanifesteerd, wat eigenlijk zeg maar niet deze focus heeft, dan krijg je een 'conflict of interest'. Mijn wetenschappelijke interesses liggen ergens anders. (...) Wij hebben bewust gekozen voor wat speerpunten hier waarvan we ook denken: daar kunnen we mondiaal een toontje meezingen. (...) Wil je dit bijhouden, dan moet je je daarin verdiepen. En dat verdiepen, dat is zo'n snelle ontwikkeling die zich hier voordoet, dat betekent gewoon dat je daar professional in wordt. (...) Maar niet op verrichtingen X en Y. Dan krijg je wat plukjes hier en wat plukjes daar. Dat wordt toch nooit top?! (...) De academische zorg komt enorm onder druk te staan. (...) Als je ergens je liefde aan geeft, geef je je daar ook veel meer aan over dan wanneer je dat plichtsmatig moet doen. Zo zit dat gewoon." Het afdelingshoofd vat de problematiek als volgt samen: "Enerzijds wil je je raspaarden genoegdoening geven, anderzijds zeg je: ik kan het eigenlijk niet betalen." Vanwege de krappe financiële situatie is het belangrijk dat de speerpunten van het ziekenhuis ook financieel-economisch interessant zijn, dus dat er adequate vergoedingen in het externe budget tegenover staan. Als die dekking niet adequaat is, dan moet die door het specialisme worden gevonden in de basiszorg. En met dat beleid is het afdelingshoofd het niet eens, omdat hij vindt dat hij dan te weinig capaciteit over houdt om op andere terreinen 'top' te worden.

Met de financiële druk van de zorgverzekeraar en een slechte financiële uitgangspositie probeert de RvB haar grip op de kerntaken en daarmee op de medisch specialisten te vergroten, maar zij heeft daarbij dus veel weerstand te overwinnen. Welke rol kunnen budgetten als instrumenten van management control spelen in een situatie waarbij er nauwelijks beweging zit in het externe budget, bestaande budgetten verworven rechten zijn van medisch specialisten, die sterke autonomie hebben en zichzelf van onderzoeksmiddelen voorzien via geldstromen waar een RvB nauwelijks zicht op heeft? Worden interne budgetten bewust ingezet om de doelstellingen van de RvB te verwezenlijken? Welke consequenties heeft dat dan voor de vormgeving van het budgetteringssysteem en het gebruik er van? In de volgende hoofdstukken zal worden getracht op die vragen een antwoord te geven.