

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.

8. Interne budgettering bij centrum A

8. Interne budgettering bij centrum A

“We zijn flink opgeschoten met de uitwerking van de centrumvorming. De integratie van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg komt steeds meer tot stand.” Met deze opmerking over de integratie van kerntaken binnen afdelingen en de rol die het centrumbestuur daarin speelt, geeft de voorzitter van centrum A aan dat de ontwikkelingen die door de RvB worden geëntameerd (zie paragraaf 6.4) door het centrumbestuur zijn opgepakt en over het algemeen met succes worden gerealiseerd. De manager bedrijfsvoering vult aan: “Ik moet zeggen dat ik het echt heel bijzonder vind hoe dat in centrum A gaat. We hebben echt hele leuke afdelingen. Iedereen is heel betrokken. Heel veel humor. Ook meedenken over alles. Sinds een half jaar denk ik echt van: onvoorstelbaar!” En dat terwijl het centrum is begonnen als een verzameling losse afdelingen, zoals in het vervolg van dit hoofdstuk zal blijken. Deze succesvolle ontwikkeling is ook terug te vinden in de verbetering van de management controlinstrumenten: “We worden regelmatig genoemd als beste centrum. Beste rapportages, beste managementcontracten.” Ook heeft het centrum een sluitende exploitatie. Kortom, het functioneert zoals de RvB het graag ziet. Een bevestiging daarvan is de benoeming van de manager bedrijfsvoering van centrum A door de RvB als tijdelijke waarnemer van de vertrekkende manager bedrijfsvoering van centrum B.

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de wijze waarop het bestuur van centrum A deze, in haar ogen, succesvolle ontwikkelingen realiseert en welke rol de interne budgettering van haar afdelingen (waaronder Oogheelkunde en Neurologie) daarin speelt. Net als in hoofdstuk 7 zullen de thema's en deelvragen van dit onderzoek, met uitzondering van die DBC's betreffende (zie daarvoor hoofdstuk 10), aan de hand van de daarop aansluitende veronderstellingen in dit hoofdstuk worden besproken. Deze thema's vormen de leidraad van de bespreking bij de navolgende paragrafen. Binnen die thema's zijn de praktijkbevindingen voor de inhoud van dit hoofdstuk bepalend. Dat wil zeggen dat concepten uit het theoretisch raamwerk die geen rol blijken te spelen in de praktijksituatie van centrum A, niet uitgebreid in dit hoofdstuk worden behandeld, maar slechts kort worden aangeroerd. Een uitvoeriger beschouwing is opgenomen in hoofdstuk 11 waar op het theoretisch raamwerk wordt gereflecteerd.

In paragraaf 8.1 zal eerst het interne budgetteringssysteem van centrum A worden besproken. Vervolgens wordt in paragraaf 8.2 ingegaan op de invloed van taakonzekerheid op dat systeem, waarna de rol van de overige contingente factoren en de doelstellingen zal worden besproken in paragraaf 8.3. De wijze waarop het budgetteringssysteem door het centrumbestuur en met name door de manager bedrijfsvoering wordt gebruikt, wordt behandeld in paragraaf 8.4. Daarbij zal tevens uitgebreid worden ingegaan op de besturingsfilosofie waarin dat gebruik is ingebed. De effecten van het budgetteringssysteem komen aan de orde in paragraaf 8.5. Vervolgens wordt in paragraaf 8.6 stilgestaan bij de relatie met andere vormen van control. Het hoofdstuk wordt afgesloten met paragraaf 8.7 waarin de bevindingen ten aanzien van de behandelde veronderstellingen worden samengevat.

8. Interne budgettering bij centrum A

8.1. Het toegepaste budgetteringssysteem

“Ik zie het budgetteringssysteem als een fait accompli, het is gewoon een gegeven.” Bij de totstandkoming van centrum A in het jaar 2001 was de vormgeving van het interne budgetteringssysteem niet eens onderwerp van discussie: “Misschien achteraf wel apart, we hebben het daar helemaal niet over gehad.” Uit deze woorden van de manager bedrijfsvoering van centrum A blijkt dat als vanzelfsprekend de budgettering van de afdelingen door de RvB werd overgenomen door het centrumbestuur bij de budgettering van de afdelingen die vanaf dat moment onder haar beheer vielen. Zoals de beleidsfunctionaris bevestigt: “We zijn eigenlijk voortgegaan op de historische budgetten, er is daar niet echt een keuze in gemaakt.” Ook een afdelingshoofd stelt dat er geen discussie over is gevoerd. Refererend aan het theoretisch raamwerk in hoofdstuk 3 kan worden vastgesteld dat budgetteringssysteem III bij centrum A wordt toegepast. Er is sprake van een historisch inputbudget. Budgetmutaties worden bepaald door volumemutaties in de reguliere productieparameters en de WBMV-verrichtingen, vermenigvuldigd met (een percentage van) het CTG-tarief (waaronder 100%). Zowel volume als prijs zijn gebaseerd op de externe parameters. Er is dus sprake van een sterke koppeling waar het mutaties betreft. Reeds is in paragraaf 7.1 opgemerkt dat naast deze schommelingen in productieparameters nog specifieke afspraken over nieuw beleid kunnen worden gemaakt. Extra middelen die de RvB op basis hiervan toekent aan het centrum worden doorgaans één op één doorgesluisd naar de afdelingen, omdat meestal behoeftaramingen van specifieke afdelingen aan deze toekenningen ten grondslag liggen. Geconcludeerd kan worden dat er voor een groot deel sprake is van inputbudgettering (historie), terwijl voor de mutaties de combinatie output- en procesbudgettering wordt toegepast (output met betrekking tot WBMV-productie, proces voor wat betreft reguliere productieparameters). Wel geldt daarbij de kanttekening dat de vergoedingen in het externe budget als prijsbasis worden gehanteerd en niet gestandaardiseerde kostprijzen van output c.q. activiteiten. In termen van verantwoordelijkheidscentra worden afdelingen vooral beschouwd als resultatencentra (zie bijlage III). Ze worden niet alleen afgerekend op gebudgetteerde kosten sec, maar op het per saldo resultaat tussen kosten en opbrengsten. Is het historische deel van het kostenbudget gedekt binnen het in het verleden opgebouwde externe budget, plussen en minnen in de kosten moeten worden bekostigd met plussen en minnen die de afdeling genereert in het externe budget. Eventuele tekorten en overschotten worden door het centrumbestuur met de afdelingen verrekend via de afdelingsreserves.

8.2. De invloed van taakonzekerheid

Bij centrum A zijn de specialismen oogheelkunde en neurologie in beschouwing genomen (zie de verantwoording in paragraaf 4.2) om te beoordelen of de betreffende afdelingen verschillen in de mate van taakonzekerheid en of dat een rol speelt bij de wijze van budgetteren van beide afdelingen door het centrumbestuur. Het in de vorige paragraaf beschreven systeem van koppeling wordt op alle medisch-specialistische afdelingen

8. Interne budgettering bij centrum A

binnen het centrum op gelijke wijze toegepast. Taakonzekerheid speelt bij die 'keuze' 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, gaat dus niet op bij centrum A. Veronderstelling (a) dat de prijsbasis bij een hoge mate van koppeling vooral zal zijn ingegeven door de mate waarin CTG-vergoedingen aansluiten op de kosten van zorg, gaat eveneens niet op: de prijsbasis is identiek voor alle afdelingen en voor alle soorten zorg.

In het verlengde van deze veronderstelling is het vervolgens de vraag of er fouten van het type I of II zoals beschreven in paragraaf 1.1.4 worden gemaakt, of liever gezegd, ontstaan. We zullen daartoe eerst de mate van taakonzekerheid van de beide in beschouwing genomen specialismen beoordelen. In bijlage IV wordt dieper ingegaan op het concept taakonzekerheid in een medisch-professionele omgeving, welke beschouwing aanvullend licht werpt op de hierna volgende oordeelsvorming.

Oogheelkunde behoort tot de snijdende vakken, hetgeen zoals eerder gesteld gepaard gaat met minder taakonzekerheid dan een beschouwend vak. Als we ten aanzien van het diagnostisch traject aan het afdelingshoofd van de Oogheelkunde vragen, of geldt dat zijn collega's bij een gelijksoortige patiënt ongeveer dezelfde diagnostiek zouden bedrijven, antwoordt hij: "Ja. Je kunt in feite zeggen, tenzij er op zoek moet worden gegaan naar een diagnose: je hebt vaste pakketten als het ware." Anderzijds stelt hij: "Er zijn bijna geen enkelvoudige diagnoses. En dan hebben we het over de oculaire diagnoses, niet over de comorbiditeit. Alleen over de oculaire morbiditeit, die is bijna allemaal meervoudig." Toch wordt het specialisme oogheelkunde over het algemeen als relatief taakzeker gezien. Een zorgmanager: "Wat de oogheelkunde betreft, die is wat meer recht toe recht aan, vaak." Alhoewel artsen van andere medisch specialismen niet altijd volledig zicht hebben op de ins en outs van andere vakgebieden, waagt een medisch specialist zich aan het oordeel: "Kijk, de ogen, dat is toch ook een standaardklus." Bovendien stuurt het afdelingshoofd van de Oogheelkunde zelf sterk op de naleving van protocollen. Daarmee draagt hij bij aan het vergroten van de taakzekerheid. Saillant in dit verband is ook dat hij landelijk voor zijn specialisme een sterke rol speelt bij de definiëring van DBC's. Dit alles in beschouwing nemend, wordt de zorgproductie van de oogheelkunde als relatief taakzeker beschouwd.

Het specialisme neurologie is sterk beschouwend en diagnostisch. Het behandeltraject beperkt zich voor een belangrijk deel tot het verstrekken van medicatie voor zover zinvol. Toch leent het specialisme zich wel voor sterk geprotocoloerd werken, zoals het afdelingshoofd zelf aangeeft. Gezien het feit dat de onderzoeks- en opleidingsfunctie sterk zijn ontwikkeld, wordt er ook intensief gebruik gemaakt van protocollen. Zoals het afdelingshoofd zelf stelt: "Het merendeel (van de patiënten, BC) valt toch onder een of ander protocol. Poliklinisch proberen we het ook allemaal wat te stroomlijnen." Een en ander neemt niet weg dat het verkrijgen van een juiste diagnose soms veel zoekwerk kost, zoals het afdelingshoofd eerder heeft gesteld. Het beeld over de neurologie ten aanzien van taakonzekerheid blijft daardoor diffuus. Het is van de vier specialismen die in dit onderzoek in beschouwing zijn genomen relatief gezien het meest taakonzeker.

8. Interne budgettering bij centrum A

De conclusie is, dat het specialisme oogheelkunde relatief taakzeker is, terwijl voor het specialisme neurologie niet een heel duidelijke conclusie te trekken is.

Nemen we de mate van taakonzekerheid van de beide specialismen in beschouwing in relatie tot het toegepaste budgetteringssysteem binnen centrum A, dan leidt dat tot het volgende oordeel. Een relatief taakzeker specialisme als oogheelkunde lijkt zich wat betreft de mutaties in de zorgproductie te lenen voor het rekenkundig bepalen van budgetmutaties op basis van $P*Q$. Echter de vergoedingen in het externe budget worden als prijsbasis gehanteerd en niet gestandaardiseerde kostprijzen van output c.q. activiteiten. De vergoedingen in het externe budget zijn niet discriminerend ten aanzien van verschillen in zorgproductie binnen de oogheelkunde: voor elke opname geldt dezelfde vergoeding, net als voor de andere reguliere productieparameters. Het ontbreken van inzicht in integrale kosten staat echter toepassing van prijzen die daarop gebaseerd zijn in het interne budgetteringssysteem in de weg. Een specialisme kan relatief taakzeker zijn, maar de toepassing van een rekenkundig systeem kan ook dan lastig zijn. Dat heeft te maken met voorwaarden op het gebied van informatievoorziening waaraan niet voldaan wordt. Het is potentieel wel mogelijk inzicht te verkrijgen in activiteiten en tot welke output die leiden, alsmede in de kosten van die activiteiten, maar dergelijke informatie is niet vastgelegd. Verder gaan activiteiten als patiëntenzorg, onderzoek en opleiding hand in hand. Echter juist taakonzekerheid maakt het mogelijk daarvoor normeringen te ontwikkelen. Er blijkt dus voor de afdeling Oogheelkunde niet zozeer sprake te zijn van een fout van het type I of II, maar van de fout dat een verkeerd rekenkundig systeem wordt toegepast in een situatie die zich wel leent voor een dergelijk systeem.

Voor de afdeling Neurologie wordt een rekenkundig budgetteringssysteem toegepast waarvan om dezelfde redenen kan worden geconcludeerd dat het niet het juiste rekenkundige systeem is. Daarnaast is het gezien het diffuse beeld ten aanzien van de mate van taakonzekerheid nog de vraag of een rekenkundig systeem voor de afdeling Neurologie de meest wenselijke keuze zou zijn.

Speelt taakonzekerheid dus geen rol bij het bepalen van de budgettering van afdelingen bij centrum A, in de volgende paragraaf zal blijken dat heel andere factoren een rol spelen.

8.3. De invloed van contingente factoren en doelstellingen

Doelstellingen van de manager bedrijfsvoering of het centrumbestuur blijken geen enkele invloed te hebben op de vormgeving van het budgetteringsinstrumentarium. Sterker nog, de manager bedrijfsvoering had het gevoel opgezaald te worden met een budgetteringssysteem dat hij helemaal niet wilde, maar dat hij geen andere keus had dan het bestaande systeem over te nemen: "Er zijn allerlei regels zoals het boter-bij-de-vis principe (...) waar ik helemaal niet op zit te wachten. Maar dat is toevallig het systeem. Hier ervaar ik niet een keuze in. Ik zou helemaal geen afdelingsbudgetten geven als ik opnieuw zou kunnen beginnen. Dan zou ik echt geld gaan geven voor prestaties en dan zou ik daar afspraken over maken." Hem confronterend met de verwachting dat hij als manager bedrijfsvoering mogelijkheden zou hebben het interne budgetteringssysteem

8. Interne budgettering bij centrum A

vorm te geven om bepaalde doelstellingen te realiseren, reageerde hij: “Vertel mij eens iemand die dat kan. Ik ken niemand. De RvB ook niet.” Typerend in dit verband zijn ook de uitspraken van de centrumvoorzitter als hem naar de invloed van de voorzitter en het centrumbestuur op het centrum en de centrumleden wordt gevraagd: “We hopen ook wat intensievere gesprekken te hebben met centrumraadleden, met afdelingsvoorzitters, met name om te kijken hoe je bepaalde processen kunt faciliteren, waar je mogelijk wat moet bijsturen.” Als hem gevraagd wordt wat hij daarmee bedoelt, verklaart hij: “Laat ik zeggen dat een afdeling die weinig onderzoekstraditie heeft en die nu wel zijn boel op orde heeft en zijn wetenschappelijk onderzoek wel wil uitbouwen maar daar op dit moment geen middelen voor heeft, die zou je kunnen helpen met adviezen. En met pogingen om dat in te bedden in sterke onderzoeksgroepen.” Het centrumbestuur oefent vooral sturing uit door middel van advisering, stimulering, etc., maar heeft verder weinig mogelijkheden om het beleid van afdelingen te faciliteren via het verstrekken van middelen. Zoals een medewerker van centrum A stelt: “Het centrum zal niet zeggen van: nou, maar wij vinden het als centrum zo belangrijk, wij komen daar wel op tekort, maar dat financieren we dan wel vanuit het centrum, of een andere afdeling.” Dat de mogelijkheden van het centrumbestuur beperkt zijn om keuzes te maken tussen afdelingen, blijkt uit het volgende voorbeeld dat wordt aangehaald: “De RvB heeft gezegd: we hebben nu zoveel aanvragen gekregen vanuit het hele ziekenhuis voor overproductie. Daar gaat de verzekeraar nooit mee akkoord met al die aanvragen. Dus centrum A, geef maar aan welke aanvragen jullie prioriteit hebben. Nou, dat is onmogelijk. Hoe kunnen wij als centrum aangeven van: we vinden de productie-uitbreiding van specialisme A belangrijker dan van specialisme B? Die gezamenlijkheid is er niet, dat beleid. Dus daar kunnen we eigenlijk geen keuze in maken.” Geconcludeerd kan worden dat niet de doelstellingen het interne budgetteringssysteem bepalen zoals in het theoretisch raamwerk is verondersteld, maar dat het systeem een randvoorwaarde is waarbinnen bepaalde doelstellingen die het centrumbestuur nastreeft, worden gerealiseerd. Bij de navolgende bespreking van de contingente factoren wordt nader ingegaan op de oorzaken van het gebrek aan keuzevrijheid.

In de inleiding van dit hoofdstuk is geschetst hoe de uitwerking van de centrumvorming zich gunstig ontwikkelt in de loop der tijd en dat de betrokkenheid groot is, ondanks het feit dat veel van de betreffende specialismen binnen het centrum zorginhoudelijk weinig raakvlakken met elkaar hebben. Of zoals een medewerker het uitdrukte: “Onze patiëntgroepen zijn toch ook heel gescheiden. Het is ook wel gezegd in het begin: het is het meest bij elkaar geraapte centrum. (...) Ze voelen zich een afdeling, niet een onderdeel van centrum A.” Ook een afdelingshoofd stelt: “Wij zijn echt een beetje de vergaarbak geworden, dat is het probleem van centrum A.” Centrum A was derhalve zo’n beetje de sluitpost van de reorganisatie. De voorzitter van het centrum merkt op: “Ik denk dat centrum A technisch gezien wel vrij goed en soepel functioneert, maar dat wij-gevoel is er niet zo. Het is ook een zeer divers centrum. (...) Het is geen vanzelfsprekende eenheid.” Ook de verklaring van de manager bedrijfsvoering is illustratief als we vragen of aan het toepassen van koppeling binnen het centrum veel discussie is vooraf gegaan: “We waren toen heel druk bezig met allerlei dingen in gang te zetten. Het was toen ook zo, we kregen

8. Interne budgettering bij centrum A

geen geld als centrum. Het centrum was een verzameling van allemaal afdelingen. En al die afdelingen kregen geld. Men wilde niet kiezen voor een divisie. Dus het waren losse afdelingen en de uitdaging was om daar iets van te maken. Dus het is nooit in mijn hoofd opgekomen om te zeggen: we krijgen iets als centrum en dat geven we wel of niet door. Want er was geen centrum, we waren gewoon een verzameling afdelingen die **rechten** hadden.” (nadruk toegevoegd) Illustratief is ook de opsomming van diverse projecten die binnen het centrum zijn opgestart “met het idee om de gezamenlijkheid van het centrum wat te verbeteren”, zoals een medewerker formuleert. Bij die projecten ligt het accent op onderlinge kennismaking en suggesties voor procesverbetering die binnen de eigen afdeling zouden kunnen worden doorgevoerd. Deze projecten appelleren derhalve niet zozeer aan inhoudelijke samenwerking ten aanzien van zorgvraagstukken. Als de medewerker daarmee wordt geconfronteerd, is zijn reactie: “Ik zou niet weten waar ze dat samenwerken inhoudelijk moeten doen.”

Worden verschillen benadrukt, er zijn wel een tweetal hoofdthema's binnen het centrum zichtbaar die afdelingen lijken te binden. Zo is er een thema neuro te onderscheiden, met de specialismen neurologie en neurochirurgie aan welke patiënten ook de zorgeneheden van het centrum zoals revalidatie, logopedie, fysiotherapie etc. veel diensten verlenen. Het andere thema is zintuigen, te weten oogheelkunde, KNO, etc. Bovendien hebben de laatstgenoemden met elkaar gemeen dat ze als snijdende specialismen de OK delen. Voor de specialismen verbonden in het thema neuro is naast samenwerking ook sprake van elkaar overlappende zorgverlening, doordat de scheidslijnen niet heel duidelijk zijn te trekken. Dat kan ook leiden tot competentiestrijd. Bovendien werken de genoemde zorgeneheden niet bij uitstek voor de genoemde specialismen. Bij de specialismen verbonden rond het thema zintuigen geldt dat ze weinig zorginhoudelijke raakvlakken hebben. De zorginhoudelijke verschillen tussen specialismen blijken zwaarder te wegen dan de overeenkomsten. Dit raakt aan een probleem dat ontstaat als medisch specialismen bij elkaar worden gevoegd waarvan een groot aantal weinig inhoudelijke raakvlakken met elkaar heeft. Met het hoofd van de afdeling Oogheelkunde ontspon zich de volgende discussie over het wel of niet gezamenlijk kunnen maken van inhoudelijke keuzes en het daaraan verbinden van budgettaire consequenties:

BC: “Wat me toch nog steeds verbaast is dat je onderling geen goede dialogen kunt krijgen over prioriteiten van ‘wat vinden we nou belangrijk, waar is de patiënt in dit ziekenhuis mee gebaat waar wij accenten gaan leggen?’ ”
Arts: “Jij als **persoon** als dokter hebt te maken met de **persoon** patiënt. Die persoon patiënt is een oogheekundige patiënt. Dat betekent dat jij in je één op één relatie met jouw oogheekundige patiënt voor die oogheekundige patiënt het beste wilt. Jij hebt nooit te maken met een urologische patiënt. Dan ga ik toch niet budget van mij afdragen **ten koste van** degene waarmee ik wel te maken heb voor etherische, mij onbekende, buitengewoon zielige patiënten?! (...) Ik ben trouwens ingehuurd voor oogheekunde. Ik ben niet ingehuurd voor specialisme A. **Ik** heb die relatie met **die** patiënt, die mij aankijkt als het niet kan.” (nadruk toegevoegd)

8. Interne budgettering bij centrum A

Op de confrontatie met onevenwichtigheden in de externe budgettering welke tot gevolg hebben dat bepaalde specialismen rijker zijn dan andere specialismen reageert hij als volgt: “Dat kan best zijn, maar dan nog zeg ik: die worden met hun patiëntengroep geconfronteerd, daar voelen zij de band mee, daar hebben zij ook de rechtstreekse verzoeken voor het tekort aan zorg. (...) Krapte leidt tot de zekerheid dat als je het afstaat, dat je het nooit meer terug krijgt. Dus een paar uur van de OK¹ afstaan omdat een ander met een probleem zit, nou, je gaat door het vuur om aan te tonen dat dat niet kan. Want je krijgt het nooit meer terug.”

Een medewerker van het centrum bevestigt deze houding van ieder voor zijn patiënten: “Ze (de afdelingshoofden, BC) zijn niet zo genegen om elkaars budget te compenseren. Ze hebben hun eigen potje. En ja, andermans probleem is andermans probleem. (...) Dat zie ik ook wat aan die centrumraadvergaderingen, ze zitten er allemaal voor zichzelf.” Hoe ver dat kan gaan blijkt uit het volgende voorbeeld dat door een medewerker van het centrum wordt aangedragen: “We zijn bijvoorbeeld gestart met zorgvorm X. De specialismen A en B werken daarin samen. Nog steeds is niet de financiering rond bij de verzekeraar. Een ander ziekenhuis doet het al heel lang. Maar die haalt het uit zijn academisch zorgbudget, allemaal uit het verleden. Nou, het academisch zorgbudget groeit niet meer en het is nog steeds geen officiële parameter. Dus, er is geen financieringsstroom. Dus nu hangt het: als er geen financiering komt dan moeten we er denk ik mee stoppen. En dan heb je een hele arts opgeleid en dan heb je een heel logistiek proces ingericht. Maar andere afdelingen zullen echt niet zeggen: dat is nou zonde.” Een ander voorbeeld wordt genoemd door de manager bedrijfsvoering: “We hebben het gehad bij de bezuinigingen, dat ik voorstelde van: laten we nou eens niet voor het laatste deel de kaasschaafmethode gebruiken. Bij sommige afdelingen kan dat niet meer. Kunnen we niet zeggen dat bepaalde afdelingen die iets ruimer zitten, dat die het ophoesten? Dat we zeggen: we doen iets bepaalds niet meer. Daar komen we nog niet uit, hoor.”

Wat blijkt is dat beroepsethiek het flexibel toekennen van middelen belemmert. De eerder genoemde arts heeft ook veel te doen met urologische patiënten, die gaan hem ook erg aan zijn hart, net als welke patiënt dan ook. Maar, en dat is de kern, wat zou hij tegen zijn oogheekundige patiënten moeten zeggen als hij die niet zou kunnen helpen als gevolg van het feit dat hij een deel van zijn budget aan andere patiëntengroepen zou hebben afgestaan? Als oogarts kijkt hij zijn patiënten niet alleen letterlijk in de ogen, maar ook in figuurlijke zin is dat van grote betekenis: hij kan het ethisch gesproken niet maken niet alles te doen wat in zijn vermogen ligt om ‘zijn’ patiënten beter te maken. Daar heeft hij nota bene een eed op gezworen. Dat belang is wederom bekrachtigd met de herziening van de artseneed ingaande 1 september 2003, gezien de volgende passage: “Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen.” (<http://knmg.artsennet.nl>). Met patiënten van bijvoorbeeld de KNO of urologie heeft de betreffende arts vanuit zijn professie niets te maken. Dat ziet hij als de verantwoordelijkheid van andere medische professionals die zich maximaal moeten inspannen voor ‘hun’ patiënten. Zelfs het feit dat er onevenwichtigheden zitten in de middelentoewijzing legitimeert in zijn ogen het vasthouden van relatief rijke afdelingen aan hun middelen. De nauwe verbondenheid van arts en patiënt is dus een heel belangrijke factor. De arts wordt dagelijks geconfronteerd

8. Interne budgettering bij centrum A

met het leed van zijn patiënten, daar voelt hij zich ten nauwste bij betrokken vanuit zijn roeping en vanuit zijn dagelijks handelen. Oftewel: budgetten hebben niet alleen een financieel-materiële betekenis, maar dragen ook een ethische lading. Het vertegenwoordigt een potentiële hoeveelheid zorg die aan de eigen patiëntgroep kan worden geleverd. Die wordt, net als OK-tijd, met alles wat in zijn vermogen ligt door de arts verdedigd. Afbreuk daaraan is niet te tolereren, omdat het een rechtstreekse aantasting is van de belangen van de eigen patiënten. Bovendien, de ervaring leert dat het tijdelijk afstaan van middelen of faciliteiten een permanent karakter krijgt. Ook dat is logisch, want om dezelfde ethische redenen wil elke afdeling wel meer, maar nooit minder. Het is een systeem dat daardoor zichzelf versterkt.

Zodra managers aan budgetten van afdelingen komen, is dat in de ogen van de medisch specialist dus een directe provocatie, omdat het rechtstreeks appelleert aan het kunnen nakomen van de medische eed die de arts heeft gezworen. Dat managers ook het belang van de zorg nastreven, maar dan vanuit een integraal perspectief waarin verschillende afwegingen worden gemaakt, is iets waar medisch specialisten niet veel mee kunnen, omdat zij zich ethisch verbonden hebben aan hun eigen specifieke patiëntenpopulatie. Het is niet acceptabel dat het geheel groter wordt dan de som der delen als het eigen deel kleiner wordt, want dan wordt, in strijd met de beroepscode, de eigen patiënten tekort gedaan. Met de voortzetting van het budgetteringssysteem dat er was, i.c. het handhaven van bestaande budgetten en de wijze waarop budgetmutaties werden bepaald, is in feite aan de verwachting van de afdelingen binnen het centrum voldaan: hun rechten en daarmee hun patiëntenbelangen zijn in stand gebleven. Bovendien versterkt koppeling het gevoel van rechten, zoals uitgebreid in paragraaf 7.5 is beschreven.

De gevestigde ethische rechten die aan een budget vastzitten, impliceren in feite ook dat het wijzigen van de budgetteringssystematiek in ieder geval de inzet van extra middelen vereist om te voorkomen dat afdelingen er op achteruit gaan, zowel wat betreft hun huidige budget als wat betreft de mutatiesystematiek.

Een contingente factor die discussies over het wel of niet reëel zijn van budgetten verstoort, is de sterke verwevenheid van verschillende budgetten voor de realisatie van de verschillende kerntaken. Daardoor ontbreekt het inzicht in de kosten van specifieke kerntaken en hun dekking in het budget. In de paragrafen 2.1 en 2.2 is daar reeds op ingegaan. Door het ontbreken van dat inzicht kan al snel het verwijt luiden dat een specialisme te veel geld in onderzoek stopt als ze niet met haar budget uitkomt. Er wordt dan voorbij gegaan aan de mogelijkheid dat de vergoedingen voor de patiëntenzorg te kort kunnen schieten. Of het verwijt kan zijn dat men te weinig financieel interessante patiëntenzorg doet, waardoor men extra opbrengsten uit hoofde van budgetmutaties via de koppeling derft (zie verderop in dit hoofdstuk bij de bespreking van effecten). Echter het veilig stellen van rechten frustreert de medewerking van afdelingshoofden aan het inzichtelijk maken van de verschillende prestaties en de kosten en opbrengsten ervan: het geven van dergelijk inzicht zou aanleiding kunnen vormen het budget te verlagen. Zoals een medewerker van een ander centrum het formuleert: “Wat beter zou zijn is dat je als RvB zegt: ik doe één keer een soort inhaalslag, een soort herverdeling en dan zeggen we: nu is het ook een budget en is het ook taakstellend. Nu mag je er ook niet overheen gaan.

8. Interne budgettering bij centrum A

Dat zou heel goed zijn. Maar dat lukt niet met 35 afdelingshoofden, die gaan daar natuurlijk tegen ageren. (...) Mensen zijn wel heel goed in het aangeven van ik moet meer hebben, maar mensen zijn niet goed in het zeggen: ik moet minder hebben.”

Verandering van budgetteringssystemen wordt verder bemoeilijkt door de omvang van het centrum. Zoals de manager bedrijfsvoering het opmerkt: “Hoe kun je nou met zo’n groot centrum tot consensus komen over eventuele veranderingen in het budgetteringssysteem?” Is het sowieso vanwege uiteenlopende patiëntenzorgbelangen al moeilijk medisch specialisten op één lijn te krijgen, dat wordt nog moeilijker als dat aantal ook nog groot is. Ook een afdelingshoofd geeft dat spontaan aan: “En dat je met 13 mensen in één club tot iets kunt komen is natuurlijk ook onmogelijk. Die groep is gewoon al te groot.” Dat leidt er toe dat bestaande situaties en dus ook bestaande systemen niet ter discussie worden gesteld c.q. dat dergelijke discussies niet tot veranderingen leiden. Want binnen het centrum geldt dat beslissingen op basis van consensus worden genomen. Zoals beschreven in paragraaf 6.4 was dat immers de basis van de centrumvorming, namelijk de handhaving van de autonomie van de afdelingen. Dat heeft tot de keuze geleid dat de centra een grote mate van vrijheid kregen intern hun besturingsmodel vorm te geven, als uitkomst van het krachtenveld van belangen van centrumbesturen en afdelingshoofden. Of, zoals de financieel directeur het uitdrukte: “De centra werden door de RvB min of meer heen gezonden onder het adagium ‘gaat heen en ontwikkelt u’”. Dat betekende onder andere dat de centrumbesturen zelf konden bepalen hoe ze hun bevoegdheden met de afdelingen verdelen en welke wijze van interne budgettering ze toe wilden passen. Illustratief in dit verband is de opmerking van de financieel directeur: “Ik weet niet hoe zij (de centra, BC) het precies doen, budgetteren, interne budgettering.” Daarbij was de hoop van de RvB dat via de weg der geleidelijkheid de centrumbesturen steeds meer grip zouden krijgen op de afdelingen. Vanuit deze voorzichtige opstelling van de RvB en de grote macht van de afdelingshoofden behoeft het geen verbazing dat met name in een situatie waar specialismen weinig met elkaar delen, bijna automatisch de wijze van budgettering werd voortgezet zoals die onder de RvB bestond. Vooral ook omdat zoals eerder geschetst het voordeel van dit rekenkundige systeem is dat het objectief is. Met het maken van de keus om het bestaande budgetteringssysteem voort te zetten (of liever gezegd: het niet maken van een keus) heeft de manager bedrijfsvoering intuïtief dat gedaan wat binnen de gegeven situatie haalbaar was, zoals hij zelf ook aangeeft: “Ik had de bevoegdheid niet en de afdeling had gewoon een eigen budget gekregen. Dus dan zou mij wat de RvB niet was gelukt wel lukken? Ik heb het ook niet geprobeerd.”

Geconcludeerd wordt dat, anders dan veronderstelling (b) luidt, niet de doelstellingen van het centrumbestuur het systeem van budgetteren van het centrum bepalen, maar dat het systeem een randvoorwaarde is waarbinnen de doelstellingen worden gerealiseerd. Daarom kan ook niet worden geconcludeerd dat koppeling wordt toegepast om overheidsdoelstellingen te realiseren of discussies over het te voeren beleid te voorkomen. Dat laatste wordt bevestigd door de lage score die de manager bedrijfsvoering aangeeft bij de mate van nastreven van doelstellingen op een daarvoor gebruikt overzicht (zie bijlage II). Reeds is in paragraaf 7.3 gewezen op het onderscheid tussen discussies over het te

8. Interne budgettering bij centrum A

voeren beleid en over de verdeling van middelen. Zoals zal blijken in paragraaf 8.6 worden ten behoeve van discussies over het te voeren beleid andere vormen van management control toegepast. Doordat budgetten niet alleen een financieel-materiële betekenis hebben, maar ook een ethische lading dragen, worden historische budgetten en gevestigde budgetmutatiesystematieken als rechten ervaren. Tornen aan dat recht is een directe bedreiging van potentieel te leveren patiëntenzorg. Dat leidt tot de conclusie dat medische ethiek een belangrijke contingente factor is in een medisch-professionele omgeving voor het kunnen veranderen van budgetteringssystemen. Andere contingente factoren zijn het gebrek aan inzicht in kosten van kerntaken in relatie tot budgetten en de omvang van het centrum die vruchtbare discussies over het budgetteringssysteem bij voorbaat een kansloze onderneming blijken te maken.

8.4. Gebruik

De manager bedrijfsvoering van centrum A speelt niet zozeer een grote rol in het geven van vorm en inhoud aan het interne budgetteringssysteem binnen het centrum, maar wel in het gebruik ervan. Hij stelt zich loyaal op naar zijn direct leidinggevende, de RvB, waarbij hij sterk oog heeft voor de moeilijke financiële situatie van het ziekenhuis. Voor hem gelden gezonde financiële condities als een uitgangspunt van waaruit de kerntaken dienen te worden gerealiseerd en door de ontwikkelingen in de ziekenhuisexploitatie en -reserves wordt hij daarin bevestigd. Zoals een naaste medewerker hem typeert: "Hij neemt strenge maatregelen als het niet goed gaat. En dat drukt natuurlijk ook een stempel." Een lid van het centrumbestuur schetst hetzelfde beeld: "De bedrijfsvoering is heel beheersmatig, is heel financieel gericht. Het lijkt me heel goed in een reorganisatie, want anders krijg je misschien allerlei ongewenste zaken." Hij voegt er aan toe: "Mijn stelling is dat middelen facilitair zijn aan het product en niet andersom. Dat is hier niet zo." De manager bedrijfsvoering stuurt vanuit dit beheersmatige perspectief sterk op een sluitende exploitatie per afdeling. Hij vindt dat ook expliciet de verantwoordelijkheid van elk afdelingshoofd: de manager bedrijfsvoering en zijn staf zijn er voor om het afdelingshoofd te ondersteunen bij het uitoefenen van die verantwoordelijkheid, niet om die over te nemen. Eventuele tekorten dient de afdeling te compenseren met de eigen afdelingsreserve, terwijl overschotten eraan mogen worden toegevoegd.

Die wijze van gebruik sluit aan op de besturingsfilosofie van de manager bedrijfsvoering: "Als je het over beheersing van de kosten hebt is mijn ervaring, dat je de mensen die echt invloed kunnen hebben op de uitgaven, dat je die zoveel mogelijk ondersteunt, begeleidt en instrueert over wat ze allemaal wel en niet kunnen qua mogelijkheden, dat er dan beheersing plaatsvindt. Dus dat gaat echt vaak op afdelingsniveau, soms nog lager. (...) Het is elke keer weer: maak ze verantwoordelijk. (...) Waarbij ik dan afspreek: zijn jullie het daar mee eens dat jullie verantwoordelijk zijn? Jullie zijn de baas, het tweede besturingsniveau. Dat gezegd hebbende, wat heb je dan nodig om te kunnen sturen?" Een ander belangwekkend citaat van hem in dit verband: "Zodra een medisch specialist denkt van: er is een zak geld, natuurlijk wil hij daar gebruik van maken. Hij staat voor zijn patiënten. Maar dan denk ik: ja, maak de mensen verantwoordelijk (voor het budget, BC)

8. Interne budgettering bij centrum A

en dan daar waar men invloed kan uitoefenen. Ik kan die invloed niet uitoefenen. In die zin van: ik beslis niet over de medicijnen.”

Met dat laatste geeft de manager bedrijfsvoering aan dat hij èn de zorginhoudelijke, èn de financiële verantwoordelijkheid in één hand wil leggen. Dat is onvermijdelijk, omdat een afweging tussen beide moet plaatsvinden: de bomen groeien niet tot in de hemel. Als manager bedrijfsvoering kan hij echter de zorginhoudelijke verantwoordelijkheid van een arts niet overnemen. Dan is er geen andere keus dan dat in zijn hand de afweging tussen zorg en geld komt te liggen. En de rol van de manager bedrijfsvoering is dan de arts bij die keuze maximaal te ondersteunen.

Tegen de achtergrond van een sluitende exploitatie en het creëren van financiële ruimte om kerntaken te realiseren, komt die ondersteuning tot uitdrukking in het nagaan van welke productie financieel wel en niet interessant is. De manager bedrijfsvoering stelt: “Dat is heel boeiend hoor, we hebben hier een geweldige econoom in huis, en die is dus al die afdelingen en bij ons de centrumraad langsgegaan om te zeggen: ‘de wegingsfactor is zoveel, u krijgt daar dat en dat geld voor. U kunt het beste òf dagopname doen òf juist niet, vanuit financieel perspectief geredeneerd.’ En daar hebben we echt in geïnvesteerd. En ook: hoe komen al die gelden dan tot stand? (...) Hoe kun je, zeg maar, daarin een keuze maken? Wat betekent het voor je patiëntenmix?” De betreffende econoom van het centrum stelt in dit verband: “Er zijn ook echt lijsten uitgedeeld: dit telt als zware dagverpleging. En daar zijn ze ook echt op gaan sturen.” Op de daadwerkelijke effecten wordt in paragraaf 8.5 teruggekomen.

De manager bedrijfsvoering werkt mee aan het systeem dat, zoals eerder beschreven, zijn voorkeur niet heeft. Zoals hij zelf ook concludeert: “Wat ik erin stuur, ik werk eigenlijk mee aan het systeem door afdelingen te informeren, door te zeggen: als je dat doet, krijg je meer geld en dan kunnen we weer overleven.” Hij gebruikt dus het budgetteringssysteem voor het realiseren van door hem wenselijk geachte doelstellingen, namelijk het realiseren van een sluitende exploitatie en het creëren van financiële ruimte voor het realiseren van kerntaken. Dat eerste blijkt ook uit de doelstellingen die hij aangeeft na te streven in de interne budgettering: het beheersen van kosten (1), het stimuleren van doelmatige productie (5) en stimuleren van financieel interessante productie (6) scoren hoog, de rest niet. Het tweede komt tot uitdrukking in het volgende betoog, waarin hij aangeeft dat sturen op geld voor hem geen doel op zich is. Sterker nog, hij heeft daar zelf zo zijn zorgen bij: “Ik vind het prachtig als we het allemaal goed financieel in kaart hebben, maar gaan we het alleen maar over geld hebben? Dat zie je wel. Zowel in het ziekenhuis als bij de overheid.” Met dat laatste doelt hij op de bezuinigingen die de overheid oplegt aan het ziekenhuis. Die maken, zo stelt hij, “dat we natuurlijk financieel heel goed moeten oppassen.” Realisatie van kerntaken binnen krappe budgetten noodzaakt het centrum tot sturing op financieel interessante zorg, welke samenhang hij als volgt schetst: “Afdelingen doen vaak dingen waar ze weinig geld voor krijgen. Vroeger deden ze dat alleen maar. Het interesseerde hen wat, dat geld. Nu kan dat niet meer, dus nu doen ze een stuk bulkwerk, zal ik maar zeggen, waar je veel geld voor krijgt en dat maakt het mogelijk om toch weer meer (onderzoek, BC) te doen. Zo creëert ook elke afdeling zijn ruimte. En daar stuur ik in. Daar help ik in meedenken. (...) Ik zeg ook vaak: ‘als je die dure zorg nou wilt doen, dat levert wel niks op, maar doe dat maar gewoon, het is hartstikke goed.’ Ik bedoel,

8. Interne budgettering bij centrum A

op het moment dat het kan, doe ik dat binnen de kaders.” De zorgmanager van het centrum schetst een belangrijke randvoorwaarde om afdelingshoofden daarin mee te krijgen: “Als ze het maar zelf mogen bepalen. Maar wij (het management) sturen natuurlijk ook aan de zijlijn mee om het in ieder geval helder te gaan krijgen met ze.” Belangrijk is dus voor medisch specialisten dat ze wel zelf inhoudelijk de keuzes kunnen blijven maken. En die vrijheid is er binnen centrum A, want het zorginhoudelijke beleid wordt als een belangrijk domein gezien van medici dat in grote mate niet door managers kan worden overgenomen, zeker niet als er een afweging tussen zorginhoud en middelen moet plaatsvinden.

Het belang van het binnen budget blijven wordt bevestigd door de maatregelen die worden genomen als een afdeling toch overschrijdt, terwijl centrum A als geheel wel positief uitkomt. Zoals de manager bedrijfsvoering stelt: “De RvB kijkt naar het centrumniveau. Maar vervolgens wil elke afdeling wel aan het eind van het jaar zijn eigen reserve hebben. Je gaat dan niet zeggen: de afdeling betaalt, de een voor de ander. Dus dat moeten afdelingen toch weer zelf regelen. (...) De afdeling zelf zorgt voor de oplossingen en voor de bijsturing. (...) Daar waar niet mogelijk gaan we zorgen dat het mogelijk wordt, want het moet toch?! In het uiterste geval kan ik de rem zetten op uitgaven, en dan zeg ik: ik teken geen aanstellingen meer.” Een afdeling die aan het eind van het jaar negatief eindigt, levert in op haar afdelingsreserve of moet dat tekort meenemen naar een volgend jaar en dan inlopen. Eventueel start ze met een negatieve reserve. De centrumvoorzitter beaamt de strakke sturing op afdelingsbudgetten: “Dat tekort proberen we toch wel een beetje in te halen, ja en op die afdeling zelf. Nou wordt daar wel over gesproken. Het is wel zo dat we proberen toch ook op centrumniveau om wel wat begrip te kweken ... maar goed, het is ook niet makkelijk als je echt overgeproduceerd, echt hard gewerkt hebt omdat je bijvoorbeeld extra formatie wilde hebben en bij het boter-bij-de-vis principe kon dat ook, als je formatie voor onderzoek wilde verdienen en iemand anders eet dat op, dat kan natuurlijk niet, hè.” Er blijkt dus wel een verschil te bestaan tussen begrip kweken en de bereidheid van afdelingen daaraan daadwerkelijk consequenties te verbinden, hetgeen ook gezien de eerder geschetste invloed van ethiek te begrijpen valt. Wel is er op centrumniveau de mogelijkheid enigszins te compenseren voor de manco's van het budgetteringssysteem. De manager bedrijfsvoering geeft aan zich de volgende speelruimte te kunnen permitteren: “We hebben bijvoorbeeld ook een investeringspotje op centrumniveau. Als je weet dat de ene afdeling het veel moeilijker kan betalen dan de andere, dan kun je natuurlijk een voorstel doen dat in die richting gaat. Binnen de ruimte die je gecreëerd hebt als centrum totaal kun je sturen.” Echter ook dan is nog coulance van de andere afdelingshoofden vereist, aangezien die in de centrumraad dergelijke voorstellen moeten goedkeuren.

Het strak bewaken van budgetten door de manager bedrijfsvoering komt ook tot uitdrukking in de wijze waarop hij in zijn functie van waarnemend manager bedrijfsvoering van centrum B de afdelingen van dat centrum nadrukkelijk aanspreekt op het realiseren van noodzakelijke bezuinigingen: “Ik maak nu contractafspraken met alle afdelingen waar de RvB bij zit over wat ze nou precies gaan bezuinigen, op welke manier, hoe we het gaan volgen.”

8. Interne budgettering bij centrum A

Samenvattend blijkt de manager bedrijfsvoering het besturingsmodel van integrale managementverantwoordelijkheid van de afdelingshoofden na te streven, waarbinnen het realiseren van een sluitende exploitatie een belangrijke plaats inneemt. Gezien de onvermijdelijkheid dat er een afweging moet plaatsvinden tussen zorginhoudelijke keuzes en de besteding van beperkt beschikbare middelen, wordt de verantwoordelijkheid voor die afweging neergelegd op het niveau waar die keuzes het beste gemaakt kunnen worden, namelijk bij het afdelingshoofd. Vanuit het belang van een sluitende exploitatie, stuurt de manager bedrijfsvoering sterk op voorkomen van overschrijdingen van afdelingsbudgetten. Gaat veronderstelling (c) niet op dat het budgetteringssysteem is gekozen om financiële risico's te beheersen (het is een gegeven, zie vorige paragraaf), dat neemt niet weg dat het systeem wel in sterke mate wordt toegepast om financiële sturing en beheersing te realiseren. Verder worden afdelingen gefaciliteerd om financiële ruimte te creëren ten behoeve van het realiseren van kerntaken. Het gebruik van budgetten kenmerkt zich door enige mate van compensatie van de tekortkomingen van het budgetteringssysteem, maar deze soeplesse kan gezien de beperkte middelen geen grootschalige vormen aannemen. Het credo luidt: afdelingen moeten binnen hun budget blijven en zijn voornamelijk zelf verantwoordelijk voor de oplossing van hun budgettaire problemen. Dat staat los van de mate van taakonzekerheid c.q. de 'match' tussen systeem en taakonzekerheid, anders dan was verwacht conform veronderstelling (d). Tenslotte kan, gezien het feit dat het gebruik van budgetten zich kenmerkt door het sterk vasthouden aan de realisatie van het budget en dat de mate van koppeling reeds maximaal is, moeilijk worden gesproken van versterking van beide als gevolg van toegenomen financiële risico's, zoals veronderstelling (c) aangeeft.

8.5. Effecten

Budgetten hebben een ethische lading omdat ze een bepaalde hoeveelheid zorg vertegenwoordigen die aan eigen patiënten kan worden geleverd. Als de mate van zorginhoudelijke samenhang tussen afdelingen niet groot is, worden die budgetten gekoesterd als verworven rechten om de eigen patiënten zo goed mogelijk ten dienste te kunnen zijn, zo leren de ervaringen binnen centrum A. Zoals de manager bedrijfsvoering stelt met betrekking tot de centrumvorming: "We waren een verzameling afdelingen die rechten hadden." Het feit dat de bestaande budgettering van afdelingen door de RvB bij de toepassing binnen het centrum niet eens ter discussie werd gesteld, is illustratief. Worden budgetten zelf als rechten ervaren, dat geldt ook voor het systeem van koppeling, zo laten de ervaringen met de interne budgettering van centra door de RvB in paragraaf 7.5 zien. Is koppeling voor centrum A het systeem waarmee budgettaire rechten van afdelingen in stand blijven, de ervaring leert dus dat die rechten door dat systeem ook nog door worden versterkt. Koppeling versterkt daardoor zichzelf. Dat zou met name bezwaarlijk zijn als het tot onredelijke budgetten zou leiden. Echter de manager bedrijfsvoering is van mening dat het systeem tot redelijke budgetten leidt, in de zin dat afdelingen hun kosten kunnen dekken: "Er is het punt van historie: er zijn rijke en er zijn arme afdelingen. Toevallig hebben de afdelingen met een hoge wegingsfactor niet zo veel budget (een hoge

8. Interne budgettering bij centrum A

wegingsfactor heeft een gunstige invloed op de vergoedingen voor opnamen en 1^e polikliniekbezoeken, zie ook paragraaf 2.2 en bijlage V, tabellen V.2 en V.3, BC). Dus het is wel goed als zij wat extra's krijgen. Dat compenseert elkaar dus een beetje. Zo loop je dat in. Er zijn een paar afdelingen die het echt nodig hebben, dat boter-bij-de-vis principe, om zich staande te kunnen houden. (...) Kijk, in centrum B bijvoorbeeld heb je productie X en Y. Die leveren heel veel geld op. Dus daar kun je wat mee sturen. (...) Zo heel extreem is het niet in centrum A. (...) De ene afdeling heeft het wel iets beter dan de andere, maar daar zit ook niet heel veel verschil in."

Wel blijkt een lage wegingsfactor tot bepaalde effecten te leiden. Het maakt een specialisme vanuit financieel oogpunt minder interessant, doordat met name de vergoeding voor klinische opnamen vaak sterk te kort schiet. Zoals een medewerker stelt: "Om niet zo specifiek op specialisme A te sturen ligt ook wat meer voor de hand, omdat die omrekenfactor heel laag is. Het levert ook haast niks op." Ook andere medewerkers van buiten het centrum wijzen op de invloed van de lage wegingsfactor. Het betreffende afdelingshoofd zelf vertelt over eigen ervaringen in dit verband: "Zeker is dat in het algemeen in Nederland ziekenhuisbesturen meer belangstelling hebben voor specialismen met een hoge wegingsfactor ten opzichte van specialismen met een lage wegingsfactor. Toen ik zelf uit ziekenhuis A wegging om hier naar toe te gaan, was mijn formatie onmiddellijk ook toegedeeld voor een aan te trekken orthopeed, want zijn wegingsfactor was beter." Een ander effect is dat kerntaken dan onder druk komen te staan in een situatie van koppeling, zoals de betreffende arts illustreert: "Er is een halve fte WP gealloceerd voor onderzoek, maar dat doet ie van zijn levensdagen niet want dan kunnen we de productie niet halen. En het vervelende is ook dat als je kijkt naar de financiële stromen, een onderproductie in zorg per uur is zeven maal zo kostbaar als een onderproductie in onderwijs. Daar zit een verhouding één op zeven op. Dus als je al ergens een veer laat, dan laat je dat in het onderwijs en in het onderzoek en nooit in de patiëntenzorg. Dan ga je daar op de rand van het toelaatbare lopen. Dan maak je de collegezaal groter en laat je de jongelui op de trappen zitten." Het specialisme staat binnen het ziekenhuis niet bekend om sterke onderzoekslijnen. Zoals de manager bedrijfsvoering opmerkt: "Die afdeling ziet relatief maar weinig onderzoek, ze hebben daar de formatie ook niet voor. Dus dat afdelingshoofd heeft het ook niet gemakkelijk in het centrum in dat opzicht." Dat de afdeling desalniettemin niet in de financiële problemen komt, is volgens de manager bedrijfsvoering te danken aan de grote hoeveelheid (topreferente) patiëntenzorg en de efficiënte organisatie daarvan.

Opvallend genoeg is het afdelingshoofd vrij mild naar de andere afdelingen binnen het centrum. Hij verwacht niet dat die hem financieel te hulp zullen schieten, want hij heeft sterk oog voor het feit dat ieder strijdt voor de eigen patiëntenbelangen. Het gevoel dat het systeem leidt tot redelijke budgetten moet daarom vooral worden gezien in het licht van gebrek aan haalbare alternatieven. Bovendien is er niet één afdeling die het met het gegeven budgetteringssysteem financieel niet zou kunnen redden (zie bovenstaande opmerkingen van de manager bedrijfsvoering). Met name is ook binnen het systeem enige 'gaming', i.c. sturing op geld mogelijk, zoals hierna zal blijken.

8. Interne budgettering bij centrum A

De toepassing van koppeling van afdelingen gaat samen met een sluitende exploitatie van het centrum als geheel. De in paragraaf 8.3 genoemde doelstellingen die de manager bedrijfsvoering in de interne budgettering nastreeft, geeft hij ook een hoge score wat betreft de realisatie. Het budgetteringssysteem stelt hem in staat afdelingen in sterke mate op hun budgetten aan te sturen en hen integraal verantwoordelijk te maken, ook voor de opbrengsten die voor de budgettaire dekking van het centrum zorgen. Bovendien biedt het hem de mogelijkheid afdelingshoofden te helpen sturen op opbrengsten, waardoor de exploitatie kan worden verbeterd en middelen kunnen worden gecreëerd voor het realiseren van kerntaken.

Die financiële beheersing wordt op verschillende wijzen gerealiseerd via de toegepaste koppeling. Aangezien lagere productie direct leidt tot derving van opbrengsten voor de afdeling en daarmee tot verlaging van het budget, worden afdelingshoofden gedwongen alert te blijven op efficiencyverbetering binnen hun afdeling als bron van besparingen, zeker in tijden van bezuinigingen. Zoals de manager bedrijfsvoering stelt: “We zijn ook echt zuinig geweest. Want zo rijk waren afdelingen niet. Maar er is heel erg geïnvesteerd in: wat kan er minder. Dus die afdelingen hebben dat zelf gedaan. Dat heeft in mijn optiek te maken met welke input afdelingen krijgen.” Die input bestaat onder andere uit het effect van koppeling. De centrumvoorzitter bevestigt de kostenbewuste houding waar afdelingshoofden die ook voor hun eigen budget verantwoordelijk zijn door bezuinigingen toe worden gedwongen: “Iedereen is veel bewuster gaan denken over geld, over productie, over getallen. De vanzelfsprekendheid waarmee bepaalde dingen zijn ingesloten. (...) Moeten patiënten met kwaal X inderdaad ieder jaar komen, moet er ieder jaar bloed geprikt worden? Dat is maar de vraag. Kan die gewoon terug naar de huisarts tot de medicijnen worden afgebouwd of veranderd? Die vraag wordt nu steeds vaker gesteld. (...) Iemand een paar keer per jaar terug zien zonder dat dat enige financiële consequenties heeft (bedoeld wordt zonder dat dat leidt tot extra opbrengsten, BC), is haast niet meer op te brengen.” Opvallend is dat de bezuinigingsdruk het gevoel van integrale managementverantwoordelijkheid en de bewustwording hoe het systeem van koppeling werkt, heeft aangewakkerd. De beleidsfunctionaris van centrum A geeft aan: “In ieder geval, het financiële besef, toen ik hier begon, was bijzonder laag. En als je kijkt nu: alle afdelingshoofden weten wat een budget is, weten hoe ze afgerekend worden en zijn er zich van bewust. (...) En dat groeit nog steeds.” De zorgmanager van het centrum bevestigt dit beeld: “Dat de bomen niet meer tot in de hemel groeien en dat inkomsten en uitgaven in balans moeten zijn binnen het medisch specialisme en dat je ook stuurt op die balans tussen basiszorg - topklinische zorg - topreferente zorg, dat bewustzijn begint wel steeds meer te groeien.” Een medewerker noemt het volgende concrete voorbeeld: “Vorig jaar was het zo dat het met specialisme A finanieel slecht ging, omdat ze alleen maar dure patiënten hebben. (...) De RvB heeft gezegd: wij compenseren jullie niet, jullie lossen het zelf maar op. (...) De afdeling heeft nu haar beleid zo veranderd dat ze niet alleen nog maar die dure patiënten doen, maar ook verrichtingen A en B. Ja, nu lukt het ze wel. (...) Specialisme A doet het nu heel netjes. Dus heeft het duidelijk toch wel gewerkt.” Naast sturing op de patiëntenmix vindt ook volumebeheersing via capaciteitsplanning plaats om de kosten binnen de perken te houden, zoals een afdelingshoofd aangeeft: “Gezien de enorme vraag dreigen wij voortdurend over te produceren. Als we overschrijden,

8. Interne budgettering bij centrum A

genereert het ook overschrijdingen van het materiële en het apotheekbudget, dan moet er geremd worden. Daarom heb ik elke maand eentwaalfde van het volume laten boeken in allerlei spreekuurplaatsen en opnameplaatsen enzo.”

Het systeem van koppeling leidt er dus toe dat afdelingshoofden hun financieel bewustzijn sterk ontwikkelen. Ze worden daarbij aangemoedigd door management en staf die hen voorzien van financiële informatie. Anders dan in veel literatuur wordt verondersteld en in tegenstelling tot ervaringen elders (zie ook Crom, 2000), ontmoet dit proces weinig weerstand van afdelingshoofden, integendeel. Dat blijkt uit het volgende betoog van een medewerker: “Afdelingen zijn zeer geïnteresseerd. Elke afdeling van het centrum weet precies wat hij wel en niet moet doen. Financieel. (...) Dus zeggen de afdelingen ook: ‘ok, dan moeten we kennelijk dat en dat doen. Want we zijn afhankelijk van die inkomsten.’ Dus men doet nu veel zware dagverplegingen, want dat levert flink geld op. Dus ze sturen wel op budgetten, zal ik maar zeggen, op inkomsten. (...) Wat zeggen ook een heleboel afdelingen: ‘wij gaan een heleboel basiszorg doen, daar krijgen we veel geld voor om onze academiezorg te kunnen financieren.’ Ik bedoel, ze zijn hun eigen ondernemer. En er geweldig goed in. (...) En ze hebben er ook allemaal steeds meer verstand van. Personele budgettering in geld, wat we nu aan het doen zijn. Ze weten het precies. Dus we doen nu een pilot. Een afdeling zegt: ‘als ik dan dit jaar nog maar wacht, want er zit nu een dure persoon en volgend jaar is het definitief, het budget, dan nemen we dan een goedkopere. Dat is het handigst.’ Precies weten ze het.” Dit enthousiasme zal hierna ook nog blijken. Afdelingshoofden zien mogelijkheden de financiële basis te versterken voor academische kerntaken zoals onderzoek, door financieel gunstige productie op te voeren en/of bestaande productie te substitueren voor financieel gunstiger.

Is het voor de financiële beheersmatigheid van de organisatie mogelijk gunstig dat afdelingshoofden zich verdiepen in de financiële prikkels van budgetteringssystemen, er ontstaan ook andere effecten. De tijd die zij spenderen aan dergelijke managementtaken kan sterk toenemen, zoals blijkt uit de beleving van een afdelingshoofd: “Ik houd me de hele dag bezig met geld.” De tijd die gemoeid gaat met dergelijke inspanningen kan uiteraard niet worden besteed aan de kerntaken van het specialisme waar deze professionals bij uitstek vaardig in zijn. Ook ontstaan er conflicten tussen afdelingshoofden enerzijds en management met hun administratieve ondersteuning anderzijds, doordat eerstgenoemden steeds meer op het terrein van het management komen. Een afdelingshoofd schetst hoe hij zich verdiept in de aspecten van de externe budgettering en op basis daarvan het management adviseert welke zaken aandacht verdienen in de onderhandelingen met de zorgverzekeraar. Hij krijgt daarbij niet altijd gehoor. Zoals de manager bedrijfsvoering ook stelt: “Ik kijk of het een kans maakt.” Er spelen namelijk diverse belangen in de onderhandelingen met de zorgverzekeraar. Verantwoordelijkheid nemen voor de inzet van middelen door professionals wordt toegejuicht door het management, maar het leidt er dus ook toe dat management meer tijd kwijt raakt met zich te verantwoorden richting diezelfde professionals. Bovendien kunnen frustraties ontstaan bij afdelingshoofden die het gevoel krijgen niet begrepen of gehoord te worden binnen de eigen organisatie in hun moeizame strijd om voldoende middelen voor

8. Interne budgettering bij centrum A

het realiseren van kerntaken bijeen te vergaren. Een afdelingshoofd refereert aan het schilderij van Repin van de Wolgaslepers: “Ik voel mij als afdelingshoofd gelijk één Wolgasleper. En dan zie je die doedelachtige man met dat schip wat ze tegen de stroom in de Wolga op moeten slepen.” Naast de invloed van persoonsgebonden factoren is de bemoeienis van dit afdelingshoofd vooral ook zo groot vanwege de krapte die hij ervaart in zijn afdelingsbudget, met name als gevolg van een lage wegingsfactor. Een ander afdelingshoofd uit centrum A stelt zich heel anders op als hem wordt gevraagd naar suggesties voor verbetering van de interne budgettering: “Ik laat dat soort technisch-financiële beslissingen over aan managers. (...) Die kunnen het veel beter overzien dan ik. (...) Laten we dat alsjeblieft zo houden.”

Dat de financiële prikkels voortkomend uit koppeling in combinatie met informatieverschaffing over de vergoedingen ook daadwerkelijk invloed hebben op de zorginhoudelijke sturing, blijkt uit verschillende voorbeelden. Een afdelingshoofd stelt: “Je ziet dat wij op die dagverplegingen en zware dagverplegingen sturen, die zijn zonder wegingsfactor. Typisch sturen op geld. (...) Dus daar moet je dan vanuit economische motieven je aandacht op richten. Ik zal het in hard steen nog eens beitel: de teugels van het geld sturen alles. (...) En je ziet dus, die opname wat veel werk is, want iemand opnemen is altijd een vervelende zaak want anders neem je ze niet op, daar krijg je dus helemaal niks voor (als gevolg van de lage wegingsfactor voor dit specialisme, BC). In feite kost dat geld, want de kosten die gemaakt worden tijdens de opname worden niet gedekt met de vergoeding.” Het afdelingshoofd spreekt in dit verband niet van boter- bij- de- vis, maar van margarine- bij- de- vis. Hij vraagt ook commitment van zijn collega- medisch specialisten bij het bepalen van de samenstelling aan dagverplegingen en klinische opnamen: “Ik leg ze uit: jongens, het moet financieel echt zo die kant uit en anders kan het niet.” Er vindt hier dus geen selectie plaats tussen verschillende patiëntencategorieën, maar wel tussen verschillende wijzen van opnemen als gevolg van een gebrek aan adequate dekking van de kosten via koppeling. Ook de zorgverzekeraar kan in dit verband een stempel drukken. Een afdelingshoofd geeft een voorbeeld: “Aandoening X kunnen we poliklinisch analyseren. We hadden een programma om het klinisch te doen maar dat mocht niet van de verzekeraar, dat werd te duur. Wij vonden dat wel een slagvaardige manier om te werken.” Het gaat hier om een patiëntencategorie die veel diagnostisch onderzoek moet ondergaan, waardoor het handig is die klinisch op te nemen, zodat hij niet steeds voor allerlei onderzoeken terug hoeft te komen. De zorgverzekeraar gaat op financiële gronden niet akkoord: de parametervergoeding van een polikliniekbezoek is veel lager dan van een opname met bijbehorende verpleegdagen.

Dat koppeling ook invloed heeft op te behandelen patiëntencategorieën blijkt uit de groei van bepaalde WBMV-zorg bij een specialisme. Reeds is in paragraaf 6.3 gesteld dat deze zorg voor het ziekenhuis financieel aantrekkelijk is. De zorgverzekeraar heeft gezien ‘de spreiding van de schadelast’ over andere zorgverzekeraars ook geen bezwaar tegen groei van deze zorg. Een medewerker schetst dat de groei van deze productie voortkomt uit het doel extra middelen te genereren. Daarmee wordt namelijk een stafplaats voor onderzoek gefinancierd. Hij stelt dat deze financieel interessante productie niet is opgezet vanuit een

8. Interne budgettering bij centrum A

bepaalde onderzoekslijn. Hij concludeert: “Dan ga je dingen doen omdat er geld voor is. Onderzoek trouwens ook. Waar geld voor is, dat doen we. Toch nog veel te weinig je eigen beleid. Maar wat wil je ook, er moet wel geld voor zijn.” De ruimte voor eigen beleid moet worden gecreëerd met marges op financieel gunstige productie.

Wordt financieel gunstige productie aangemoedigd door het systeem, financieel ongunstige productie wordt er door ontmoedigd. Door financiële nood gedwongen beïnvloedt een afdeling zelf de zorgproductie door een bepaalde mate van capaciteit beschikbaar te stellen voor specifieke patiëntenstromen. Dat onderproductie gunstig kan uitpakken, blijkt uit het volgende voorbeeld van een medewerker: “Een lage wegingsfactor is gunstig als je onderproduceert. Dus dat soort afdelingen, die sprongen er eigenlijk in die jaren (van onderproductie, BC) heel gunstig uit. (...) Een heleboel afdelingen hielden wel geld over, maar dat kwam gewoon doordat ze onderproduceerden. En dan hou je met name aan je faciliteiten over. Protheses, implantaten, je labbepalingen, je radiologie. En dan zie je dat nu afdelingen weer flink allemaal aan hun oorspronkelijke cijfers zitten (i.c. de productie is weer sterk toegenomen, BC) dat ze daar niks aan overhouden.”

Spelen financiële prikkels dus een nadrukkelijke rol in de keuzes ten aanzien van zorgverlening, er zijn ook duidelijke grenzen aan. Zoals een afdelingshoofd aangeeft: “Dat sturen is maar heel marginaal mogelijk. Dat is eigenlijk voor de electieve patiënten mogelijk, voor de rest niet.” Aan acute patiënten valt weinig te sturen, zij het dat enige sturing wel mogelijk is zoals reeds in paragraaf 6.3 is aangegeven. Verder wordt sturing beperkt doordat artsen de kwaliteit die zij willen leveren aan de individuele patiënt laten prevaleren boven financiële afwegingen. Op onze vraag of de informatie over kosten en opbrengsten van zorg die door de beleidsfunctionaris is aangeleverd ook nog tot bepaalde effecten heeft geleid op de afdeling, luidt het antwoord van een afdelingshoofd: “Kijk, we proberen altijd kwaliteit bovenaan te stellen. Dus als het nodig is dat iemand vaak gecontroleerd wordt, dan wordt die vaak gecontroleerd, ook al moet daar geld bij. Maar soms is dat toch ook wel een beetje, ja traditie en leidt het nergens toe. En dan zeggen we: ja, dat kost alleen maar geld en die formatie kun je beter inzetten om nieuwe patiënten te zien, want die leveren geld op. Dus ja, we laten ons er wel degelijk door beïnvloeden.” De beleidsfunctionaris van centrum A bevestigt deze sturing en geeft ook de grenzen ervan aan: “De mensen waarbij het onverantwoord is om ze in dagverpleging te nemen, worden klinisch opgenomen”.

Uit voorgaande blijkt dat sturing met name plaatsvindt door de afdelingshoofden. Beleidsinhoudelijke sturing door het centrumbestuur zelf is in geval van koppeling moeilijker dan wanneer middelen niet rekenkundig worden toegekend. De manager bedrijfsvoering van centrum A ervaart dit met name als hij de manager bedrijfsvoering van centrum B waarneemt. Hij merkt dan op: “En dan zie je dus het verschil in aansturing. (...) Het voordeel van een centraal budget of van centraal verdelen is dat je flexibel bent in de aansturing, hè, zoals bij centrum B.” De vraag is welke situatie tot de meest juiste besluiten leidt. Enerzijds kan worden gesteld: het centrumbestuur kan afwegingen maken

8. Interne budgettering bij centrum A

die afdelingsbelangen overstijgen. Zoals de manager bedrijfsvoering stelt: “Heb je een keer ergens een probleem, kun je nooit iets doen als centrum A.” Anderzijds, voor een juiste afweging is het belangrijk dat zij die de zorg bepalen ook de financiële afwegingen maken die met die zorginhoudelijke beslissingen gemoeid gaan. De manager bedrijfsvoering concludeert dat het toch het meest wenselijk is op centrumniveau beleid te kunnen voeren en daarvoor reserves te creëren: “Dus eigenlijk denk ik nu, als wij nu acties moeten ondernemen, op ziekenhuisniveau, om te zeggen: nou ja, zoveel procent blijft daar (hij refereert aan de koppeling die van 100% naar 90% is verlaagd, BC). Dat we dat gelijk nu doen op centrumniveau.” Hij vraagt zich wel af: “Alleen is het lastig, wanneer begin je en waar begin je, hè?” De toenemende behoefte van de manager bedrijfsvoering om een stempel te kunnen drukken op het beleid van het centrum wordt gedeeld door de zorgmanager van het centrum. Hij is van mening dat de wijze van budgetteren binnen het centrum het zorginhoudelijk beleid niet adequaat kan faciliteren. “Als je naar het INK-model kijkt, op de primaire as het patiëntproces en de middelen, personeel en financiën, medewerkers die daar facilitair aan zijn, dat zijn middelen om je primaire proces te sturen, dan moet je daar ook in kunnen sturen. Feitelijk kan dat niet. Dat klopt niet in onze organisatie. (...) Als er dus gekozen is voor een bepaald beleid, dan moet daar ook voldoende budget voor zijn. En nu kan er gekozen worden voor een bepaald beleid en dan is er geen geld.” Hij heeft overigens wel begrip voor de keuzes die gemaakt zijn, of liever gezegd, voor de min of meer automatische voortzetting van het bestaande budgetteringssysteem: “Ik begrijp dat in de reorganisatie hiervoor gekozen is.”

Samengevat ontstaat het volgende beeld van effecten. Is koppeling voor centrum A het systeem waarmee budgettaire rechten van afdelingen in stand blijven, de ervaring leert dat die rechten er ook door worden versterkt. Daardoor versterkt het systeem van koppeling niet alleen zichzelf, maar ook de effecten die er uit voortkomen. Deze zijn divers. Bij een afdeling met lage parametervergoedingen gaat een afdelingshoofd zich sterk verdiepen in het externe budgetteringssysteem, waardoor hij op het terrein van het management en diens staf komt en daarmee in conflict raakt. Verder blijkt koppeling sterk bij te dragen aan een belangrijke doelstelling van het centrumbestuur, namelijk financiële beheersing. Afdelingshoofden voelen zich als gevolg van de effecten van het systeem en het gebruik ervan door het centrumbestuur sterk verantwoordelijk voor budgetten. Toch kan niet worden gesproken van een bevestiging van veronderstelling (e), dat de realisatie van de doelstellingen die met het budgetteringssysteem worden nagestreefd gunstig worden beïnvloed indien het systeem aansluit op de mate van taakonzekerheid en het gebruik daarop is toegesneden. Alhoewel gebruikt om die te realiseren, is het systeem niet bepaald door de doelstellingen van het centrumbestuur. Bovendien is reeds geconstateerd dat weliswaar sprake is van een rekenkundig systeem, maar niet van het juiste waar het taakonzekerheid betreft. Dat laatste blijkt echter het realiseren van de betreffende doelstellingen niet in de weg te staan. Juist het gebrek aan taakonzekerheid leidt wel tot een stabiel taken- en kostenpatroon, waardoor het mogelijk is op stabiele discrepanties tussen kosten en opbrengsten te sturen en zo een sluitende exploitatie te realiseren. Het tweede deel van veronderstelling (e), dat de combinatie van een geringe mate van taakonzekerheid, een sterke mate van koppeling en het sterk vasthouden aan de realisatie

8. Interne budgettering bij centrum A

van het budget, een gunstige invloed zal hebben op de realisatie van de doelstellingen van het budgetteringssysteem, blijkt in die zin wel op te gaan.

Dat de verantwoordelijkheid van afdelingshoofden voor budgetten niet gepaard gaat met veel weerstand, kan worden verklaard door de mogelijkheden die ze hebben om zelf in sterke mate hun productie en daarmee hun middelen te beïnvloeden. De 'control' ten aanzien van de inhoudelijke en financiële sturing ligt derhalve vooral bij de afdelingshoofden, hetgeen overigens door het centrumbestuur als noodzakelijk wordt ervaren. Op het niveau van afdelingen ligt immers de deskundigheid om een afweging tussen zorginhoudelijke en financiële belangen te maken. De rol van het centrumbestuur wordt gezien als faciliterend om afdelingshoofden die afweging zo goed mogelijk te laten maken. De behoefte op centrumniveau de middelen ten behoeve van beleidsvoering te vergroten, duidt echter wel op een bevestiging van veronderstelling (h), dat bij een sterke mate van koppeling de invloed die het management op het beleid (sturing) wenst te hebben, afneemt.

De invloed van koppeling op dat afwegingsproces is groot. Koppeling in combinatie met druk op de budgetten leidt tot efficiencyverbetering en bezinning op de noodzaak van medische verrichtingen. Indirect kan koppeling er toe leiden dat bestaande gewoontes worden doorbroken, hetgeen gunstig is voor de kwaliteit van de zorgverlening.

Efficiencywinsten komen weer ten goede aan de realisatie van kerntaken. Een andere belangrijke impuls van koppeling is sturing door afdelingen op financieel gunstige productie. Dat komt tot uitdrukking in de keuzes van patiëntencategorieën waarin via de beschikbaarstelling van voorzieningen wordt gestuurd. Binnen patiëntencategorieën leiden financiële prikkels tot sturing in de wijze van behandelen. Bij de behandeling van de individuele patiënt prevaleert diens zorginhoudelijke belang boven geld om dezelfde ethische redenen die verklaren waarom afdelingshoofden sterk hun budgetten koesteren. Deze effecten in ogenschouw nemend, wordt veronderstelling (i), dat grote onevenwichtigheden tussen kosten en vergoedingen van zorg in het interne budget tot sterkere financiële sturing en het sterker bewust worden van financiële waarden leiden, bevestigd.

De keuzes in de patiëntenzorg hebben ook invloed op de andere kerntaken. Onder druk van bezuinigingen kan het effect van koppeling zodanig zijn dat interen op onderwijs bijvoorbeeld financieel gunstiger is dan opbrengsten te derven in bepaalde productie. In andere gevallen kan een afdeling als gevolg van de koppeling mogelijk profiteren van minder productie als de minder-kosten hoger zijn dan de minder-opbrengsten. Daardoor zal een verschuiving plaatsvinden van patiëntenzorg naar met name onderzoek. Verder wordt financieel interessante productie gestimuleerd zonder dat die bij hoeft te dragen aan de academische profilering. Wel draagt dergelijke productie daaraan indirect bij door de middelen voor die profilering te genereren. Koppeling heeft derhalve direct en indirect grote invloed op de kerntaken van het centrum. Veronderstelling (f), dat een 'mismatch' tussen taakonzekerheid, systeem en gebruik er toe kan leiden dat de realisatie van de kerntaken negatief wordt beïnvloed, is niet als zodanig te bevestigen of te ontkennen. Weliswaar is er invloed van met name onevenwichtigheden, maar die is niet zonder meer als positief of negatief te bestempelen.

8. Interne budgettering bij centrum A

Aangezien in de loop der tijd afdelingsbudgetten door onder andere bezuinigen knellender zijn geworden, kan wel worden gesteld dat de invloed van financiële prikkels op de kerntaken binnen centrum A steeds groter is geworden. Veronderstelling (g), dat de mate waarin de doelstellingen van de overheid worden gerealiseerd vooral afhankelijk zal zijn van de mate waarin de doelstellingen die met de interne budgettering worden nagestreefd in het verlengde daarvan liggen en er een goede 'match' is tussen systeem, mate van taakonzekerheid en gebruik, kan niet geheel worden bevestigd door het ontbreken van een 'match' tussen systeem en taakonzekerheid. Op de aanverwante vraag binnen veronderstelling (g) in hoeverre overheidsdoelstellingen worden gerealiseerd indien koppeling wordt toegepast, kan het antwoord enerzijds bevestigend luiden: met het doorgeven van financiële prikkels via koppeling worden met name overheidsdoelstellingen die betrekking hebben op financiële beheersing in sterke mate gerealiseerd. Anderzijds draagt koppeling niet bij aan de realisatie van overheidsdoelstellingen voor zover verschuivingen tussen kerntaken en patiëntencategorieën tot vermindering van bepaalde, door de overheid wenselijk geachte productie leidt.

8.6. Andere vormen van control

Onderdeel van het onderzoek is de vraag in hoeverre het centrumbestuur bepaalde vormen van control stimuleert. De sturing op sluitende budgetten is voor de manager bedrijfsvoering van centrum A een belangrijk controlmechanisme, zoals reeds in de vorige paragrafen is beschreven. Zoals geschetst heeft het centrumbestuur maar beperkte mogelijkheden een stempel te drukken op het beleid van het centrum en kan ze daarom weinig ambitieus zijn in haar doelstellingen. De autonomie van afdelingshoofden is groot. Bovendien is ook reeds beargumenteerd dat het centrum in termen van de centrumvoorzitter 'technisch gezien' wel goed functioneert, maar geen vanzelfsprekende eenheid is. Toch wordt nadrukkelijk getracht meer samenhang te kweken. Er vinden discussies plaats over de missie van het centrum en gezamenlijk te koesteren waarden. De inhoudelijke verschillen probeert het centrumbestuur om te buigen in een sterk punt met de stellingname: "wat ons bindt, is diversiteit". De voorzitter ervaart ook daadwerkelijk dat "de heterogeniteit van het centrum ook zijn kracht kan zijn." Misschien doordat men weinig inhoudelijke raakvlakken met en belangen bij elkaar heeft, heeft men goede mogelijkheden vrij en open met elkaar te discussiëren over allerlei problemen en elkaar daarover te consulteren. Ook wordt veel energie gestoken in het verbeteren van de kwaliteit van de beleidsplannen en uitvoeringsrapportages van het centrum. Verder zijn diverse projecten binnen het centrum opgestart met het idee om de gezamenlijkheid van het centrum wat te verbeteren (zie paragraaf 8.3). Ook wordt binnen het centrum aandacht besteed aan management development programma's. Het belang daarvan is vooral afdelingshoofden beter te equiperen om hun integrale managementverantwoordelijkheid uit te oefenen. Bovendien probeert het centrumbestuur nadrukkelijk het normen- en waardenpatroon van de medewerkers binnen het centrum te beïnvloeden. De manager bedrijfsvoering stelt: "Dat is de basis van alles. Daar zijn we nu al jaren mee bezig. (...)

8. Interne budgettering bij centrum A

Dat je afspraken maakt, dat je duidelijk bent, dat je afrekenet op resultaat. (...) Mensen willen ook afgerekend worden op resultaten. Dus de vrijblijvendheid is er af. Maar ook dingen als elkaar aanspreken op zaken. Verder kijken dan je eigen stukje. Dat resulteert natuurlijk allemaal in een betere organisatie.” Het centrum volgt in dit proces niet zozeer een eigen lijn, maar de lijn die gezamenlijk met de RvB en andere centra is uitgezet. Het achterliggende doel dat hierbij wordt nagestreefd, is ervoor te zorgen dat met name afdelingshoofden zich sterker bewust worden van hun verantwoordelijkheid voor middelen en het realiseren van een inhoudelijk beleid dat aansluit op de speerpunten van het ziekenhuis. De instrumenten die daarbij worden ingezet, zijn reeds besproken in paragraaf 6.4. Bovendien investeert het centrum sterk in de informatievoorziening naar de afdelingshoofden, onder andere door het verspreiden van notulen van de RvB en het centrumbestuur. Afdelingshoofden weten zo wat beide besturingsniveaus willen en de hoop is “dat zij weer hun mensen meenemen”, aldus de manager bedrijfsvoering. Om haar invloed op het afdelingsbeleid te vergroten, dringt het centrumbestuur er op aan sterker bij de benoeming van afdelingshoofden betrokken te zijn, zoals de zorgmanager aangeeft: “Hoogleraar A gaat weg en er komt een nieuwe, dan hebben wij (als centrumbestuur, BC) heel expliciet gezegd: ja, daar moeten wij nu bij betrokken zijn, want dat bepaalt wel degelijk de keuzes die gemaakt worden qua onderzoek en zorg. (...) Dat lag altijd bij de RvB. Dat heeft implicaties voor onderzoek, dat heeft implicaties voor zorg, patiëntengroepen, keuzes die gemaakt worden. Daar willen wij een grote stem in gaan hebben. (...) Of het zelfs over gaan nemen.”

De hiervoor beschreven controlvormen dragen het stempel van personnel control. Getracht wordt waarden en attitudes te beïnvloeden. Personnel control wordt dus enerzijds toegepast om de effecten van de reeds sterke accounting control nog verder te versterken. Anderzijds dient ze om het zorginhoudelijke beleid waar afdelingen grote autonomie in hebben meer richting te geven. Alhoewel de autonomie van afdelingen groot is, zoals reeds is gebleken in het voorgaande, is de invloed van deze personnel control in de tijd groeiende. De centrumvoorzitter geeft in dit verband aan, “dat de rol van het centrumbestuur en de centrumvoorzitter toch in de loop van die paar jaar dat we daar mee draaien belangrijker is geworden. Ja.”

Dat al deze inspanningen hun vruchten afwerpen, is aan het begin van dit hoofdstuk beschreven. De centrumvoorzitter wijst op de uitwerking van de centrumvorming en de integratie van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg. Hij doelt vooral op de integratie binnen afdelingen en de rol die het centrumbestuur daarin speelt. Ook is de betrokkenheid van afdelingshoofden groot in deze ontwikkeling, zoals de manager bedrijfsvoering aangeeft. Niet alleen wordt het centrum vaak naar voren gehaald als het beste centrum waar het de toepassing van managementrapportages en managementcontracten betreft. Deze resultaten worden ook direct weer door het centrumbestuur aangewend om de afdelingen verder te stimuleren in zowel de ontwikkeling van hun kerntaken als hun bedrijfsvoering door ze nadrukkelijk onder de aandacht te brengen van de afdelingshoofden. Bovendien versterken deze positieve ontwikkelingen het vertrouwen van afdelingshoofden in het centrumbestuur en in elkaar. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het

8. Interne budgettering bij centrum A

feit dat afdelingen het centrumbestuur meer bevoegdheden toekennen door bepaalde prijscompensaties op centrumniveau als beleidsruimte aan te houden, in plaats van door te geven aan afdelingen zoals gebruikelijk was. De manager bedrijfsvoering probeert een verklaring te geven voor deze ontwikkelingen: “Hoe dat zo gekomen is, dat is een groeiproces natuurlijk geweest. Maar ook: ieder wil zijn eigen afdeling.” Zoals reeds eerder aangegeven, draagt de grote speelruimte die het centrumbestuur afdelingen toestaat binnen bepaalde (financiële) kaders bij aan deze ontwikkelingen, omdat ze vindt dat de afweging van geld en inhoud in één hand, namelijk de doktershand, moet liggen. Met de koppeling weten de afdelingen waar ze financieel aan toe zijn als ze bepaalde keuzes maken. Ze weten zich daarbij door het centrumbestuur met haar ondersteunende staf maximaal gefaciliteerd. Dat leidt tot vertrouwen en betrokkenheid.

Op onze vraag of het centrumbestuur de ontwikkeling van protocollen stimuleert, antwoordt een afdelingshoofd: “Ik denk dat dat vooral uit het specialisme zelf komt.” De manager bedrijfsvoering bevestigt dit door aan te geven dat door het centrumbestuur niet expliciet op protocollen wordt gestuurd. Wel wordt indirect invloed op protocollen uitgeoefend door bij te dragen aan de ontwikkeling van bepaalde zorgvormen, zoals pre-operatieve screening en kort-verblijf-afdelingen. Zoals de manager bedrijfsvoering aangeeft: “Dus we sturen in soorten zorg waardoor we het voor het ziekenhuis en de patiënt beter maken, zowel in kwaliteit als in kwantiteit.” Hij stelt dat deze sturing hand in hand moet gaan met het versterken van efficiënt en effectief middelengebruik. Verder speelt de zorgmanager van het centrum organisatiebreed een sterke rol in het stimuleren van de toepassing van protocollen, maar dat beleid wordt vooral gestimuleerd door de RvB. Geconcludeerd kan worden dat op een hoog abstractieniveau het centrumbestuur gedrag, i.c. de zorgverlening probeert te beïnvloeden. Het nadrukkelijk sturen door het centrumbestuur op het uitoefenen van behavior control door afdelingshoofden vindt echter niet plaats.

In het onderzoek is beargumenteerd dat met name afdelingshoofden in staat zijn verschillende vormen van control als substituten of aanvullingen te gebruiken. De vraag is in hoeverre het centrumbestuur er in slaagt hen tot bepaalde vormen van control aan te zetten. Voor wat betreft accounting control blijkt dat goed te lukken, zoals is gebleken bij het bespreken van de effecten in de vorige paragraaf. De centrumvoorzitter geeft aan: “Iedereen is veel bewuster gaan denken over geld, over productie, over getallen, over de vanzelfsprekendheid waarmee bepaalde dingen zijn ingesleten.” Afdelingshoofd van specialisme A heeft een sterke attitude tot sterke bemoeienis met financiële instrumenten, terwijl het afdelingshoofd van specialisme B sterk in zijn maag zit met een tekort van zijn afdeling: “ja, dat vind ik vervelend, jazeke!” Hij tracht op diverse manieren dat tekort te verkleinen, onder andere door in sterkere mate afwegingen te maken bij de noodzaak van bepaalde verrichtingen. Zoals in de vorige paragraaf ook is gebleken, zijn beide afdelingshoofden ook zeer geïnteresseerd in informatie over welke productie en welke behandelingswijze bijdragen aan het realiseren van een sluitende exploitatie van hun afdelingen. Beide hechten ook belang aan protocollering als instrument van behavior control. Afdelingshoofd B stelt: “De meeste protocollen zijn van belang voor de kwaliteit.

8. Interne budgettering bij centrum A

Maar het is natuurlijk wel zo dat als je bepaalde groepen patiënten wilt aantrekken, als je je wilt profileren, dat je er verstandig aan doet eerst een protocol te maken. (...) Meestal doen we dat omdat we er ook onderzoek aan willen koppelen en dan heb je al helemaal een protocol nodig. Dus het geldt eigenlijk voor allebei." Protocollen worden door hem ingezet om kwaliteit te realiseren, maar ook om bepaalde sturing (op onderzoek) te faciliteren. Daarnaast wordt het protocol uit financiële noodzaak aangescherpt, zoals in paragraaf 8.5 is aangegeven. Verder wordt kwaliteit, naast incidenteel extern toezicht via visitaties, vooral via self control bewaakt, zoals afdelingshoofd B stelt: "De kwaliteit van zorg, er zijn natuurlijk wel visitaties, ik denk dat we dat voornamelijk zelf doen." Afdelingshoofd A hecht ook groot belang aan protocollair werken, maar koppelt dat zelf aan wat ze noemt 'clanstimulering' ter verbetering van het door ons gehanteerde begrip clan control: "Ik geloof echt meer in de positieve stimulering en het laten zien welk belang het heeft wat je doet, dan dat je zegt: het protocol regel 4 alinea 5 zegt dit en dus waarom heb je je niet daaraan gehouden."

Beide afdelingshoofden onderscheiden zich in de mate waarin ze een stempel op hun afdelingen drukken. Dat heeft met diverse factoren te maken. Het zit in de persoon van afdelingshoofd A om zich nadrukkelijk te bemoeien met een breed scala aan onderwerpen. Dat ziet hij ook heel sterk als zijn rol. De rede uitgesproken bij zijn aanvaarding van het ambt van hoogleraar bevat talloze voorbeelden van kostenberekening, met vaak als strekking dat de vergoeding voor de zorg verleend door zijn specialisme ontoereikend is. Hij drukt tevens een sterk stempel op de wijze van zorgverlening en hoe die binnen zijn afdeling is georganiseerd en hij stuurt sterk op middelen. Daar is gezien een lange historie van een in zijn ogen krap afdelingsbudget ook altijd noodzaak toe geweest. Afdelingshoofd B heeft als gevolg van de aard van zijn vakgebied te maken met meerdere hoogleraren binnen zijn afdeling die aparte onderzoeksterreinen hebben. Binnen de afdeling is daardoor de autonomie van individuen groter, daarbij gefaciliteerd door over het algemeen ruime (onderzoeks)budgetten. Afdelingshoofd B wordt verder door diverse geïnterviewde personen getypeerd als iemand die weloverwogen en op basis van consensus zijn afdeling bestuurt. Beide afdelingshoofden bedienen zich met andere woorden wel van een gelijke mix aan controlinstrumenten die ook gelijkgerichte doelen dienen, maar leggen bij de invulling daarvan accentverschillen. Zoals beargumenteerd liggen de oorzaken daarvan in persoonlijkheidskenmerken, de samenstelling van de afdelingen en een historie van wel of niet krappe budgetten. Was bij afdeling A behavior control c.q. het stimuleren daarvan via protocollen als aanvulling op accounting control reeds aanwezig, bij afdeling B is die behoefte toegenomen als gevolg van ontstane budgettekorten.

Opvallend is dat het meest taakzekere specialisme A de sterkste mate van accounting control toepast en ook het sterkste accent legt op andere controlinstrumenten ter versterking van accounting control. In de theorie worden verschillende vormen van control vaak als substituten neergezet, waarbij met name accounting control andere vormen van control minder noodzakelijk maakt. Dat het budgetteringssysteem tot een krap budget voor de afdeling leidt, doet niets aan af aan de mogelijkheden van accounting control in deze relatief taakzekere omgeving. De gebreken van de informatievoorziening spelen hierin een rol. Het afdelingshoofd kan collega's aanspreken op de inzet van

8. Interne budgettering bij centrum A

middelen voor specifieke patiënten als dat blijkt uit registraties. Dergelijke informatie is echter niet voorhanden, zoals reeds eerder is gesteld. Accounting control vindt daarom vooral plaats op het niveau van kostensoorten. Andere controlinstrumenten worden ingezet om attitudes en gedrag te realiseren waardoor die kostensoorten niet worden overschreden. Of accounting control en andere vormen van control elkaar versterken of als substituten fungeren, wordt dus in belangrijke mate beïnvloed door de kwaliteit van de informatievoorziening.

In paragraaf 3.7 is het verband gelegd tussen taakonzekerheid, de toepassing van management accountingsystemen als controlinstrument en andere vormen van control. Daarbij is onder andere aangesloten bij bevindingen van Abernethy and Brownell (1997) in navolging van Perrow. Bij een geringe mate van taakonzekerheid zou het gebruik van accounting control geschikt zijn voor sturing en beheersing, terwijl bij een hoge mate van taakonzekerheid juist het accent zou moeten worden gelegd op andere vormen van control, zo luidt veronderstelling (j). Reeds is geconstateerd in paragraaf 8.2 dat taakonzekerheid geen enkele invloed heeft op de toepassing van budgetteringssystemen: elke afdeling wordt op gelijke wijze gebudgetteerd, waarbij het gebruik zich kenmerkt door het sterk vasthouden aan budgetten voor alle afdelingen. Het centrumbestuur maakt evenmin onderscheid naar de toepassing van verschillende mixen van controlinstrumenten waar het de verschillende afdelingen betreft. Wel is de betekenis van controlinstrumenten verschillend. Accounting control speelt een belangrijke rol om kostenbeheersing te realiseren en middelen vrij te spelen voor het realiseren van kerntaken. Andere controlinstrumenten worden door het centrumbestuur met name ingezet om het beleid van afdelingen te beïnvloeden, i.c. hen te stimuleren daarin bepaalde accenten te leggen. Waar het de toepassing van controlinstrumenten van afdelingshoofden betreft, is accounting control een sterkere rol gaan spelen. Tegen de achtergrond van een krappe financiële situatie zijn ze daarin gestimuleerd door het centrumbestuur. Andere vormen van control worden ook toegepast, enerzijds vanwege het realiseren van doelstellingen als kwaliteit, anderzijds om bij te dragen aan het realiseren van doelstellingen van accounting control. Dat accounting control in een relatief taakzekere omgeving niet volstaat voor dat doel, maar daarvoor wordt aangevuld met andere vormen van control, wordt veroorzaakt door de ontoereikende kwaliteit van de informatievoorziening. Verschillen tussen afdelingen hebben betrekking op accenten die gelegd worden, niet op de keuze van controlinstrumenten. De invloed van het budgetteringssysteem is hier weer voelbaar, doordat de financiële krapte van invloed is op die accenten.

8.7. Samenvatting

Het budgetteringssysteem van centrum A kenmerkt zich door een grote mate van inputbudgettering, tot uitdrukking komend in een historisch budget, terwijl voor de mutaties de combinatie van output- en procesbudgettering geldt (output- met betrekking tot WBMV, proces- voor wat betreft reguliere productieparameters). In termen van verantwoordelijkheidscentra worden afdelingen vooral beschouwd als resultatencentra. Ze

8. Interne budgettering bij centrum A

worden niet alleen afgerekend op gebudgetteerde kosten sec, maar op het per saldo resultaat tussen kosten en opbrengsten. Is het historische deel van het kostenbudget gedekt binnen het in het verleden opgebouwde externe budget, plussen en minnen in de kosten moeten worden gedekt met plussen en minnen die de afdeling genereert in het externe budget. Eventuele tekorten en overschotten worden door het centrumbestuur met de afdelingen verrekend via de afdelingsreserves.

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, gaat niet op bij centrum A. Veronderstelling (a) dat de prijsbasis bij een hoge mate van koppeling vooral zal zijn ingegeven door de mate waarin CTG-vergoedingen aansluiten op de kosten van zorg, gaat eveneens niet op: de prijsbasis is identiek voor alle afdelingen en voor alle soorten zorg. Een conclusie in hoeverre het budgetteringssysteem voor de afdeling Neurologie aansluit op de mate van taakonzekerheid van dit specialisme is niet zonder meer te trekken, doordat geen duidelijk beeld is verkregen over die mate van taakonzekerheid. In ieder geval wordt voor dit specialisme een rekenkundig budgetteringssysteem toegepast waarvan duidelijk is dat het niet het juiste rekenkundige systeem is, zo een dergelijk systeem al het beste zou passen bij de mate van taakonzekerheid. Bij de budgettering van de afdeling Oogheelkunde lijkt niet zozeer sprake te zijn van een fout van het type I of II, maar van de fout dat een verkeerd rekenkundig systeem wordt toegepast in een situatie die zich vanwege een relatief hoge mate van taakzekerheid wel lijkt te lenen voor een dergelijk systeem. Deze conclusie kan echter ook niet zonder meer worden getrokken, doordat de vereiste voorwaarden van informatievoorziening niet zijn vervuld.

Anders dan veronderstelling (b) luidt, bepalen niet de doelstellingen van het centrumbestuur het systeem van budgetteren van het centrum, maar vormt het systeem een randvoorwaarde waarbinnen de doelstellingen worden gerealiseerd. Daarom kan ook niet worden geconcludeerd dat koppeling wordt toegepast om overheidsdoelstellingen te realiseren of discussies over het te voeren beleid te voorkomen. Dat het budgetteringssysteem wordt ervaren als gegeven heeft met diverse factoren te maken. Doordat budgetten niet alleen een financieel-materiële betekenis hebben, maar ook een ethische lading dragen, worden historische budgetten en gevestigde budgetmutatiesystemen als rechten ervaren. Tornen aan die rechten is een directe bedreiging van potentieel te leveren patiëntenzorg en dat staat haaks op de eed die medisch specialisten hebben gezworen. Medische ethiek is een belangrijke contingente factor in een medisch-professionele omgeving voor het kunnen veranderen van budgetteringssystemen. Het gebrek aan inzicht in de kosten van kerntaken in relatie tot budgetten en de omvang van het centrum zijn andere factoren die vruchtbare discussies over het budgetteringssysteem belemmeren.

De manager bedrijfsvoering streeft in lijn met het ziekenhuisbeleid een besturingsmodel van integrale managementverantwoordelijkheid van de afdelingshoofden na, waarbinnen het realiseren van een sluitende exploitatie een belangrijke plaats inneemt. Vanuit het

8. Interne budgettering bij centrum A

belang van een sluitende exploitatie, stuurt de manager bedrijfsvoering sterk op het voorkomen van overschrijdingen van afdelingsbudgetten. Gaat veronderstelling (c) niet op dat het budgetteringssysteem is gekozen om financiële sturing en beheersing te realiseren tegen de achtergrond van toegenomen financiële risico's (het systeem wordt beschouwd als een gegeven, zie vorige paragraaf), dat neemt niet weg dat het systeem daar wel in sterke mate voor wordt gebruikt en met succes. Verder worden afdelingen gefaciliteerd om financiële ruimte te creëren ten behoeve van het realiseren van kerntaken waar geen adequate dekking in het budget tegenover staat. Gezien de onvermijdelijkheid dat er een afweging moet plaatsvinden tussen zorginhoudelijke keuzes en de besteding van beperkt beschikbare middelen, wordt de verantwoordelijkheid voor die afweging neergelegd op het niveau waar die keuzes het beste gemaakt kunnen worden, namelijk bij het afdelingshoofd. Het gebruik van budgetten kenmerkt zich verder door enige mate van compensatie van de tekortkomingen van het budgetteringssysteem, maar deze soeplesse kan gezien de beperkte middelen geen grootschalige vormen aannemen. De mate van vasthouden aan de realisatie van budgetten staat los van de mate van taakonzekerheid c.q. de 'match' tussen systeem en taakonzekerheid, anders dan was verwacht conform veronderstelling (d).

Is koppeling voor centrum A het systeem waarmee budgettaire rechten van afdelingen in stand blijven, de ervaring leert dat die rechten er ook door worden versterkt. Daardoor versterkt het systeem van koppeling niet alleen zichzelf, maar ook de effecten die er uit voortkomen. Deze zijn divers. Bij een afdeling met lage parametervergoedingen gaat een afdelingshoofd zich sterk verdiepen in het externe budgetteringssysteem, waardoor ze op het terrein van het management en hun staf komt en daarmee in conflict raakt. Verder blijkt koppeling sterk bij te dragen aan een belangrijke doelstelling van het centrumbestuur, namelijk financiële beheersing. Afdelingshoofden voelen zich als gevolg van de effecten van het systeem en het gebruik ervan sterk verantwoordelijk voor budgetten. Toch kan niet worden gesproken van een bevestiging van veronderstelling (e), dat de realisatie van de doelstellingen die met het budgetteringssysteem worden nagestreefd gunstig worden beïnvloed indien het systeem aansluit op de mate van taakonzekerheid en het gebruik daarop is toegesneden. Het systeem is niet bepaald door de doelstellingen van het centrumbestuur, alhoewel het daarvoor wel nadrukkelijk wordt gebruikt. Bovendien is reeds geconstateerd dat weliswaar sprake is van een rekenkundig systeem, maar niet van het juiste waar het taakonzekerheid betreft. Dat laatste blijkt echter het realiseren van de betreffende doelstellingen niet in de weg te staan. Juist het gebrek aan taakonzekerheid leidt wel tot een stabiel taken- en kostenpatroon, waardoor het mogelijk is op stabiele discrepanties tussen kosten en opbrengsten te sturen en zo een sluitende exploitatie te realiseren. Het tweede deel van veronderstelling (e), dat de combinatie van een geringe mate van taakonzekerheid, een sterke mate van koppeling en het sterk vasthouden aan de realisatie van het budget, een gunstige invloed zal hebben op de realisatie van de doelstellingen van het budgetteringssysteem, blijkt in die zin wel op te gaan.

Dat de verantwoordelijkheid van afdelingshoofden voor budgetten niet gepaard gaat met veel weerstand, kan worden verklaard door de mogelijkheden die ze hebben om zelf in

8. Interne budgettering bij centrum A

sterke mate hun productie en daarmee hun middelen te beïnvloeden. De ‘control’ ten aanzien van de inhoudelijke en financiële sturing ligt derhalve vooral bij de afdelingshoofden, hetgeen overigens door het centrubestuur als noodzakelijk wordt ervaren. Op het niveau van afdelingen ligt immers de deskundigheid om een afweging tussen zorginhoudelijke en financiële belangen te maken. De rol van het centrubestuur wordt gezien als faciliterend om afdelingshoofden die afweging zo goed mogelijk te laten maken. De behoefte op centrumniveau de middelen ten behoeve van beleidsvoering te vergroten duidt echter wel op een bevestiging van veronderstelling (h), dat bij een sterke mate van koppeling de invloed die het management wel op het beleid (sturing) wenst te hebben, afneemt.

De invloed van koppeling op dat afwegingsproces is groot. Koppeling in combinatie met druk op de budgetten leidt tot efficiencyverbetering en bezinning op de noodzaak van medische verrichtingen. Indirect kan koppeling er toe leiden dat bestaande gewoontes worden doorbroken, hetgeen gunstig is voor de kwaliteit van de zorgverlening.

Efficiencywinsten komen weer ten goede aan de realisatie van kerntaken. Een andere belangrijke impuls van koppeling is sturing door afdelingen op financieel gunstige productie. Dat komt tot uitdrukking in de keuzes van patiëntencategorieën waarin via de beschikbaarstelling van voorzieningen wordt gestuurd. Binnen patiëntencategorieën leiden financiële prikkels tot sturing in de wijze van behandelen. Bij de behandeling van de individuele patiënt prevaleert diens zorginhoudelijke belang boven geld om dezelfde ethische redenen die verklaren waarom afdelingshoofden sterk hun budgetten koesteren. Deze effecten in ogenschouw nemend, wordt veronderstelling (i) dat grote onevenwichtigheden tussen kosten en vergoedingen van zorg in het interne budget tot sterkere financiële sturing en het sterker bewust worden van financiële waarden leiden, bevestigd.

De keuzes in de patiëntenzorg hebben ook invloed op de andere kerntaken. Onder druk van bezuinigingen kan het effect van koppeling zodanig zijn dat interen op onderwijs bijvoorbeeld financieel gunstiger is dan opbrengsten te derven in bepaalde productie. In andere gevallen kan een afdeling als gevolg van de koppeling mogelijk profiteren van minder productie als de minder-kosten hoger zijn dan de minder-opbrengsten. Daardoor zal een verschuiving plaatsvinden van patiëntenzorg naar met name onderzoek. Verder wordt financieel interessante productie gestimuleerd zonder dat die bij hoeft te dragen aan de academische profilering. Wel draagt dergelijke productie daaraan indirect bij door de middelen voor die profilering te genereren. Koppeling heeft derhalve direct en indirect grote invloed op de kerntaken van het centrum. Veronderstelling (f), dat een ‘mismatch’ tussen taakonzekerheid, systeem en gebruik er toe kan leiden dat de realisatie van de kerntaken negatief wordt beïnvloed, is niet als zodanig te bevestigen of te ontkennen. Weliswaar is er invloed van met name onevenwichtigheden, maar die is niet zonder meer als positief of negatief te bestempelen.

Aangezien in de loop der tijd afdelingsbudgetten door onder andere bezuinigen knellender zijn geworden, kan wel worden gesteld dat de invloed van financiële prikkels op de kerntaken binnen centrum A steeds groter is geworden. Met het doorgeven van die prikkels via koppeling worden met name overheidsdoelstellingen die betrekking hebben op financiële beheersing in sterke mate gerealiseerd, hetgeen een gedeeltelijke bevestiging

8. Interne budgettering bij centrum A

is van veronderstelling (g). Koppeling draagt echter niet bij aan de realisatie van overheidsdoelstellingen voor zover die leidt tot verschuivingen tussen kerntaken en patiëntencategorieën en daardoor tot vermindering van bepaalde, door de overheid wenselijk geachte productie.

Veronderstelling (j), dat bij een geringe mate van taakonzekerheid het gebruik van accounting control geschikt zou zijn voor sturing en beheersing, terwijl bij een hoge mate van taakonzekerheid juist het accent zou moeten worden gelegd op andere vormen van control, blijkt bij centrum A niet op te gaan. Taakonzekerheid blijkt geen enkele invloed te hebben op de toepassing van budgetteringssystemen: elke afdeling wordt op gelijke wijze gebudgetteerd, waarbij het gebruik zich kenmerkt door het sterk vasthouden aan budgetten voor alle afdelingen. Het centrumbestuur maakt evenmin onderscheid naar de toepassing van verschillende mixen van controlinstrumenten waar het de verschillende afdelingen betreft. Wel is de betekenis van controlinstrumenten verschillend. Accounting control speelt een belangrijke rol om kostenbeheersing te realiseren en middelen vrij te spelen voor het realiseren van kerntaken. Andere controlinstrumenten worden door het centrumbestuur ingezet met name ingezet om het beleid van afdelingen te beïnvloeden, i.c. hen te stimuleren daarin bepaalde accenten te leggen.

Waar het de toepassing van controlinstrumenten van afdelingshoofden betreft, is accounting control een sterkere rol gaan spelen. Tegen de achtergrond van een krappe financiële situatie zijn ze daarin gestimuleerd door het centrumbestuur. Andere vormen van control worden ook toegepast. Speelt clan control traditioneel al een sterke rol binnen medisch professionele afdelingen vanwege het realiseren van doelstellingen als kwaliteit (zie ook paragraaf 3.7), verschillende vormen van control blijken ook bij te dragen aan het realiseren van doelstellingen van accounting control. Dat accounting control in een relatief taakzekere omgeving niet volstaat voor dat doel, maar daarvoor wordt aangevuld met andere vormen van control, wordt veroorzaakt door de ontoereikende kwaliteit van de informatievoorziening. Verschillen tussen afdelingen hebben betrekking op accenten die gelegd worden, niet op de keuze van controlinstrumenten. De invloed van het budgetteringssysteem is hier weer voelbaar, doordat de financiële krapte van invloed is op die accenten.

¹ De OK neemt in een ziekenhuis een sleutelpositie in. De mate van beschikbaarheid van OK-tijd bepaalt namelijk hoeveel patiënten een snijdend specialist kan behandelen. Het is tevens het domein waar hij zijn vaardigheden kan uitoefenen en zich verder kan bekwamen. Bovendien is de opleidingsbevoegdheid en het onderzoek gekoppeld aan patiëntenstromen. Om deze functies uit te oefenen is voldoende kritische massa aan patiëntenstromen benodigd. Niet in de laatste plaats wordt met de patiëntenstroom de financiële basis voor het centrum / de afdeling gelegd. Aangezien in specifieke gevallen (met name WBMV-productie) de mutaties in de opbrengsten groter zijn dan in de kosten binnen bepaalde bandbreedtes, leidt minder productie dan tot financiële problemen. Ergo, beperking van OK-tijd heeft verstrekkende inhoudelijke en financiële gevolgen.

