

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.

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

De algemene en academische ziekenhuizen staan op de drempel van een nieuw tijdperk waar het de financiering van de zorg betreft. Onlangs is de eerste stap gezet: per 1 januari 2005 vindt een deel van de bekostiging van ziekenhuizen daadwerkelijk door middel van DBC's plaats (het B-segment), terwijl in de declaratiesfeer DBC's uit het A-segment worden toegepast (zie ook paragraaf 2.5). Bovendien is aan de invoering van DBC's reeds jaren van voorbereidend werk vooraf gegaan. Daarbij geldt wel de kanttekening dat de academische ziekenhuizen bij de ontwikkeling van DBC's een minder prominente rol hebben gespeeld dan de algemene ziekenhuizen. Vanwege de minder grote betrokkenheid bij de opzet en het recente tijdstip van invoering van DBC's hebben de in dit hoofdstuk gepresenteerde onderzoeksbevindingen voornamelijk het karakter van verwachtingen en slechts in geringe mate van daadwerkelijke ervaringen.

Reeds is verantwoord in paragraaf 4.2 dat het veldonderzoek naar de budgettering met FB-parameters zich toespitst op hun rol in de interne budgettering, i.c. de mate van koppeling en de invloed die doelstellingen en contingente factoren daarop hebben. Naast de invloed op deze thema's is de betreffende ziekenhuizen ook gevraagd een indruk te geven van de gevolgen van DBC's voor het gebruik van budgetten en de effecten van interne budgettering. De achtergrond hiervan is met name de maatschappelijke relevantie (i.c. wat zijn de consequenties van DBC's voor de interne budgettering en haar effecten) en het verkrijgen van een ijkpunt voor toekomstig onderzoek. Wat betreft de gevalsstudie is reeds in paragraaf 5.6 gewezen op de terughoudendheid die in de tweede onderzoeksfase is betracht met het stellen van vragen over de mogelijke gevolgen van DBC's. Naast de vertraagde invoering en de beperkte betrokkenheid zijn de centra en hun afdelingen in het ziekenhuis van de gevalsstudie nauwelijks bij deze materie betrokken. Hierdoor is de gedachtevorming omtrent dit thema nog beperkt. Als gevolg hiervan is aan de invloed van DBC's op andere vormen van control geen expliciete aandacht besteed. Daarom wordt volstaan met het geven van indicaties voor zover die bij de bespreking van DBC's naar voren zijn gekomen.

In de navolgende paragrafen zal de verwachte invloed van DBC's per onderzoeksthema (exclusief andere vormen van control) worden gepresenteerd. Per thema zullen eerst de bevindingen van het veldonderzoek worden besproken, vervolgens die van de gevalsstudie. Daarbij zal worden nagegaan wat de invloed is van DBC's op de houdbaarheid van de veronderstellingen zoals geformuleerd in paragraaf 3.8. Achtereenvolgens worden behandeld de verwachte invloed van DBC's op het interne budgetteringssysteem (paragraaf 10.1), de mate van taakonzekerheid (paragraaf 10.2), de overige contingente factoren en doelstellingen (paragraaf 10.3), het gebruik van het budgetteringssysteem (paragraaf 10.4), de effecten van het budgetteringssysteem (paragraaf 10.5) en de toepassing van andere vormen van control (paragraaf 10.6). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting (paragraaf 10.7).

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

10.1. De invloed van DBC's op het interne budgetteringssysteem

De bevindingen uit het **veldonderzoek** geven aan dat DBC's een grote invloed zullen hebben op het vaststellen van de divisie- en afdelingsbudgetten. Deze indruk is gebaseerd op de volgende interviewresultaten:

- De financieel directeurs is gevraagd te reageren op de volgende stelling (zie bijlage II): “De invoering van DBC's zal het mogelijk maken de interne budgettering aanmerkelijk te verbeteren.” Vijf van hen hebben aangegeven het daar enigszins mee eens te zijn, terwijl drie van hen het daar volledig mee eens zijn.
- Zeven van de acht financieel directeurs verwachten een grote invloed van DBC's op de hoogte van afdelingsbudgetten. Slechts één van hen verwacht weinig invloed, omdat de huidige budgetten reëel zijn.
- De mate van budgetdecentralisatie (in de zin van verschuiving van budgetten van leveranciers naar afnemers) en interne verrekening zal volgens de financieel directeurs door de invoering van DBC's sterk toenemen. Dat zal met name veroorzaakt worden door het feit dat de vergoeding voor DBC's gebaseerd is op een integrale kostprijs. Het biedt een aantal ziekenhuizen tevens de mogelijkheid hun besturingsfilosofie (integrale managementverantwoordelijkheid op decentraal niveau) nadrukkelijker te effectueren (zie ook paragraaf 5.3).
- De scores op de verwachte realisatie van doelstellingen en de argumentatie die daarbij gegeven wordt, wijzen in de richting van een sterkere mate van koppeling (zie verder paragraaf 10.3).
- Reeds was geconstateerd dat ziekenhuizen die momenteel op divisieniveau sterk koppelen dat op afdelingsniveau niet of nauwelijks doen. Dat zal met de invoering van DBC's sterk veranderen, hetgeen met name blijkt uit de scores op doelstelling 3 (het vergroten van de flexibiliteit van de interne middelentoewijzing) en de daarbij behorende argumentatie.

Resteert de vraag of de intensivering van de koppeling beperkt blijft tot een mutatiesystematiek of dat DBC's zullen worden aangegrepen om de budgetten van divisies (en hun afdelingen) in totaliteit opnieuw te bepalen (voor zover betrekking hebbend op de zorgcomponent). Onvermijdelijk lijkt dat divisies budgetten berekend op basis van DBC's naast de huidige zorgbudgetten zullen leggen. De vraag is welke betekenis aan die uitkomst wordt toegekend. De verwachting van veel financieel directeurs is dat zij die menen op grond van DBC's op hogere budgetten recht te hebben die middelen ook zullen claimen. In het tegenovergestelde geval zal men aangeven de middelen niet in te kunnen leveren vanwege het hoge aandeel vaste kosten. Bovendien maakt de verwevenheid van academische taken en budgetcomponenten een dergelijke discussie bij voorbaat lastig: betekent een lager DBC-budget mogelijk dat het huidige zorgbudget wordt gebruikt voor de financiering van activiteiten die eigenlijk zouden moeten worden gefinancierd uit andere budgetcomponenten? Met andere woorden: zijn die dan mogelijk te laag vastgesteld? Een zinvolle discussie over de hoogte van budgetten vereist derhalve een parameterisering van alle activiteiten die met de verschillende budgetcomponenten moeten worden gefinancierd. Desalniettemin verwacht het merendeel

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

van de financieel directeurs en managers bedrijfsvoering dat de toepassing van DBC's in de interne budgettering tot herallocaties zal leiden en dus invloed zal hebben op het totale (zorg)budget. Verder zullen herallocaties niet alleen ontstaan door verschillen tussen huidige en herberekende budgetten, maar ook door budgetten voor ondersteunende diensten neer te leggen bij de interne afnemers.

De bevindingen van de **gevalsstudie** bevestigen in belangrijke mate bovenstaande verwachtingen inzake herallocaties van het historisch budget. Zowel de voorzitter van de RvB als de managers bedrijfsvoering achten het zowel wenselijk als onvermijdelijk dat DBC's zullen leiden tot het ter discussie stellen van historische budgetten en het realiseren van herallocaties. De voorzitter stelt: "Ik vind dat de DBC-kostprijssystematiek zal moeten leiden tot een herijking. Ik stel dus de historische budgetten ter discussie." Zoals een manager bedrijfsvoering aangeeft: "Als op enig moment heel inzichtelijk te maken is dat er scheve situaties zijn ontstaan, dan moet je daar toch iets mee doen." Bovendien zijn die discussies goed mogelijk doordat DBC's en hun zorgprofielen goed aansluiten bij de belevingswereld van medisch specialisten, zoals de financieel directeur stelt: "Dat is wat de arts begrijpt." Een manager bedrijfsvoering geeft aan dat sommige afdelingen wat betreft herallocaties ook hun hoop hebben gevestigd op DBC's, i.c. dat historische onrechtvaardigheden worden rechtgetrokken. De onvermijdelijkheid van de herverdeling van budgetten is verder des te groter door de noodzakelijke bezuinigingen. Dat neemt niet weg dat sommigen de kans op herallocaties minder groot achten. Een medisch specialist heeft zijn twijfels vanwege de weerstand van afdelingshoofden, die de budgetten als verworven rechten ervaren (zie paragraaf 7.5). En zolang de invloed van DBC's op het totale budget nog gering is, verwacht ook de financieel directeur nog geen grootschalige herallocaties.

Waar het de mate van koppeling betreft, stelt de voorzitter van de RvB: "DBC's zullen intern heel snel als alternatief voor de functionele budgettering gaan komen. Dat is op zich winst, vind ik. Het is in ieder geval beter dan wat we hadden." Wel wijst hij op de consequenties van het integrale karakter van DBC-vergoedingen. Aangezien in die bekostiging ook een vergoeding zit voor vaste en semi-variabele kosten, acht hij het wenselijk de mate van koppeling onder DBC's minder automatisch op basis van (vaste percentages van) de externe vergoeding te laten plaatsvinden: "Het doorberekenen op het variabele deel moet je dan veel meer onderscheiden van de financiering van het vaste deel. Dus in die zin moet je ook je budgettering in de afdeling meer vast en variabel gaan maken, afgestemd op wat in de DBC vast en variabel is. De huidige systematiek van koppeling wordt genuanceerd." Heeft de voorzitter van de RvB aangegeven dat hij ook bij centrum B een sterkere mate van koppeling wil bij de budgettering van afdelingen (zie paragraaf 7.3), die koppeling zou dus alleen voor het variabele deel moeten gelden. Ook de financieel directeur geeft het risico aan van koppeling zonder meer, zeker als bepaalde afdelingen meer opbrengsten zouden krijgen dan ze nodig hebben om hun kosten te dekken, terwijl andere mogelijk tekorten krijgen en in de problemen komen. Verder zal een volledige koppeling onwenselijk zijn gezien de in paragraaf 7.5 geschetste behoefte middelen af te romen om centraal beleid te kunnen voeren.

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

DBC's zullen dus tot een sterkere mate van koppeling leiden, waarbij de invloed van DBC's niet beperkt zal blijven tot budgetmutaties, maar op het integrale zorgbudget betrekking zal hebben. Wel zal de interne prijsstelling bij het ziekenhuis van de gevalsstudie waarschijnlijk zodanig zijn dat omvangrijke gunstige bezettingsresultaten zullen worden afgeroomd door de RvB c.q. het centrumbestuur.

Luidt veronderstelling (a) dat onder de FB-systematiek de prijsbasis bij een hoge mate van koppeling vooral zal zijn ingegeven door de mate waarin CTG-vergoedingen aansluiten op de kosten van zorg, bij DBC's zal die vergoeding het resultaat zijn van onderhandelingen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar. Weliswaar zal die als grondslag dienen voor de interne prijsstelling, bij het ziekenhuis van de gevalsstudie zal die worden gecorrigeerd voor bezettingsresultaten en worden afgeroomd ten behoeve van de realisatie van beleidsvoering door de RvB.

10.2. DBC's en hun invloed op taakonzekerheid

Op veronderstelling (a), dat vanuit het perspectief van taakonzekerheid de mate van koppeling laag zal zijn bij een hoge mate van taakonzekerheid, terwijl een hoge mate van koppeling zal plaatsvinden bij weinig taakonzekerheid, lijkt de invoering van DBC's niet van invloed. Zoals in bijlage IV zal worden besproken, kan echter de toepassing van externe budgetparameters in de interne budgettering invloed uitoefenen op de technologie. Refererend aan veronderstelling (a) wordt hier volstaan met de conclusie dat door de invoering van DBC's de mate van taakonzekerheid van specialismen zal kunnen verminderen. Is in voorgaande hoofdstukken over de gevalsstudie aangegeven dat taakonzekerheid geen invloed heeft op het interne budgetteringssysteem, de potentie om rekenkundige systemen op grond van een lagere mate van taakonzekerheid toe te passen, lijkt door de invoering van DBC's als gevolg van het toegenomen inzicht in aard, samenstelling en kosten van de zorg toe te nemen. Onder de conditie dat DBC's de zorg in een academisch ziekenhuis en de kosten ervan adequaat representeren, zou voor het taakzekere specialisme oogheelkunde binnen centrum A niet langer sprake hoeven te zijn 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. Van het specialisme neurologie is geen duidelijk beeld verkregen ten aanzien van de mate van taakonzekerheid. Voor de beide taakzekere specialismen orthopedie en cardiologie zou geconcludeerd kunnen worden dat sprake is van een fout van het type I indien het huidige budgetteringssysteem van niet-koppelen wordt voortgezet. Er wordt geen rekenkundig budgetteringssysteem toegepast in een situatie die zich er wel voor leent.

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

10.3. DBC's en de invloed van contingente factoren en doelstellingen

In deze paragraaf zal worden ingegaan op de consequenties van DBC's voor de invloed van doelstellingen en contingente factoren op het interne budgetteringssysteem. Wat betreft de contingente factoren zal vooral worden ingegaan op factoren die aan invloed toenemen. In paragraaf 11.3.2 wordt een meer systematisch overzicht gegeven van de betekenis van DBC's voor alle in dit onderzoek onderkende factoren.

Uit het **veldonderzoek** blijkt dat academische ziekenhuizen over het algemeen positief staan tegenover de invoering van DBC's. Dat blijkt met name ook uit de verwachte invloed van DBC's op de realisatie van de verschillende interne budgetteringsdoelstellingen en uit de scores op de stelling dat DBC's de interne budgettering kunnen verbeteren. Dat de mate waarin externe budgetparameters de hoogte van de interne budgetten bepalen, i.c. de mate van koppeling zal toenemen, beschouwt men zowel wenselijk als onvermijdelijk. Refererend aan de doelstellingen en factoren die het interne budgetteringssysteem bepalen (zie paragrafen 5.3 en 5.4) ontstaat het volgende beeld.

DBC's worden door de meeste financieel directeuren en managers bedrijfsvoering gezien als een grote verbetering in de representatie van de zorgproductie. De DBC-typering wordt beleidsmatig bruikbaar geacht om zorgafspraken mee te maken. Met name de diagnose als onderscheidend kenmerk en de mate van verfijning spelen daarin een belangrijke rol. Eén financieel directeur nuanceert dit belang wel met de kanttekening dat voor het academisch ziekenhuis met name het onderscheid reguliere/topklinische (DBC) versus topreferente zorg beleidsmatig relevant is. Doordat het accent in het academisch ziekenhuis ligt op topreferente zorg heeft verfijning van de reguliere/topklinische zorg met DBC's minder prioriteit. Dat neemt niet weg dat DBC's een belangrijk referentiekader vormen om topreferente zorg af te bakenen van reguliere/topklinische zorg en dat adequate bekostiging van die zorg wel van groot belang is.

Ook zullen DBC's leiden tot een reëlere vergoeding voor gemaakte kosten, zo is de verwachting, blijkend uit de argumenten en de scores op doelstelling 4. Deze doelstelling zal ook sterker worden nagestreefd omdat DBC's dat mogelijk maken. Het risico van sturing op niet meetbare of verkeerd gemeten output en verkeerde financiële prikkels (paragraaf 5.3 punt a visie op sturing) is sterk afgenomen.

Om eventuele efficiencywinsten te kunnen realiseren en om te voorkomen dat het externe en interne budget uit de pas gaan lopen, wordt koppeling noodzakelijk geacht. Gezien de betere representatie van zorg en de kosten ervan zal koppeling met behulp van DBC's leiden tot een verbetering van de kostenbeheersing (paragraaf 5.3 punt b visie op kostenbeheersing). Overigens achten de meeste ziekenhuizen de kans op grote veranderingen in de absolute omvang van de productie niet groot. Dat heeft vooral ook te maken met de omvang van de zorgvraag. Beheersmatige risico's worden navenant als relatief beperkt ingeschat. Dat geldt echter met name op ziekenhuisniveau. Voor individuele divisies en met name afdelingen kunnen door gebrek aan schaalgrootte de

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

consequenties van productieverlies en -verschuivingen wel groot zijn. De meeste financieel directeuren denken daar als volgt mee om te gaan:

- Risico's zullen zoveel mogelijk worden afgewenteld op de divisies. Om die risico's te kunnen dragen, dienen ze wel voldoende schaalgrootte te hebben, alsmede ook over mogelijkheden te beschikken om die risico's te kunnen beperken (beïnvloeding kostenstructuren) en op te vangen (bijvoorbeeld door het realiseren en mogen behouden van efficiencywinsten).
- Omdat individuele divisies in de problemen kunnen komen, is het noodzakelijk een deel van DBC-vergoedingen af te romen ten behoeve van reservevorming op centraal niveau.
- Bepaalde vaste kosten (zoals de kapitaalslasten van de infrastructuur) zullen centraal worden gebudgetteerd voor zover die in de DBC-vergoeding worden opgenomen.
- Gestreefd wordt naar een uniforme systematiek voor alle divisies, maar indien noodzakelijk zal het budgetteringssysteem van meer maatwerk worden voorzien. Zo zullen sterk aanbodgerelateerde specialismen (spoedeisende hulp, specialismen die afhankelijk zijn van orgaandonaties) anders worden gebudgetteerd dan sterk vraaggerelateerde.
- Problemen voorkomen is beter dan problemen oplossen. Daarom zal de productieontwikkeling tussentijds sterker worden bewaakt om er voor te zorgen dat ze in de pas blijft lopen met het budget.

Wel blijken de niet-koppelende ziekenhuizen minder ver te willen gaan in het afwentelen van risico's dan de ziekenhuizen die momenteel reeds een sterke koppeling leggen. Integrale kostprijzen van DBC's stimuleren verdere decentralisatie van budgetten en het vergroten van de integrale managementverantwoordelijkheid (paragraaf 5.3 punt c organisatieontwikkeling). Een reële vergoeding vanuit het perspectief van opbrengstverwerving versus die vanuit het perspectief van kostenvergoeding (paragraaf 5.3 punt d het verstrekken van een reële vergoeding) leidt niet langer tot een verschil in uitkomst als DBC's de pretentie waarmaken dat de vergoedingen overeenstemmen met de kostprijzen. Wel geldt als nuance de wijze waarop met bezettingsresultaten wordt omgegaan. Echter alleen ziekenhuis F geeft expliciet aan de divisies af te willen schermen van het spanningsveld tussen variabele opbrengsten en vaste kosten: het leidt alleen maar tot onzinnige verschillenanalyses over vaste kosten die buiten de eigen invloedssfeer liggen.

Zoals gezegd geven alle ziekenhuizen aan overtuigd te zijn van de voordelen van DBC's met betrekking tot het transparant maken van de zorgverlening en de kosten daarvan, terwijl toepassing van dezelfde parameters in de externe en interne budgettering pragmatisch is en de eenvoud bevordert (paragraaf 5.3 punt e pragmatisme, transparantie en eenvoud).

Waar het herallocaties van historisch gegroeide budgetten betreft, geven ziekenhuizen aan deze noodzakelijk te vinden om efficiencywinsten (voortkomend uit toegenomen inzicht en benchmarking) te kunnen realiseren. Wel blijkt de verklaring voor eventuele afwijkingen van belang voor het besluit wel of niet te heralloceren. Desalniettemin bestaat bij de meeste ziekenhuizen het gevoel herallocaties door te moeten voeren om te

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

voorkomen dat de externe en interne financiering sterk uit de pas gaan lopen. Een groter deel van de opbrengsten is immers variabel geworden. De omvang van herallocaties is afhankelijk van de verschillen tussen de huidige en herberekende budgetten en het aandeel vaste kosten. Dat laatste bepaalt het tempo waarin herallocaties kunnen plaatsvinden.

Gezien de kwetsbare financiële positie van het ziekenhuis in de **gevalsstudie** hoeft het geen verbazing te wekken dat de invoering van DBC's gevolgen heeft voor haar interne budgettering, zoals reeds is beschreven in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk. Zoals de financieel directeur stelt: "Door DBC's wordt het niet gemakkelijker, je bent meer risicovol als ziekenhuis." Ook de voorzitter van de RvB stelt: "Vanuit het oogpunt van risicobeheersing heb ik het gevoel dat ik sterker centraal beleid moet voeren op die DBC-ontwikkeling." Hij doelt daarmee op het vergroten van de financiële mogelijkheden van de RvB om te kunnen anticiperen op financiële risico's. Daarnaast speelt ook de noodzaak van het realiseren van omvangrijke bezuinigingen een grote rol bij de bezinning op de interne budgettering. Veronderstelling (c), dat toegenomen financiële risico's in combinatie met de noodzaak die te beheersen zullen leiden tot een sterkere mate van koppeling, een sterker vasthouden aan de realisatie van het afgesproken budget (gebruik) en het benadrukken van doelstellingen die betrekking hebben op financiële sturing en beheersing, wordt als gevolg van de invoering van DBC's meer actueel en gaat ook zeker op, maar wel met de nodige nuancering. Koppeling is en blijft een belangrijk instrument, zeker als gevolg van de betere kwaliteit van DBC's voor de typering van de zorg en de vergoeding van de daarmee gemoeide kosten. De financieel directeur geeft in dit verband ook aan dat DBC's verbetering van de interne budgettering mogelijk maken. Echter het integrale kosten karakter van de DBC-vergoedingen maakt de RvB alert op het afromen van voordelige bezettingsresultaten op vaste kosten (zie ook paragraaf 10.1). Bovendien moet de reservepositie van het ziekenhuis worden versterkt. Was dat reeds noodzakelijk, die noodzaak is als gevolg van het gestegen risicoprofiel door de invoering van DBC's toegenomen. Deze argumenten leiden ertoe dat de DBC-vergoedingen niet voor 100% zullen worden doorgegeven. De financiële positie van het ziekenhuis zal er ook toe leiden dat de RvB sterker op DBC's stuurt: het ziekenhuis kan het zich niet permitteren de betreffende opbrengsten te derven.

Ook de manager bedrijfsvoering van centrum B verwacht de doelstellingen van interne budgettering beter te kunnen realiseren dankzij de invoering van DBC's. Hij hoopt met name dat "die DBC's er toe zullen leiden dat datgene wat historisch bepaald is, wordt herzien op basis van de invoering van DBC's." Hij verwacht ook dat interne budgetten meer rekenkundig bepaald gaan worden en dat de huidige interne budgetteringssystematiek van centrum B zich zal wijzigen in de richting van meer koppeling. Staat bij centrum A de koppeling niet zozeer ter discussie, sterker nog, geeft de invoering van DBC's als betere budgetparameters eerder argumenten om die te bestendigen, de manager bedrijfsvoering heeft zoals geschetst in paragraaf 8.5 wel de behoefte een deel van de middelen af te romen om beleidsvorming op centrumniveau te faciliteren. De wens is daarom wel aanwezig niet de gehele vergoeding intern door te geven, zoals nu nog wel het geval is.

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

De kwaliteit van de informatievoorziening, de omvang van financiële risico's en inzicht in opbrengsten zijn contingente factoren die aan invloed toenemen en zullen leiden tot een sterkere mate van koppeling. Veronderstelling (b), dat ziekenhuizen voornemens zullen zijn als gevolg van de invoering van DBC's een sterkere mate van koppeling toe te passen omdat zij, net als de overheid, verwachten dat DBC's een beter middel dan de huidige FB-parameters zijn om de doelstellingen van budgettering te realiseren, kan worden bevestigd. Weliswaar streven ziekenhuizen niet zozeer bewust bepaalde overheidsdoelstellingen na, toch liggen die wel sterk in het verlengde daarvan. En DBC's worden als een bruikbaar en tevens noodzakelijk instrument gezien om die doelstellingen te realiseren. Die noodzaak komt tot uitdrukking in veronderstelling (c), dat toegenomen financiële risico's in combinatie met de noodzaak die te beheersen zullen leiden tot een sterkere mate van koppeling, een sterker vasthouden aan de realisatie van het afgesproken budget (gebruik) en het benadrukken van doelstellingen die betrekking hebben op financiële sturing en beheersing. Deze veronderstelling wordt als gevolg van de invoering van DBC's meer actueel.

10.4. De invloed van DBC's op het gebruik van budgetten

Het gebruik van budgetten is niet een centraal onderzoeksthema van het **veldonderzoek** (zie de verantwoording in paragraaf 4.2). Toch is met betrekking tot de invoering van DBC's dit thema wel aan de orde gesteld. Zo is de financieel directeuren gevraagd of hun reactie op budgetoverschrijdingen van divisies zal veranderen als DBC's een sterke rol hebben gespeeld bij het tot stand komen van divisiebudgetten. Dat is niet zonder meer te zeggen, zo blijkt. Op basis van hetgeen wordt aangegeven, hangt dat af van een aantal factoren:

- De kwaliteit van DBC's als sturings- en beheersingsinstrument, welke met name afhangt van de mate van detaillering. Als DBC's leiden tot reëlere budgetten (in de zin van kostendekkend, zie paragraaf 5.3, punt d), dan zullen divisies ook sterker worden aangesproken op budgetoverschrijdingen. Er ontstaat dan tevens de mogelijkheid om tussentijds af te rekenen en bij te sturen.
- De omvang van financiële risico's voortkomend uit DBC's. Deze risico's worden bepaald door de DBC-systematiek zelf, hetgeen samenhangt met de omvang van het variabele deel van het budget in relatie tot de vaste kostenstructuur. Aangezien dat variabele deel hoger wordt, neemt ook het risico toe. Reeds is betoogd in paragraaf 10.3 dat de omvang van dit risico door de financieel directeuren als relatief beperkt wordt geacht.
- De mate waarin het ziekenhuis in staat is financiële risico's op te vangen. Minnen van bepaalde divisies zijn minder ernstig als het exploitatieresultaat van het totale ziekenhuis positief is en/of het ziekenhuis een comfortabele reservepositie heeft.
- De bestuurlijke verhoudingen binnen het ziekenhuis. Als die goed zijn, is transparantie winst en kunnen nog beter afspraken met elkaar worden gemaakt over de besteding van middelen en het aanpakken van oorzaken van budgetoverschrijdingen. Leren staat in dat geval voorop, niet afrekenen. Sterker nog,

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

vermeden moet worden dat het budgetteringssysteem prikkels heeft waardoor divisies en afdelingen worden gestimuleerd tot een cultuur van 'ieder voor zich'.

- De visie op de betekenis van budgetten. Dit punt sluit aan op het vorige. De uitputting van budgetten wordt door sommige ziekenhuizen in een brede context geplaatst waar het de ontwikkelingen op diverse beleidsterreinen (zoals personeelsbeleid, kwaliteitsmanagement) betreft. Verschillenanalyses zijn dan vooral gericht op het verkrijgen van prospectieve informatie over te ontwikkelen samenhangend beleid op verschillende beleidsterreinen.

Op grond van de eerste drie punten verwachten de meeste financieel directeuren meer betekenis toe te gaan kennen aan het overschrijden van budgetten indien aan de vaststelling ervan DBC's ten grondslag liggen: zij zullen nadrukkelijker dan voorheen verlangen dat divisies binnen hun budget blijven. De sterkere bewaking van de productieontwikkeling, zoals genoemd in paragraaf 10.3, sluit daar op aan. Financieel directeuren die budgetten sterker positioneren als ondersteunend aan beleidsontwikkeling en financiële beheersing minder centraal stellen, geven aan hun reactie op budgetoverschrijdingen niet te zullen veranderen.

De managers bedrijfsvoering is ook gevraagd naar de gevolgen van DBC's voor de mate waarin ze vasthouden aan de realisatie van budgetten. Specifiek is hen gevraagd of zij aan de realisatie van afdelingsbudgetten een andere betekenis toekennen als DBC's een sterke rol hebben gespeeld bij het tot stand komen van die budgetten. De meesten van hen geven aan dat DBC's het wel mogelijk maken sterker aan de realisatie van het afgesproken budget vast te houden. Als gevolg van toegenomen variabilisatie van het afdelingsbudget bij een vaste kostenstructuur zien enkelen dat ook als noodzakelijk vanwege de toegenomen financiële risico's. Eén manager bedrijfsvoering is de mening toegedaan wel meer aan de realisatie van het budget te moeten vasthouden, omdat hij daartoe wordt gedwongen als gevolg van toenemend claimgedrag van afdelingen. Sommige managers bedrijfsvoering verwachten dat DBC's de afdelingen beter in staat stellen zelf orde op zaken te houden, waardoor ingrijpen van het divisie management minder noodzakelijk wordt. Zo verwachten de meeste managers bedrijfsvoering dat afdelingshoofden zich sterker aan hun budget gebonden voelen als DBC's een nadrukkelijke rol hebben gespeeld bij het tot stand komen van dat budget. Voor zover ze dat niet verwachten, is dat vooral te danken aan de door hen aangegeven reeds hoge budgetdiscipline van afdelingshoofden. Bovendien zullen afdelingshoofden ook het gevoel krijgen meer aandacht aan het voorkomen ervan te moeten besteden indien managers bedrijfsvoering meer betekenis gaan toekennen aan budgetoverschrijdingen. Eén manager bedrijfsvoering vreest dat afdelingshoofden ook in minder gunstig opzicht een grotere betekenis aan budgetten zullen toekennen, namelijk als mogelijkheid van sturing op financieel interessante zorg. Daardoor kunnen risico's ontstaan voor het academisch zorgprofiel (zie de volgende paragraaf).

In de hoofdstukken 7 t/m 9 is reeds geschetst dat binnen de **gevalsstudie** het gebruik van budgetten zich bij de centra kenmerkt door het sterk aansturen van afdelingen op de realisatie van hun budgetten c.q. het voorkomen van budgetoverschrijdingen. Na een

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

aanvankelijk soepele opstelling geldt dat inmiddels ook voor het gebruik door de RvB. Dit sterker vasthouden aan de realisatie van het budget heeft alles te maken met de ontwikkeling van de financiële positie van het ziekenhuis. Zoals geschetst in de vorige paragrafen is de inschatting bij het ziekenhuis dat door DBC's de financiële risico's zullen toenemen. De noodzaak om sterk vast te blijven houden aan de standaards waarop het budget is gebaseerd, neemt daardoor alleen maar toe. Die mogelijkheden worden ook groter vanwege de verwachting dat DBC's leiden tot kwalitatief betere interne budgetten (zie de vorige paragrafen).

Verwijzend naar veronderstelling (d) zal door de invoering van DBC's het sterker vasthouden aan de realisatie van het budget beter mogelijk zijn door de lagere mate van taakonzekerheid (zie paragraaf 10.2). Oftewel: een sterkere mate van koppeling en een lagere mate van taakonzekerheid zullen bij de toepassing van DBC's in de interne budgettering kunnen leiden tot het sterker vasthouden aan de realisatie van het budget conform de standaards waarop het budget is gebaseerd. Enerzijds is dat mogelijk als gevolg van kwalitatief betere budgetten, anderzijds is dat noodzakelijk vanwege toegenomen financiële risico's.

10.5. De invloed van DBC's op de effecten van interne budgettering

10.5.1. De invloed van DBC's op de realisatie van de doelstellingen van de interne budgettering

In het veldonderzoek blijkt uit de aangegeven scores op de doelstellingen van interne budgettering dat van DBC's een positieve invloed wordt verwacht op het beheersen van de totale ziekenhuiskosten (doelstelling 1). DBC's bieden een goede mogelijkheid ondoelmatige productie te voorkomen (doelstelling 5), terwijl doelmatige productie er door kan worden gestimuleerd (doelstelling 6). Voor daadwerkelijk gerealiseerde productie kan een reële vergoeding worden verstrekt (doelstelling 4). Dit beeld wijkt niet sterk af tussen financieel directeuren en managers bedrijfsvoering en ook niet tussen wel of niet koppelende ziekenhuizen. Een schaduwzijde vormen de kosten van de overhead (doelstelling 2) welke volgens de financieel directeuren waarschijnlijk zullen toenemen, terwijl de managers bedrijfsvoering hierover verschillende meningen hebben. Verder bestaat bij sommige ziekenhuizen het gevoel in de huidige situatie reeds goed de kosten te beheersen. DBC's kunnen daar niet veel meer aan toevoegen.

Dit per saldo positieve beeld is gebaseerd op de volgende verwachtingen:

- Meer inzicht in productie en gebruik van middelen leidt tot efficiënter gedrag: feedback over gebruik leidt tot afnemend gebruik. Met name bij medisch specialisten kan dat inzicht dankzij DBC's sterk toenemen. Verder ontstaat meer inzicht in de logistieke processen en de mogelijkheden die efficiënter in te richten. Niet alleen inzicht in de eigen processen en budgetten zal bijdragen aan kostenbeheersing, dat geldt ook voor inzicht in die van andere organisatie-onderdelen. Men spreekt elkaar

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

sterker aan op het inefficiënt gebruik van middelen. Bovendien zullen eenheden met tegenvallende productie hun teveel aan middelen sneller aanbieden voor het oplossen van knelpunten elders, omdat ze anders zullen worden aangesproken op inefficiënt gebruik. Transparantie werkt met andere woorden in het nadeel van organisatieonderdelen die niet doelmatig werken.

- Inefficiëncies zullen als gevolg van concurrentie worden afgestraft. Uniformering van de zorgverlening op basis van DBC's zal de efficiency bevorderen.
- DBC's zullen leiden tot een sterkere koppeling tussen de intern te besteden divisiemiddelen en het externe budget, waardoor een bijdrage wordt geleverd aan een betere beheersing van de ziekenhuiskosten. Dit punt wordt niet alleen door koppelende ziekenhuizen naar voren gebracht.
- Voor het ziekenhuis zal duidelijker worden welke productie financieel wel en niet uit kan. Gewenst of ongewenst, met de toepassing van DBC's zal nadrukkelijker worden gestuurd op productie op grond van de daaraan verbonden opbrengsten en kosten.
- Het afsluiten van dienstverleningscontracten tussen afnemende en toeleverende divisies zal sterk toenemen als gevolg van het integrale karakter van de vergoeding van DBC's. De verwachting is dat die interne verrekening tot efficiencyverbetering zal leiden.

Dat financieel directeurs en managers bedrijfsvoering per saldo positief oordelen over het effect van DBC's op kostenbeheersing wil niet zeggen dat er geen kanttekeningen worden geplaatst:

- De invoering (en naar verwachting ook het gebruik) van DBC's brengt veel registratie-inspanningen met zich mee. Die moeten voor een belangrijk deel worden verricht door medisch specialisten die duur en schaars zijn. Verder zullen veel dure stafmedewerkers zowel binnen als buiten het ziekenhuis discussies met elkaar aangaan over de juistheid en consequenties van cijfers. Misschien is het uiteindelijke effect dat kosten beter worden beheerst, maar dat het aandeel beheerskosten sterk is toegenomen ten opzichte van de kosten van de zorgverlening.
- Weliswaar zijn DBC's een verbetering ten opzichte van FB-parameters, toch zijn er ook twijfels over de kwaliteit van de DBC-typering om de volgende redenen:
 - Het is medisch specialisten niet altijd duidelijk wat de meerwaarde van het systeem voor de eigen beroepsgroep is. Zolang medisch specialisten in loondienst zijn (zoals bij de academische ziekenhuizen het geval is), hangt het honorarium niet van DBC's af. Bovendien bestaat de indruk dat veel van de academische productie niet is te typeren met DBC's. Dit gebrek aan draagvlak kan consequenties hebben voor de kwaliteit van de registraties.
 - Het risico is groot dat het academische kwaliteitsaspect niet in de DBC's tot uitdrukking komt. Men maakt zich grote zorgen dat de beroepsverenigingen daar onvoldoende rekening mee houden bij het typeren van DBC's.
 - Aangezien academische ziekenhuizen een relatief groot aandeel hebben in zorg waarbij comorbiditeit een rol speelt, is het de vraag of de multidisciplinariteit van zorg wel voldoende in de identificatie van DBC's tot uitdrukking komt. Wordt het vaststellen van DBC's geen specialistisch onderonsje van

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

beroepsverenigingen, terwijl er juist over de grenzen van specialismen heen moet worden gekeken om de volledige zorg in DBC's te vatten?

- Academische ziekenhuizen zijn de broedplaatsen voor nieuwe DBC's. Het achterblijven van adequate vergoedingen voor deze nieuwe zorg is geen denkbeeldig risico. De ontwikkelingen gaan op bepaalde terreinen van de geneeskunde erg snel en het tempo waarin het CTG tot dusver tarieven vaststelt, stemt niet optimistisch.
- Het gevaar bestaat dat DBC's worden opgeblazen door extra verrichtingen in het consumptieprofiel op te nemen, terwijl bestaande ondoelmatigheden onvoldoende worden uitgesloten. Dat extra heeft met name te maken met het feit dat de beroepsgroepen vrezen dat een DBC anders onvoldoende zal voorzien in de noodzakelijk te leveren zorg. Met name de vraag van comorbiditeit speelt hier een rol: worden bepaalde verrichtingen wel voldoende afgedekt in andere DBC's? Veiligheidshalve wordt dan liever een keer een verrichting te veel dan te weinig opgenomen. Naast zorg voor de patiënt speelt ook zorg voor de eigen portemonnee een rol voor zover die afhankelijk is van DBC's: worden met name de inspanningen van consulten aangevraagd door andere medisch specialisten wel adequaat meegenomen?
- In het verlengde van bovenstaande typeringszorgen is de mate van kostenhomogeniteit van DBC's een belangrijk aandachtspunt voor de academische ziekenhuizen. De huidige ervaring leert dat in het grijze gebied tussen algemene en academische ziekenhuizen verwijzingen plaatsvinden vanuit de periferie naar academische ziekenhuizen op grond van kosten-batenoverwegingen (zie paragraaf 2.4). Dergelijke situaties zullen meer voorkomen als de financiële belangen groter worden. In DBC-terminen: van patiënten waarvan de casemix negatief dreigt af te wijken van het gemiddelde zorgprofiel is de verleiding groot deze door te verwijzen naar de academische ziekenhuizen. Bij het typeren van DBC's is het dan vooral van belang dat deze kostenhomogeen zijn. Daar waar patiënten wat betreft hun kostenpatroon (casemix) sterk afwijken, zullen ze in aparte DBC's moeten worden ondergebracht.

De meeste financieel directeurs beschouwen het uit de pas gaan lopen van de opbrengsten- en kostenstructuur als "een lastig fenomeen". Het R&D-karakter (research & development) van een academisch ziekenhuis vereist een bepaalde capaciteit waarvan de kosten (personeel, kapitaalslasten) vast zijn en waarop nauwelijks invloed uit te oefenen is. Om dat R&D-karakter in stand te houden, moet worden voorkomen dat over de financiering van die vaste kosten risico wordt gelopen. De huidige ontwikkelingen met DBC's laten echter zien dat de vergoeding van deze kosten ook gedeeltelijk wordt gevariabiliseerd. Toch wordt de omvang van het uit de pas lopen van variabele DBC-vergoeding en vaste kosten genuanceerd door de financieel directeurs:

- Niet alle vaste kosten worden ten behoeve van de zorg gemaakt, maar ook voor andere kerntaken. Financiering van die kosten vindt ook via andere budgetcomponenten plaats (zie ook paragraaf 2.2 en bijlage V), waardoor een bepaalde vorm van risicospreiding ontstaat.

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

- Er is sprake van een grote constante massa in het geheel van reguliere zorgvraag, hetgeen een stabiel opbrengstenniveau garandeert. Gezien de andere activiteiten van het academisch ziekenhuis en de daarbij behorende opbrengsten is de relatieve omvang van mutaties als percentage van het totale budget ook aanmerkelijk geringer dan bij algemene ziekenhuizen.
- De vraag is in welke mate er daadwerkelijk concurrentie op prijs zal gaan plaatsvinden en daardoor verschuivingen in vraag / productie zullen ontstaan. Ook andere overwegingen dan prijs spelen een rol bij de keuze van een zorgaanbieder door de patiënt en/of zorgverzekeraar. In dit verband is de vraag in hoeverre “academische” kwaliteit tot uitdrukking zal komen in DBC’s.

De financieel directeuren en managers bedrijfsvoering is gevraagd of DBC’s er toe zullen leiden dat medisch specialisten elkaar nadrukkelijker zullen aanspreken op het gebruik van middelen. Dat zou immers kunnen leiden tot een efficiëntere besteding van middelen en bijdragen aan de beheersing van de kosten. Uit de reacties blijkt een zeer genuanceerde opvatting over de betekenis van DBC’s in dat opzicht. Elkaar aanspreken zullen medisch specialisten zeker niet doen over de grenzen van het eigen specialisme heen: dat wordt als inmenging van niet-deskundige buitenstaanders beschouwd en dat heeft geen autoriteit. In zekere zin geldt dat ook voor sterk gespecialiseerde specialisten binnen een afdeling. Voor hen ontbreekt bovendien het normatieve referentiekader vanwege dat unieke karakter. Of specialisten elkaar binnen een afdeling aanspreken hangt niet zozeer af van een techniek als DBC’s maar van de afdelingscultuur. Bij sommige afdelingen zal men geen inzicht willen geven of willen hebben in elkaars handelen, omdat men niet op een dergelijke manier met elkaar wenst te communiceren. Bij andere afdelingen zal men zich veel opener naar elkaar opstellen. Veel hangt af van de mate waarin een afdeling een team is. Dat wordt onder andere bepaald door het hebben van een gezamenlijke historie. Maar ook dan zal het elkaar aanspreken alleen plaatsvinden als het binnen de afdeling wordt georganiseerd.

Niet alleen het willen, maar ook het kunnen speelt een rol bij het elkaar aanspreken. Belangrijk is in dit verband de informatievoorziening. DBC’s kunnen zowel een rol spelen ten aanzien van het willen als het kunnen. Naarmate de financiële consequenties van DBC’s groter zijn, zal het belang voor medisch specialisten om elkaar aan te spreken (en daardoor ook het willen) toenemen. Aangezien DBC’s de pretentie hebben beter inzicht te geven in productie en middelengebruik (casemix) zullen zij ook een bijdrage leveren aan het scheppen van randvoorwaarden (het kunnen). Overigens is de inschatting dat academische ziekenhuizen in beide opzichten een voorsprong hebben op algemene ziekenhuizen vanwege het beschikbaar zijn van betere informatiesystemen en het verschil in ziekenhuisprofiel. In een academische omgeving is het vragen naar het ‘waarom’ immers inherent aan het uitvoeren van onderzoek en het opleiden van artsen.

De opvattingen in het ziekenhuis van de **gevalsstudie** sluiten aan op bovengenoemd beeld. Enerzijds worden de voordelen van DBC’s bevestigd waar het efficiencyverbetering en kwaliteitsverbetering betreft, anderzijds klinken de verontrustende geluiden sterker door op basis van recente ervaringen. We zullen eerst

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

ingaan op de positieve ervaringen en opvattingen. Zo geeft de voorzitter van de RvB zijn impressie over DBC's en zorgprofielen: "Ik voorspel dat er in vier à vijf jaar gewerkt gaat worden met die profielen, door te toetsen, te herijken. Dat is gewoon hartstikke goed." Dat discussies over de effectiviteit en efficiency van bepaalde zorgverlening reeds worden gevoerd, blijkt uit de effecten die een manager bedrijfsvoering schetst naar aanleiding van een vergelijking van de eigen kostprijs van een bepaalde DBC met landelijke richtprijzen: "Wat gaan we nou doen? Het boeiende is dat we dan toch kijken van: kunnen we het zorgprofiel dat wij hebben nog aanpassen? En kunnen we daar ook de kostprijs van verlagen? Willen we het nog wel doen? Dan krijg je ineens de directe relatie tussen kosten en opbrengsten. (...) Dan krijg je dus de keuze van: gaan wij het nog doen? Zijn wij wel concurrerend?" De voorzitter van de RvB bevestigt dit beeld en scherpt het aan: "Ik voorspel je dat er ook profielen op tafel komen waarvan afdelingen zeggen: nu gaan we dus hier maar direct een eind aan maken. Of: dit is onbetaalbaar, dat gaan we niet zo doen. Dat gaat gebeuren. Ik denk dat er nog heel wat gecorrigeerd gaat worden." De geciteerde manager bedrijfsvoering vindt die ontwikkeling gunstig: "Ik heb wel instrumenten en prikkels nodig om afdelingen te stimuleren om te verbeteren, want anders is er niet voldoende stimulans. Daarom is het wel goed om gebenchmarked te worden. En dan zie je: hé, dat protocol gebruik ik niet, maar dat is wel heel belangrijk, want heel Nederland gebruikt het. Dat moet ik snel gaan gebruiken, waarom zou ik het anders doen? Dan weet je het niet eens." De financieel directeur beaamt de discussies over effectiviteit en efficiency binnen de organisatie. Hij schetst als voordeel van DBC's: "Je krijgt op deze manier wel een hoop mooie informatie die je kunt gebruiken voor verbetering van je bedrijfsvoering. Op zich is deze informatie wel datgene wat je zoekt om je hele logistiek te verbeteren." Bovendien is het voordeel van DBC's bij het voeren van deze discussies "dat je informatie hebt waarmee je dezelfde taal kan spreken."

Zijn deze ontwikkelingen als gunstig te beschouwen, bepaalde vermoede nadelen die ook in het veldonderzoek naar voren zijn gekomen, worden in de gevalsstudie nadrukkelijk bevestigd. Zo zijn diverse partijen in het ziekenhuis beducht voor de gevolgen van het weinig discriminerende karakter waar het de zorg verleend door het academisch ziekenhuis betreft en de consequenties daarvan voor de middelen en de kwaliteit van de zorgverlening. Een zorgmanager schetst: "De wereld is nooit zo zwart-wit als die lijkt. De patiënten die niet in het zorgpad van de DBC passen, die comorbiditeit hebben of erg oud zijn, waarbij van alles en nog wat speelt, ik weet niet in hoeverre ze daar rekening mee gaan houden. Ik ben wel een beetje bezorgd." Want dat zijn ook patiënten die relatief vaak voor behandeling op academische ziekenhuizen aangewezen zijn. Een centrumvoorzitter schetst in dit verband ook zijn zorgen, zowel wat betreft de typering van de zorg in het academisch ziekenhuis als de vergoeding ervan: "Ik vind op papier die DBC's een mooi verhaal, maar ik twijfel of je in de praktijk niet voortdurend achter de feiten aanloopt. Voor een stabiele perifere kliniek is het waarschijnlijk toch wel wat gemakkelijker dan voor een academische kliniek: al die zorg die je levert, dat krijg je nooit naar rato vergoed. Als ik zie hoeveel mensen zich daar mee bezig houden en hoeveel daarover gedacht wordt. (...) Je kunt niet overal dezelfde normen aanleggen. Een patiënt met aandoening X die voor een second opinion naar een academisch ziekenhuis wordt doorgestuurd, komt in

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

een heel ander soort zorg terecht, die kan niet dezelfde DBC krijgen als diezelfde patiënt in een perifeer ziekenhuis. (...) Ik betwijfel of die DBC's onze positie als academisch ziekenhuis duidelijker zullen maken." Die scepsis wordt bevestigd door de financieel directeur. Hij wijst op discussies binnen het ziekenhuis die ontstaan over DBC's die in het B-segment zijn opgenomen, terwijl bepaalde zorg die het ziekenhuis verleent daar wel sterk verwant mee is, maar niet helemaal met de betreffende definities overeenstemt. Hij concludeert ten aanzien van de typologie van DBC's: "Er moet nog wel wat gebeuren." Bovendien blijkt in de DBC-typering niet de (financiële) ruimte aanwezig te zijn voor de nieuwste technologische ontwikkelingen, iets waar juist academische ziekenhuizen zich hard voor maken. Een afdelingshoofd schetst een voorbeeld: "Je hebt een DBC voor verrichting X. Daar zit disposable Y (een nieuw ontwikkeld geneesmiddel, BC) niet in. Dus je krijgt ontwikkelingen waarbij je een DBC-pakket hebt afgesproken op basis van het zuinigste van het zuinigste. En alles wat extra is, daar zit meteen een probleem. En we zitten in een gigantische technologische ontwikkeling! Terwijl we weten dat het voor de patiënt wel eens het verschil zou kunnen maken."

Met name ook de specialisatie van academische ziekenhuizen op ingrepen met een bepaalde moeilijkheidsgraad maakt dat de landelijke DBC-typering tekort kan schieten. De voorzitter van de RvB schetst ten aanzien van een bepaalde verrichting X waarvan de kostprijs hoger is dan de landelijke richtprijs: "In diezelfde, die gewone verrichting X zitten een heleboel extra elementen en die komen doordat de afdeling een soort landelijk-specialisme-verrichtingen X is die allemaal net iets ingewikkelder zijn dan de normale verrichting X." Een manager bedrijfsvoering schetst in dit verband dat een academisch ziekenhuis voor een bepaalde kwaliteit wil staan: "Ook vanuit de eigen vereniging ben je toch trots op de behandeling die je geeft, zeker in een academisch ziekenhuis. Dan heb je ook het beeld dat je meer doet dan in de periferie, dus je wilt ook dat alles in de DBC komt." Nut en noodzaak zijn voor een deel lastige discussiepunten in een academische omgeving omdat ze ook op culturele aspecten vast zitten. Een zorgmanager wijst op de invloed van de onderzoekscultuur: "Onderzoek komt eerst en dan zorg, als ik chargeer. En door DBC's worden medisch specialisten steeds meer gedwongen in kosteneffectieve zorg te denken. Dat zal een hele toer worden." Een andere centrumvoorzitter dan de hiervoor geciteerde maakt zich ernstig zorgen over de druk die hieruit voortkomt en de gevolgen voor de kwaliteit van de zorg: "Ik denk zelf dat DBC's ten koste kunnen gaan van de kwaliteit. Als jij voor een bepaald ziekteproces een gefixeerd bedrag krijgt, dan kan ik me voorstellen, de menselijke geest in aanmerking genomen, dat je gaat beknibbelen."

Verder worden de zorgen ten aanzien van de ontwikkeling van de overheadkosten bevestigd. De voorzitter van de RvB stoort zich aan "allerlei onnodige administratieve balast" van overheidswege en stelt: "Voorlopig dreigt er alleen een nieuw onderhoudsorgaan te ontstaan voor de DBC's. Dat wil zeggen: nog meer bureaucratie." De financieel directeur schetst voor een bepaalde DBC uit het B-segment: "Je kunt zo'n DBC in dagverpleging doen of poliklinisch of met een opname. Dan heb je er al drie. Dus er zijn in totaal ongeveer 300 DBC's voor het B-segment. Per DBC zou je dan moeten onderhandelen over prijs, kwaliteit en aantal: drie zaken. En de zorgverzekeraars zullen het steeds meer over kwaliteitsindicatoren hebben, in de zin van: hoe doe je het? Van een

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

cataract (staaroperatie, BC) willen ze ook weten van: hoeveel beter is zijn gezichtsvermogen dan geworden? Hoe vaak zit daar nou een ooginfectie aan vast? Daar moet je dus allemaal over onderhandelen.” Het bevestigt de ontwikkelingen die een afdelingshoofd schetst in paragraaf 6.5. Bovendien moeten deze onderhandelingen over DBC's per zorgverzekeraar gevoerd worden. De financieel directeur constateert dan ook: “Het B-segment is maar 2% van ons totale budget. Dus dat is niks. Maar er gaat wel ontzettend veel tijd in zitten. (...) Het moet macro-neutraal want het is juist bedoeld, deze marktwerking, om de kosten naar beneden te halen. Nou, dat zie ik nog niet gebeuren.” Een manager bedrijfsvoering bevestigt dit beeld over de toegenomen overheadkosten: “Dat zijn de gevaren die ik heel erg zie, die bureaucratie.” Ook vanuit de medisch-specialistische hoek is de nuchtere constatering van een afdelingshoofd over de invoering van DBC's: “Dat is ook de hele teneur: schraalte leidt tot meer administratieve kosten maken, dat het dus nog gereguleerder gaat.”

De toepassing van DBC's in de interne budgettering zal in bepaalde opzichten een gunstige invloed hebben op de realisatie van de doelstellingen van interne budgettering. In combinatie met een lagere mate van taakonzekerheid en een gebruik dat zich kenmerkt door het sterker vasthouden aan het budget, lijkt dat veronderstelling (e) te bevestigen. Toch is een bevestiging zonder meer niet mogelijk als gevolg van risico's ten aanzien van de mogelijk gebrekkige typering van zorg verleend in een academisch ziekenhuis door middel van DBC's en de stijgende overheadkosten. Het per saldo effect op de effectiviteit en efficiency van de ziekenhuisorganisatie is daarom moeilijk vast te stellen.

10.5.2. De invloed van DBC's op de realisatie van kerntaken

De consequenties van DBC's blijven niet beperkt tot de reguliere en topklinische zorg, maar strekken zich ook uit tot de andere academische kerntaken en hun budgetcomponenten. In algemene zin wordt als een positieve ontwikkeling van DBC's beschouwd, zo blijkt uit het **veldonderzoek**, dat het management van middelen veel beter is te delegeren en de RvB haar aandacht sterker kan richten op de academische budgetcomponenten die met name bijdragen aan de profilering van het ziekenhuis. Verder beschouwt een enkele financieel directeur DBC's ook als een kans om erkenning te verkrijgen voor de academische status van het ziekenhuis. Als je het academische karakter in DBC's kunt benoemen, ben je immers verlost van de discussies waar dat onderscheid zit ten opzichte van algemene ziekenhuizen. In dit verband is met name de academische budgetcomponent van belang. De berekening van de huidige hoogte van deze component is tot stand gekomen via een restpostbenadering (zie ook paragraaf 2.2). Dat maakt haar positie niet sterk, zo schetst een financieel directeur. DBC's zijn dan een mogelijkheid om het academisch zorgbudget veilig te stellen. Bovendien kan dan een betere discussie worden gevoerd over wie de financiering van dit budget voor zijn rekening neemt. Eén manager bedrijfsvoering uit in dit verband zijn twijfel of verzekeraars daar wel een rol in zouden moeten spelen gezien hun betrekkelijk geringe directe belang. Deze zorg over de houding van de zorgverzekeraar wordt bevestigd door de uitspraken van de directeur van een grote zorgverzekeraar over een academisch ziekenhuis¹: “Ik betaal een zorginstelling

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

niet voor wat ze is, maar voor wat ze mijn verzekerde aan zorg levert.” Voor basaal onderzoek en onderwijs ziet hij geen rol voor de verzekeraar weggelegd. Proces- en productinnovatie behoren tot de reguliere bedrijfsvoering en behoeven ook geen aparte financiering. En het laten behandelen door assistenten in plaats van ‘volwaardige’ artsen zou eerder tot korting moeten leiden.

Niet alleen worden kansen van DBC's onderkend voor andere budgetcomponenten. Er zijn ook bedreigingen. Zo wordt gesteld dat bij tekortschietende DBC-financiering divisies vaker het argument zullen gebruiken dat bepaalde zorg een academisch karakter heeft en gefinancierd zal moeten worden uit de academische zorgcomponent. Dat bergt het risico van ondoelmatige middelenbesteding in zich, terwijl de discussies op zich leiden tot meer overheadkosten. Om dergelijke claims te voorkomen, neemt de druk toe ook de andere budgetcomponenten te parameteriseren, hetgeen ook tot meer overheadkosten leidt. Een lid van de RvB schetst als risico dat deze parameterisering van budgetcomponenten er waarschijnlijk ook toe zal leiden dat bestedingen de budgetten steeds meer zullen volgen. Er ontstaan daardoor schotten tussen de budgetcomponenten van de verschillende kerntaken, terwijl flexibiliteit in bestedingen het juist mogelijk zou moeten maken beter op onverwachte ontwikkelingen in de bedrijfsvoering in te spelen. Hetzelfde bestuurslid signaleert bovendien een meer algemeen risico van toenemende parameterisering van budgetcomponenten. De ziekenhuisbudgetten zijn over het algemeen erg krap en om goed te kunnen werken hebben medewerkers speelruimte nodig. Parameterisering leidt ertoe dat die speelruimte steeds verder wordt teruggebracht, zowel wat betreft de hoogte van de budgetten als de mogelijkheden te substitueren. Dat kan binnen divisies en afdelingen tot veel frustratie leiden. Er wordt meer ingeteerd op de minst noodzakelijke dingen, terwijl die vaak wel heel interessant en aangenaam zijn om te doen. Het werk wordt daardoor steeds minder aantrekkelijk, waardoor de motivatie van medewerkers wordt aangetast.

Reeds is in voorgaande paragraaf uitgebreid ingegaan op het risico dat bij het typeren van DBC's onvoldoende rekening wordt gehouden met de academische zorgkwaliteit, waardoor DBC's niet kostenhomogeen zijn. Het academisch ziekenhuis loopt dan het risico geen volledige vergoeding te krijgen voor gemaakte kosten. Gezien het nadrukkelijk streven bij het ontwikkelen van DBC's hun aantal zo beperkt mogelijk te houden, is dat risico niet denkbeeldig. De vraag is echter of dit een verbetering of een verslechtering is ten opzichte van de huidige situaties waarin koppeling met FB-parameters plaatsvindt. DBC's beogen immers een sterke verbetering te zijn ten opzichte van FB-parameters waar het de typering van zorg en de vergoeding van kosten betreft. Echter bij de FB-parameters was sprake van een situatie van plussen en minnen als gevolg van uniforme tarieven voor uiteenlopende patiëntengroepen binnen een specialisme. DBC's zijn meer zorgspecifiek. Gezien de patiëntenpopulatie die ongunstig afwijkt van die van een gemiddeld ziekenhuis zouden academische ziekenhuizen waarschijnlijk vaker aan de kant van de minnen uit kunnen komen. Het gevolg daarvan kan zijn dat het ziekenhuis noodzakelijkerwijs moet interen op andere kerntaken, doordat schaarse capaciteiten hieraan moeten worden onttrokken. Dat gaat ten koste van haar academische profilering. Aangezien met DBC's

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

een sterkere mate van koppeling zal worden toegepast, zullen divisies respectievelijk afdelingen direct met deze consequenties geconfronteerd worden.

De risico's ten aanzien van onvolledige typering van academische zorg in DBC's wordt in het ziekenhuis van de **gevalsstudie** ook door een zorgmanager onder woorden gebracht: "Ik denk dat DBC's de academische profilering ongunstig zullen beïnvloeden. Juist daar waar je specifiek in bent als academisch ziekenhuis, dat zijn nu juist die patiënten die soms moeilijk in patiëntengroepen te vatten zijn. Als je daar wel op afgerekend gaat worden in de toekomst door de ziektekostenverzekeraars, dan kan dat wel eens een enorme financiële beperking gaan geven voor het ziekenhuis, waardoor je ook minder aan die academische zorg kunt gaan doen. (...) Als daar niet goed mee om wordt gegaan, zal dat de academische zorg en dus ook de profilering en het onderzoek beperken." Ook bevestigt hij het ontstaan van schotten tussen budgetten: "Mensen gaan daar gewoon vanuit: 'mijn budget voor die zorg, that's it.' "

Deze toenemende druk op de middelen en de onderlinge concurrentie tussen ziekenhuizen roepen ook de vraag op of bepaalde functies van het ziekenhuis niet moeten verdwijnen of anders moeten worden georganiseerd. Een manager bedrijfsvoering filosofeert: "Voor de basiszorg kunnen wij natuurlijk nooit zo concurrerend zijn. Dat kan een aparte organisatie gewoon veel beter. Dus de vraag is of wij dat moeten willen blijven doen in de toekomst. (...) Dan doe je de opleiding ook in de regio. Of kun je die opleiding dan anders organiseren? Wij gaan ook steeds meer samenwerken met andere ziekenhuizen, dat we daar dan zeg maar de basiszorg gaan doen. Dan kan daar ook de opleiding plaatsvinden. Dan doen we hier op de lokatie meer de topklinische en de topreferente zorg." Als DBC's door middel van koppeling een sterke rol spelen in de interne budgettering zijn dat vraagstukken waar divisies en afdelingen mee worden geconfronteerd. Financieel noodzakelijk geworden verschuiving van reguliere zorg naar de algemene ziekenhuizen zal gepaard gaan met een verschuiving van (een deel van) de opleidingsfunctie. Overigens zal een dergelijke verschuiving van zorg ook consequenties hebben voor de onderzoeksactiviteiten voor zover die betrekking hebben op deze patiënten. Een afdelingshoofd schetst verder dat de DBC's ook consequenties hebben voor de 3^e geldstromen en dus voor de uitoefening van de onderzoeksfunctie. De druk op de prijzen van DBC's leidt tot druk op de prijzen die de farmaceutische industrie in rekening kan brengen voor geneesmiddelen. Dat verkleint hun mogelijkheden om onderzoeksmiddelen beschikbaar te stellen aan de academische ziekenhuizen. Deze ontwikkeling staat overigens los van de toepassing van DBC's in de interne budgettering. Wel zou deze ontwikkeling er toe kunnen leiden dat centra en afdelingen zich in geval van koppeling gedwongen voelen zich nadrukkelijker op financieel interessante DBC-zorg toe te leggen teneinde hun onderzoeksmiddelen op peil te houden.

In veronderstelling (f) is de vraag opgeroepen of verschillende budgetteringssystemen ook verschillende invloeden hebben op de realisatie van kerntaken. Voor wat betreft de toepassing van DBC's in de interne budgettering zijn die invloeden zowel positief als negatief. Positief is dat betere discussies kunnen ontstaan over de academische kerntaken. Die discussies houden echter ook risico's in als de academische zorg niet goed is

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

getypeerd in DBC's. Die risico's worden met name voelbaar als de vergoeding voor de zorg geleverd door een academisch ziekenhuis niet tot een volledige dekking leidt van de kosten van die zorg, waardoor noodzakelijkerwijs financiële compensatie moet plaatsvinden ten koste van de budgetten voor de andere kerntaken. Centra en afdelingen zullen dat nadrukkelijker ervaren naarmate ze via koppeling sterker met de financiële consequenties worden geconfronteerd. Bovendien hebben DBC's tot gevolg dat de flexibiliteit in middelenbesteding afneemt, welke flexibiliteit juist wenselijk is vanwege de vervlechting van kerntaken.

10.5.3. De invloed van DBC's op de realisatie van de doelstellingen van de overheid

Reeds is geconstateerd dat geen van de ziekenhuizen bewust doelstellingen van de overheid nastreeft. Wel liggen de nagestreefde doelstellingen van interne budgettering in het verlengde van die van de overheid. Bovendien is de verwachting dat de doelstellingen van interne budgettering met de toepassing van DBC's in de interne budgettering beter gerealiseerd zullen worden (zie paragraaf 10.5.1). Daarbij zijn echter ook kanttekeningen geplaatst in verband met de mogelijk gebrekkige typering van zorg verleend in een academisch ziekenhuis door middel van DBC's en de stijgende overheadkosten. Vindt derhalve door DBC's binnen het academisch ziekenhuis een nadrukkelijke herbezinning plaats op de effectiviteit en efficiency van de zorgverlening, het per saldo effect op beide is moeilijk vast te stellen. 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, is door deze risico's niet te bevestigen of te ontkennen.

10.5.4. De consequenties van DBC's voor de invloed van het management

Om inzichtelijk te krijgen wat het verwachte effect van DBC's op sturing zal zijn, is zowel de financieel directeuren als de managers bedrijfsvoering de volgende redenering voorgelegd. DBC's hebben de pretentie een betere afspiegeling te zijn van de gemaakte kosten van zorg dan de FB-parameters. Bovendien wordt aan de vergoeding van DBC's veel meer kostenposten opgehangen dan onder de FB-systematiek (zie paragraaf 2.5). Afdelingen zullen sterker staan de betreffende middelen te claimen, waardoor er minder mogelijkheden lijken te ontstaan voor de RvB om middelen af te romen voor centraal te ontwikkelen beleid. Gevraagd is of dat effect zich naar verwachting zal voordoen en in hoeverre daardoor de invloed van de RvB zal verminderen. Bij zes van de acht ziekenhuizen geven zowel de financieel directeuren als de managers bedrijfsvoering aan niet te vrezen dat de invloed van de RvB zal afnemen, zo blijkt uit het **veldonderzoek**. Voor zover dat al het geval mocht zijn, gaat het om een gunstige ontwikkeling. DBC's leiden voor de RvB juist tot transparantie aangaande productie en middelengebruik, welk inzicht zij tot dusver ontbeert. Juist doordat de huidige inadequate financiering haar dan niet meer voor de voeten loopt, kan zij betere keuzes maken:

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

middelen en beleid zijn veel beter aan elkaar gekoppeld. Door die betere koppeling hoeft de RvB ook minder energie te steken in de interne budgettering van reguliere en topklinische zorgbudgetten. Het management van deze middelen is nu veel beter te delegeren en de RvB kan haar aandacht richten op de academische budgetcomponenten die met name bijdragen aan de profilering van het ziekenhuis. Verder wordt gesteld dat de RvB zelf bepaalt welke vorm zij geeft aan het interne budgetteringssysteem: keuzes heeft zij zelf in de hand. Inzicht in de werkelijk gemaakte kosten kan juist ook tot bereidheid bij budgethouders leiden die vergoeding niet geheel op te eisen als die hoger is, waardoor het management die middelen kan afromen. Verder loopt de invloed van de RvB niet alleen via het budgetteringsinstrumentarium. Belangrijk is vooral haar sleutelpositie bij het vaststellen van het jaarplan en het maken van afspraken met de zorgverzekeraars. Bij de andere twee ziekenhuizen zijn ook andere reacties te beluisteren. Overigens gaat het hierbij in het ene geval om een ziekenhuis dat een zeer beperkte mate van koppeling toepast en in het andere geval om een ziekenhuis dat haar academische profiel relatief sterk aanzet. De diffuse FB-systematiek biedt de mogelijkheid om te schuiven met budgetten, hetgeen zekere waarborgen biedt om voldoende middelen te budgetteren voor de ontwikkeling van nieuwe zorg. Als met de toepassing van DBC's de bestedingen de budgetten nadrukkelijker zullen volgen, lijken die mogelijkheden beperkter te worden. Verwacht wordt dat door het toenemend claimedrag minder middelen kunnen worden afgeroomd, hetgeen wezenlijke invloed heeft op de positie van de RvB. Afdelingen zullen het budget opeisen omdat het op een reële prijs is gebaseerd. Weliswaar zullen afdelingen de goedkeuring van de RvB nodig hebben voor (kostbare) nieuwe ontwikkelingen, maar de onderhandelingspositie van de RvB zal zijn verzwakt doordat ze zelf over minder middelen beschikt. Het zal veel moeilijker worden over de grenzen van afdelingen heen een goede beleidsmatige afweging te krijgen die past bij het type organisatie dat een academisch ziekenhuis is, namelijk het stimuleren van onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten. Het wordt met name voor de RvB moeilijker door haar gewenste ontwikkelingen te stimuleren bij afdelingen die weinig eigen beleidsruimte hebben.

De scores op bepaalde doelstellingen van interne budgettering die de financieel directeuren en managers bedrijfsvoering nastreven, geven ook indicaties over hun toe- of afnemende invloed. De invloed van DBC's op het stimuleren van beleidsmatig en/of financieel interessante productie (doelstelling 9) wordt door zes van de acht financieel directeuren als enigszins positief tot sterk positief beoordeeld. Hetzelfde geldt voor de helft van de managers bedrijfsvoering. Voor zover geen invloed wordt verwacht, heeft dat in sommige gevallen te maken met de reeds hoge mate van realisatie van deze doelstelling. Veel financieel directeuren en managers bedrijfsvoering hebben als aparte doelstelling aangegeven dat de budgettering de realisatie van de planning & control cyclus dient (zie paragraaf 5.3). Ook in die gevallen wordt meestal een gunstige invloed van DBC's op de realisatie van deze doelstelling verwacht. Bij de reactie op beide doelstellingen is nagegaan of met de aangegeven scores het accent ligt op financiële of beleidsmatige sturing, respectievelijk of het accent ligt op planning (sturing) of control (beheersing). Daartoe is gekeken naar de argumentatie bij de aangegeven scores. Daaruit

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

blijkt dat DBC's nadrukkelijk als instrument gebruikt gaan worden ten behoeve van zowel zorginhoudelijke als financiële sturing (doelstelling 9), alsmede voor zowel sturing als beheersing. Bij de ziekenhuizen waarvan de functionarissen aangehaald in de voorgaande alinea minder gerust zijn op de invloed van DBC's, komt dat ook tot uitdrukking in de scores op de betreffende doelstellingen.

Bij de inventarisatie van bovengenoemde reacties is gebleken dat het onderscheid in verwachte positieve respectievelijk negatieve invloeden van DBC's op de beleidsinhoudelijke mogelijkheden van het management niet loopt langs de scheidslijn van ziekenhuizen die wel respectievelijk niet koppelen. Alhoewel ze ook kanttekeningen plaatsen, benadrukken de twee niet-koppelende ziekenhuizen de mogelijkheden van DBC's voor de RvB, namelijk het kunnen maken van betere keuzes dankzij betere zorgproducten. Ook wordt gewezen op het academisch budget, met de toewijzing waarvan de RvB met name invloed kan uitoefenen op de academische profilering. De kritische kanttekeningen komen van de ziekenhuizen met een (zeer) beperkte mate van koppeling. Zij vrezen een toename in koppeling die vanuit de organisatie zal worden verlangd, hetgeen gepaard zal gaan met claimgedrag. Daardoor zullen de mogelijkheden van de RvB beperkter worden.

Bij het ziekenhuis van de **gevalsstudie** is de verwachting dat het toegenomen inzicht in de zorgproductie en de kosten ervan zal leiden tot meer invloed van het management. Met name kan die invloed worden uitgeoefend door intern binnen centra en afdelingen met betere informatie discussies over de wenselijkheid van bepaalde zorgproductie te stimuleren. Zoals eerder geschetst zal de voorzitter van de RvB de DBC's ook aangrijpen als instrument om de hoogte van de historische budgetten ter discussie te stellen, alsook de mate van koppeling. Het management versterkt op die wijze haar grip op de middelenverdeling en daarmee op de mogelijkheden van een centrum en haar afdelingen om hun kerntaken te realiseren.

Was reeds geconcludeerd dat DBC's tot een sterkere mate van koppeling zullen leiden, toch kan niet zonder meer worden geconcludeerd dat dan de invloed van het management op het beleid (sturing) zal afnemen zoals veronderstelling (h) luidt. De reacties daarover zijn verschillend. Sommigen verwachten een toenemende invloed als gevolg van meer transparantie. Anderen zijn wel degelijk van mening dat toenemende koppeling gepaard gaat met claimgedrag van organisatieonderdelen, waardoor het management minder invloed op de middelenverdeling kan uitoefenen en daardoor minder goed het door haar gewenste beleid financieel kan faciliteren.

10.5.5. De invloed van DBC's op financiële sturing

De meeste financieel directeuren en managers bedrijfsvoering zijn er van overtuigd dat met DBC's nadrukkelijker op geld zal worden gestuurd, zo blijkt uit het **veldonderzoek**. Over de wenselijkheid daarvan wordt echter verschillend gedacht conform de opvattingen over de huidige mate van koppeling. Er kunnen nadrukkelijker keuzes worden gemaakt op

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

grond van kosten-baten overwegingen, bijvoorbeeld om bepaalde zorg niet te verlenen die goedkoper door andere zorgaanbieders kan worden verleend. Op zich hoeft dat geen slechte ontwikkeling te zijn. Het gevaar bestaat echter dat onrendabele zorg niet wordt verleend waardoor wachtlijsten gaan oplopen. Als de vergoedingen voor DBC's op integrale kostprijzen worden gebaseerd, is dat risico gering. Belangrijker is dat financieel interessante productie wordt gestimuleerd die niet in het academisch zorgprofiel past. Dit wordt door sommige ziekenhuizen als een reëel risico beschouwd: financiële prikkels drukken beleidsinhoudelijke overwegingen naar de achtergrond. Met name bestaat die prikkel uit het realiseren van gunstige bezettingsresultaten op het hoge aandeel vaste kosten. Verder zullen afdelingen die veel inkomsten genereren met hun productie bevestigd worden in hun opvattingen dat het geld besteed moet worden aan hun activiteiten. Het zal veel moeilijker worden een goede beleidsmatige afweging te krijgen die past bij een academisch ziekenhuis, namelijk het stimuleren van onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten. Ziekenhuizen die deze risico's als minder groot inschatten, wijzen vooral op beperkte budgettaire gevolgen van DBC's voor beleidsvorming. Zij verwachten geen grote financiële verschuivingen en benadrukken andere budgetcomponenten, zoals het academisch budget, voor strategische beleidsvorming. Bovendien wordt ingebracht dat financiële sturing ook mogelijk is bij de huidige financiering met FB-parameters.

De ervaringen bij de **gevalsstudie** zoals die in voorgaande paragrafen reeds beschreven zijn, laten zien dat de financiële afwegingen een sterkere rol zijn gaan spelen bij discussies over de te realiseren productie. Zo leiden financiële prikkels tot verhoging van de efficiency van de geleverde zorg. Verder bepalen financiële prikkels in sterkere mate welke zorg wordt geleverd, terwijl de effecten daarvan zich ook uitstrekken naar de andere kerntaken.

Geconcludeerd kan worden dat DBC's leiden tot betere informatie over geleverde zorg en de kosten daarvan dan de huidige FB-parameters. Financiële afwegingen zijn daardoor beter mogelijk. Veronderstelling (i), dat grote onevenwichtigheden tussen kosten en vergoedingen van zorg in het interne budget (bijvoorbeeld als gevolg van een sterke mate van koppeling bij een grote mate van taakonzekerheid) zullen leiden tot sterkere financiële sturing en het sterker koesteren van financiële waarden, kan echter slechts gedeeltelijk worden bevestigd. Weliswaar zullen DBC's die effecten hebben, de vraag is of onevenwichtigheden tussen opbrengsten en kosten door de invoering van DBC's zullen toe- of afnemen. DBC's hebben de pretentie een betere afspiegeling te zijn van zorg en de kosten ervan en de verwachting is dat de vergoedingen daar beter op aan zullen sluiten. Verder wordt de kracht (omvang) van financiële prikkels mede bepaald door de wijze waarop de koppeling wordt vormgegeven. De vraag is bijvoorbeeld in hoeverre geanticipeerd wordt op de realisatie van bezettingsresultaten, zoals het ziekenhuis van de gevalsstudie voornemens is te doen. In hoeverre DBC's tot grotere of minder grote onevenwichtigheden tussen kosten en vergoedingen van zorg in het interne budget zullen leiden, is daarom op voorhand niet vast te stellen.

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

10.6. DBC's en hun invloed op andere vormen van control

Aan het begin van dit hoofdstuk is reeds opgemerkt dat aan de invloed van DBC's op andere vormen van control geen expliciete aandacht is besteed in het onderzoek. Daarom zal hiervoor worden volstaan met het geven van indicaties voor zover die bij de bespreking van DBC's naar voren zijn gekomen. Die indicaties hebben betrekking op de consequenties van DBC's voor het wel of niet opgaan van veronderstelling (j). Deze luidt, dat bij een geringe mate van taakonzekerheid het gebruik van interne budgettering als middel van control geschikt is voor sturing en beheersing, terwijl bij een hoge mate van taakonzekerheid juist het accent zal worden gelegd op andere vormen van control.

Reeds is in paragraaf 10.2 ingegaan op de consequenties van DBC's voor taakonzekerheid. Aangegeven is dat DBC's tot vermindering van taakonzekerheid kunnen leiden. Dat zou impliceren dat een verschuiving plaats zou kunnen vinden van behavior en personnel control naar accounting control. Zowel de bevindingen bij het veldonderzoek als bij de gevalsstudie wijzen ook op een versterking van accounting control: DBC's zullen een sterkere rol gaan spelen bij financiële sturing en beheersing. Zoals reeds aangegeven in paragraaf 10.3 wijst bij het ziekenhuis van de gevalsstudie de voorzitter van de RvB ook op die ontwikkeling: "Vanuit risicobeheersing heb ik het gevoel dat ik sterker centraal beleid moet voeren op die DBC-ontwikkeling." Desalniettemin blijven andere controlinstrumenten voor hem belangrijk waar het gaat om inhoudelijke sturing: "Het leggen van de inhoudelijke accenten op de drie kerntaken loopt behoorlijk via zwaartepuntenlijnen, beleidslijnen, in een goede interactie met centra." Dat neemt niet weg dat in die discussies wel steeds meer de informatie van DBC's over zorgprofielen en kostprijzen doorklinkt, waarbij het ziekenhuis zich spiegelt aan landelijke gemiddelden. De voorzitter van de RvB schetst: "Je krijgt wel inzicht. Wij zien al bij bepaalde DBC's van: hoe doen we dat eigenlijk zo? Nou, dan krijg je het gemiddeld zorgprofiel en dan komt er een inhoudelijke discussie tot stand." In paragraaf 10.5.1 is aangegeven dat discussies ontstaan over de efficiency van de productie en de zorg die wel en niet door het ziekenhuis moet worden verleend. De voorzitter van de RvB benadrukt ook het belang van sturing op financiële marges en het afromen van bezettingsresultaten. De achtergronden daarvan zijn in voorgaande paragrafen uitvoerig behandeld. Dat DBC's leiden tot een sterkere accounting control blijkt ook uit berekeningen die door de financieel directeur worden gemaakt van verschillen tussen werkelijke budgetten van afdelingen en die waar ze recht op hebben op basis van landelijke richtprijzen van DBC's. Deze verschillen geven hem indicaties bij welke afdelingen de grootste mogelijkheden bestaan om de noodzakelijke bezuinigen te realiseren. Werd accounting control vooral toegepast voor financiële beheersing en personnel control voor sturing, zoals aangegeven in paragraaf 7.6, de DBC's bieden door hun betere zorgtypering en hun kostprijzen de mogelijkheid nadrukkelijker discussies te voeren over de te leveren zorg. De DBC's vormen daarbij de standaards op basis waarvan budgetten zullen worden toegekend. Dat zal zowel gelden voor de budgettering van centra als van afdelingen. Bieden DBC's het management de mogelijkheid sterkere vormen van accounting control te ontwikkelen, de vraag is welke invloed ze hebben op andere vormen van control. Zoals

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

geschetst in voorgaande citaten wordt nadrukkelijker binnen afdelingen geanalyseerd in hoeverre de zorgverlening afwijkt van de standaard. DBC's zullen hun stempel drukken op behandelwijzen zoals die zijn vastgelegd in zorgprofielen, zo schetst de zorgmanager in het ziekenhuis van de gevalsstudie die een centrale rol speelt bij de ontwikkeling van die profielen. Ook zullen ze een financiële stimulans geven aan een sterkere mate van geprotocolleerd werken, zoals ook blijkt uit de citaten in paragraaf 10.5.1 van de voorzitter van de RvB. Dergelijke standaards en protocollen zijn vereist voor de uitoefening van behavior control (zie ook paragraaf 3.7). Echter heeft behavior control met name betrekking op het uitoefenen van 'real time' toezicht op het naleven van dergelijke protocollen, juist het feit dat DBC's gedetailleerde zorgprofielen zijn waar de feitelijke zorgverlening op basis van ziekenhuisregistraties gekoppeld aan DBC-coderingen achteraf mee kan worden vergeleken, maakt dat toezicht minder noodzakelijk. Verantwoording van uitgevoerde activiteiten en ingezette middelen kan achteraf plaatsvinden en heeft gezien de hiervoor geschetste achtergronden en het belang van financiële grootheden bij die analyse vooral het kenmerk van accounting control. Waar het vormen van personnel control betreft, zou als gevolg van de toepassing van DBC's ook de mate van self control kunnen verminderen. Zoals geschetst in paragraaf 3.7. is self control met name van belang als het uit te voeren werk te moeilijk is om in standaards te vangen. Echter de invoering van DBC's impliceert een sterkere ontwikkeling van de standaardisatie van de zorgverlening, waardoor de noodzaak tot self control vermindert. Hierin schuilt tevens het risico dat DBC's als standaard worden gehanteerd in situaties die zich daar niet voor lenen en juist wel een sterke mate van self control vereisen. Dit risico zal ook in bijlage IV naar voren komen in citaten van de zorgmanager die bij het ziekenhuis van de gevalsstudie een centrale rol speelt in de ontwikkeling van zorgprofielen. Een centrummanager geeft in paragraaf 10.5.1 aan dat juist door de toenemende financiële druk de noodzaak tot beknibbelen zal toenemen en getracht zal worden niet ongunstig af te wijken van het standaardzorgprofiel van een DBC. Door DBC's neemt dus de noodzaak tot self control af, maar neemt tevens het risico van een tekort aan self control toe. Waar het clan control betreft, zou kunnen worden geconcludeerd dat deze van karakter verandert.

Zoals aangegeven in paragraaf 3.7. ontstaat deze vorm van control doordat organisatieleden hun gedrag aanpassen op basis van discussies met hun collega's en vormen van collegiale toetsing. De opleiding van professionals legt de basis voor deze vorm van control. Coördinatie vindt plaats op basis van standaardisatie van bekwaamheden, waarbij met name ook de attitude een rol speelt. Professionals weten dan wat ze van collega's mogen verwachten en zij van hen. Dit proces van internalisatie dreigt te worden verstoord met de komst van DBC's. Enerzijds bieden die de mogelijkheid via zorgprofielen duidelijker te maken welke verwachtingen worden gekoesterd, i.c. wat de medisch specialist zorginhoudelijk geacht wordt te doen in welke situatie. Anderzijds kunnen deze waarden in conflict komen met bedrijfsmatige waarden als door middel van DBC's nadrukkelijker financiële afwegingen kunnen worden gemaakt. In voorgaande hoofdstukken zijn reeds talloze voorbeelden gegeven van het spanningsveld tussen zorginhoudelijke en financiële waarden. In paragraaf 10.5.1 is aangegeven dat het elkaar

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

aanspreken van medisch specialisten vooral wordt bepaald door de cultuur binnen een afdeling, de (financiële) noodzaak ervan en de mogelijkheden (informatievoorziening). De ontwikkelingen binnen het ziekenhuis van de gevalstudie laten zien, dat met name de financiële noodzaak medisch specialisten dwingt tot een sterkere mate van clan control. Gezien deze achtergrond zal het karakter van clan control veranderen en zal deze verandering in het teken staan van de versterking van de effecten van accounting control. Zoals geschetst, zal dat gepaard kunnen gaan met conflicten binnen de afdeling.

Geconcludeerd kan worden dat als gevolg van DBC's een verschuiving plaats zal vinden van behavior en personnel control naar accounting control. Veronderstelling (j), dat bij een geringe mate van taakonzekerheid het gebruik van interne budgettering als middel van control geschikt is voor sturing en beheersing, terwijl bij een hoge mate van taakonzekerheid juist het accent zal worden gelegd op andere vormen van control, zal als gevolg van de toepassing van DBC's in de toekomst vaker opgaan. Daarbij gelden wel de volgende kanttekeningen ten aanzien van personnel control. De mate van clan control zal waarschijnlijk niet verminderen. Wel zal clan control van karakter veranderen en daardoor bijdragen aan de beoogde effecten van accounting control. Neemt door DBC's de noodzaak tot self control af, het risico van een tekort aan self control neemt daardoor tevens toe.

10.7. Samenvatting

In deze paragraaf worden de belangrijkste bevindingen van dit hoofdstuk samengevat. Anders dan in de voorgaande hoofdstukken hebben die als gevolg van het recente tijdstip van invoering van DBC's voornamelijk het karakter van verwachtingen van de ziekenhuizen en slechts in geringe mate van daadwerkelijke ervaringen. DBC's zullen tot een sterkere mate van koppeling leiden. De invloed van DBC's zal bovendien niet beperkt blijven tot budgetmutaties, maar het integrale zorgbudget betreffen. Luidt veronderstelling (a) dat onder de FB-systematiek de prijsbasis bij een hoge mate van koppeling vooral zal zijn ingegeven door de mate waarin CTG-vergoedingen aansluiten op de kosten van zorg, bij de toepassing van DBC's zal die vergoeding het resultaat zijn van onderhandelingen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar. Weliswaar zal die als grondslag dienen voor de interne prijsstelling, bij het ziekenhuis van de gevalstudie zal die worden gecorrigeerd voor bezettingsresultaten en worden afgeroomd ten behoeve van de realisatie van beleidsvoering door de RvB. Refererend aan veronderstelling (a) kan worden geconcludeerd, dat door de invoering van DBC's de mate van taakonzekerheid van specialismen zal kunnen verminderen als gevolg van toegenomen inzicht in aard, samenstelling en kosten van de zorg. De potentie om rekenkundige systemen op grond van een lagere mate van taakonzekerheid toe te passen, wordt daardoor groter. Ziekenhuizen zullen voornemens zijn als gevolg van de invoering van DBC's een sterkere mate van koppeling toe te passen, omdat zij, net als de overheid, verwachten dat DBC's een beter middel dan de huidige FB-parameters zijn om de doelstellingen van

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

budgettering te realiseren. DBC's geven namelijk meer inzicht dan FB-parameters in de geleverde zorg en de kosten ervan. Dat leidt tot een bevestiging van veronderstelling (b). Weliswaar streven ziekenhuizen niet zozeer bewust bepaalde overheidsdoelstellingen na, toch liggen die wel sterk in het verlengde daarvan. De kwaliteit van de informatievoorziening, de omvang van financiële risico's en inzicht in opbrengsten zijn contingente factoren die aan invloed toenemen en zullen leiden tot een sterkere mate van koppeling. Veronderstelling (c), dat toegenomen financiële risico's in combinatie met de noodzaak die te beheersen zullen leiden tot een sterkere mate van koppeling, een sterker vasthouden aan de realisatie van het afgesproken budget (gebruik) en het benadrukken van doelstellingen die betrekking hebben op financiële sturing en beheersing, wordt als gevolg van de invoering van DBC's meer actueel.

Verwijzend naar veronderstelling (d) zal door de invoering van DBC's het beter mogelijk zijn sterker vast te houden aan de realisatie van het budget als gevolg van de lagere mate van taakonzekerheid en een sterkere mate van koppeling. Enerzijds is dat mogelijk als gevolg van kwalitatief betere budgetten, anderzijds is dat noodzakelijk vanwege toegenomen financiële risico's (zie veronderstelling (c)).

De toepassing van DBC's in de interne budgettering zal in bepaalde opzichten een gunstige invloed hebben op de realisatie van de doelstellingen van interne budgettering. In combinatie met een lagere mate van taakonzekerheid en een gebruik dat zich kenmerkt door het sterker vasthouden aan het budget, lijkt dat veronderstelling (e) te bevestigen. Toch is een bevestiging zonder meer niet mogelijk als gevolg van risico's ten aanzien van de mogelijk gebrekkige typering van zorg verleend in een academisch ziekenhuis door middel van DBC's en de stijgende overheadkosten. Het per saldo effect op de effectiviteit en efficiency van de ziekenhuisorganisatie is daarom moeilijk vast te stellen.

Verbetering van effectiviteit en efficiency zijn ook belangrijke overheidsdoelstellingen. 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, is door het onduidelijke effect van DBC's op effectiviteit en efficiency niet te bevestigen of te ontkennen. Dit oordeel hangt ook samen met de verwachte effecten op de realisatie van kerntaken als gevolg van toepassing van DBC's in de interne budgettering, zoals in veronderstelling (f) aan de orde wordt gesteld. Deze effecten kunnen door de invoering van DBC's zowel positief als negatief zijn. Positief is dat betere discussies kunnen ontstaan over de academische kerntaken. Die discussies houden echter ook risico's in als de academische zorg niet goed is getypeerd in DBC's, hetgeen in geval van koppeling kan leiden tot een niet volledige dekking van de kosten. Noodzakelijkerwijs moet dan financiële compensatie plaatsvinden ten koste van de budgetten voor de andere kerntaken. Bovendien hebben DBC's tot gevolg dat de flexibiliteit in middelenbesteding afneemt, welke flexibiliteit juist wenselijk is vanwege de vervlechting van kerntaken.

Was reeds geconcludeerd dat DBC's tot een sterkere mate van koppeling zullen leiden, toch kan niet zonder meer worden geconcludeerd dat dan de invloed van het management op het beleid (sturing) zal afnemen zoals veronderstelling (h) luidt. Enerzijds kan een toenemende invloed worden verwacht als gevolg van grotere transparantie. Anderzijds is

10. Interne budgettering in het DBC-tijdperk

de vrees dat sterkere koppeling gepaard gaat met toenemend claimedrag van organisatieonderdelen, waardoor het management minder invloed op de middelenverdeling kan uitoefenen en daardoor minder goed het door haar gewenste beleid financieel kan faciliteren.

DBC's leiden ten opzichte van de huidige FB-parameters tot betere informatie over geleverde zorg en de kosten daarvan. Financiële afwegingen zijn daardoor beter mogelijk. Veronderstelling (i), dat grote onevenwichtigheden tussen kosten en vergoedingen van zorg in het interne budget (bijvoorbeeld als gevolg van een sterke mate van koppeling bij een grote mate van taakonzekerheid) zullen leiden tot sterkere financiële sturing en het sterker koesteren van financiële waarden, kan echter slechts gedeeltelijk worden bevestigd. Weliswaar zullen DBC's die effecten hebben, de vraag is of onevenwichtigheden tussen opbrengsten en kosten door de invoering van DBC's zullen toe- of afnemen. DBC's hebben de pretentie een betere afspiegeling te zijn van zorg en de kosten ervan en de verwachting is dat de vergoedingen daar beter op aan zullen sluiten. Verder wordt de kracht (omvang) van financiële prikkels mede bepaald door de wijze waarop de koppeling wordt vormgegeven. De vraag is bijvoorbeeld in in hoeverre geanticipeerd wordt op de realisatie van bezettingsresultaten, zoals het ziekenhuis van de gevalsstudie voornemens is te doen. In hoeverre DBC's tot grotere of minder grote onevenwichtigheden tussen kosten en vergoedingen van zorg in het interne budget zullen leiden, is daarom op voorhand niet vast te stellen.

Als gevolg van DBC's zal een verschuiving plaatsvinden van behavior en personnel control naar accounting control. Veronderstelling (j), dat bij een geringe mate van taakonzekerheid het gebruik van interne budgettering als middel van control geschikt is voor sturing en beheersing, terwijl bij een hoge mate van taakonzekerheid juist het accent zal worden gelegd op andere vormen van control, zal als gevolg van de toepassing van DBC's in de toekomst vaker opgaan. Daarbij gelden wel de volgende kanttekeningen ten aanzien van personnel control. De mate van clan control zal waarschijnlijk niet verminderen. Wel zal clan control van karakter veranderen en daardoor bijdragen aan de beoogde effecten van accounting control. Neemt door DBC's de noodzaak tot self control af, het risico van een tekort aan self control zal daardoor tevens stijgen.

¹ Deze bron kan met het oog op anonimisering niet genoemd worden.

