

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.

11. Analyse van de onderzoeksresultaten: samenvatting, vergelijking tussen onderzoeksfasen en reflectie

In het hoofdstuk worden de belangrijkste empirische bevindingen, geordend naar de onderzoeksvragen, samengevat. Hierbij vindt ook een vergelijking plaats tussen de bevindingen van het veldonderzoek en die van de gevalsstudie voor zover dat opportuun is. Zoals verantwoord in paragraaf 4.2 zijn in het veldonderzoek namelijk niet alle onderzoeksthema's behandeld. Bij de gevalsstudie wordt ook informatie gegeven over de bevindingen voor de verschillende hiërarchische niveaus van het ziekenhuis. Deelvraag 7, betrekking hebbend op de invloed van DBC's op de verschillende onderzoeksthema's, wordt niet apart beantwoord: deze invloed wordt direct bij de bespreking van het betreffende thema betrokken. Verder vindt bij elk van de onderzoeksvragen een reflectie plaats. Die heeft betrekking op inhoudelijke bevindingen en op de toegepaste theorie. Dat laatste leidt tevens tot aanbevelingen voor toekomstig onderzoek, welke overigens zijn samengevat in het volgende hoofdstuk in paragraaf 12.4.

De bespreking per onderzoeksthema leidt voor dit hoofdstuk tot een opbouw waarbij achtereenvolgens worden behandeld het interne budgetteringssysteem (paragraaf 11.1), de invloed van taakonzekerheid op dat systeem (paragraaf 11.2), de invloed van doelstellingen (sub-paragraaf 11.3.1) en contingente factoren (sub-paragraaf 11.3.2), het gebruik van het budgetteringssysteem (paragraaf 11.4), de effecten ervan (paragraaf 11.5) en de relatie met andere vormen van control (paragraaf 11.6).

11.1. De toegepaste budgetteringssystemen

In deze paragraaf zal antwoord worden gegeven op de eerste deelvraag van het onderzoek:

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

Academische ziekenhuizen onderscheiden zich van elkaar in de wijze waarop externe budgetparameters een rol spelen in de interne budgettering (de mate van koppeling). Niet alleen tussen ziekenhuizen blijken er verschillen te bestaan in de mate van koppeling, ook binnen een academisch ziekenhuis onderscheiden centra zich in dat opzicht van elkaar. Weliswaar passen alle ziekenhuizen, alsook de beide onderzochte centra binnen het ziekenhuis van de gevalsstudie een systematiek van historische inputbudgettering toe, verschillen in koppeling blijken te bestaan bij het bepalen van budgetmutaties. Daarbij worden drie systemen bij de academische ziekenhuizen en de centra van de gevalsstudie aangetroffen:

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

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

Anders dan op het eerste gezicht wordt vermoed, kunnen mutaties grote invloed hebben op het historisch budget. Ziekenhuizen worden extern via de nacalculatie afgerekend op verschillen tussen werkelijk gerealiseerde en de afgesproken *totale* productie. Meer algemeen zal de invloed van de koppeling op het totale budget groter zijn naarmate het systeem langer wordt toegepast en de jaarlijkse budgetmutaties groter zijn. Het cumulatief van alle mutaties neemt immers aan invloed toe ten opzichte van de historische basis. Bovendien, middelen plussen en minnen zich op ziekenhuisniveau misschien uit, voor individuele divisies en met name voor afdelingen kunnen de budgetmutaties van jaar tot jaar en de verschillen tussen realisatie en budget groot zijn.

De toepassing van DBC's in de externe budgettering zal leiden tot een sterkere mate van koppeling. Die invloed zal niet beperkt blijven tot budgetmutaties, maar zich uitstrekken naar het integrale zorgbudget. Wel zal de interne prijsstelling bij het ziekenhuis van de gevalsstudie waarschijnlijk zodanig zijn, dat de extern ontvangen vergoedingen voor DBC's intern zullen worden gecorrigeerd voor bezettingsresultaten en worden afgeroomd ten behoeve van de realisatie van beleidsvoering door de RvB. Neemt de koppeling tussen extern en intern budget door de invoering van DBC's toe, het zal tevens kunnen leiden tot een meer verfijnd intern budgetteringssysteem.

Reflectie theorie

De door ons gemaakte inventarisaties van budgetteringssystemen en technologische condities heeft tot de indruk geleid, dat aan budgetteringssystemen ten grondslag liggende voorwaarden om ze toe te kunnen passen niet volledig worden onderkend, dat verschillende criteria en concepten worden toegepast (zie ook paragraaf 3.3.2 en de verwijzing naar Chenhall, 2003, alsook Birnberg et al., 1983) en dat die tot verschillende typologieën van budgetteringssystemen leiden. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op het ontwikkelen van een meer systematisch raamwerk van budgetteringssystemen in relatie tot technologische condities. De kenmerken van input, throughput, output en outcome, alsmede de relaties daartussen zouden nadrukkelijker moeten worden onderkend. Concepten als taakonzekerheid, complexiteit en andere, aanverwante technologische begrippen zouden in de beschrijving van de technologische

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

context een plaats moeten krijgen, ter verduidelijking van de betekenis van deze begrippen, de verschillen ertussen en de raakvlakken die ze hebben. Vervolgens zou een vollediger relatie moeten worden gelegd tussen de kenmerken van de technologische omgeving en de budgetteringssystemen die gegeven die context toegepast kunnen worden.

11.2. De invloed van taakonzekerheid

In het onderzoek is aan het concept taakonzekerheid veel belang toegekend als contingente factor die invloed zou uitoefenen op de aard van het budgetteringssysteem. Dat belang maakt onderdeel uit van de derde¹ deelvraag, te weten

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

Uit de bevindingen van dit onderzoek blijkt dat taakonzekerheid niet van invloed is op het interne budgetteringssysteem binnen academische ziekenhuizen en de in beschouwing genomen centra van het ziekenhuis van de gevalsstudie. Veronderstelling (a) dat de mate van koppeling laag zal zijn bij een hoge mate van taakonzekerheid, terwijl een hoge mate van koppeling zal plaatsvinden bij weinig taakonzekerheid, blijkt niet op te gaan. Divisies binnen academische ziekenhuizen zijn te beschouwen als kleine ziekenhuizen en op dat abstractieniveau is moeilijk de mate van taakonzekerheid te duiden. Anders ligt dat bij afdelingen die worden gebudgetteerd door centra in het ziekenhuis van de gevalsstudie. Echter zowel het bestuur van centrum A als B past bij de budgettering van alle afdelingen binnen haar centrum eenzelfde systeem toe voor het bepalen van de budgetten van afdelingen. De mate van taakonzekerheid bij drie van de in beschouwing genomen afdelingen is laag. Alleen voor de afdeling Neurologie is geen eenduidig beeld verkregen. Dat impliceert dat taakonzekerheid ook geen verklaring kan bieden voor verschillen in toegepaste budgetteringssystemen. Taakonzekerheid speelt bij die keuze geen rol, hetgeen blijkt uit de argumenten waarom wel of geen koppeling wordt toegepast. Een aandachtspunt binnen het onderzoek is in hoeverre budgetteringssystemen worden toegepast in situaties die zich er voor lenen. Taakzekere specialismen lenen zich voor rekenkundige budgetteringssystemen. Weliswaar zou op grond daarvan kunnen worden geconcludeerd dat er bij centrum B sprake is van een fout van het type I (= een rekenkundig budgetteringssysteem wordt niet toegepast in een situatie die zich er wel voor leent), de situatie wordt ook gekenmerkt door een gebrek aan informatie: kosten worden niet per zorgproduct geregistreerd. De toepassing van een rekenkundig systeem, als bijvoorbeeld outputbudgettering, wordt daardoor belemmerd. Daarom kan niet zonder meer worden gesproken van een fout van het type I, ook al zijn er potentiële mogelijkheden voor systemen als outputbudgettering. Bij centrum A wordt bij de budgettering van afdelingen wel een rekenkundig systeem, namelijk koppeling, toegepast. Daardoor is voor het taakzekere specialisme oogheelkunde niet sprake van een fout van het type I of II. Wel kan worden gesproken van de fout dat een verkeerd rekenkundig systeem wordt toegepast in een situatie die zich wel leent voor een dergelijk systeem.

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

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

DBC's kunnen de mate van taakzekerheid van specialismen verder verhogen als gevolg van het toegenomen inzicht in aard, samenstelling en kosten van de zorg. In bijlage IV wordt daar nader op ingegaan. Onder de conditie dat DBC's de zorg in een academisch ziekenhuis en de kosten ervan adequaat representeren, neemt de potentie om rekenkundige systemen in de interne budgettering toe te passen sterk toe. Wel geldt de voorwaarde dat het aantal verschillende soorten DBC's beperkt zal moeten blijven, aangezien anders de mate van taakonzekerheid weer zal toenemen vanwege stijging van het aantal uitzonderingen (zie ook paragraaf 3.3.2 en bijlage IV). Indien aan deze conditie wordt voldaan, kunnen de hiervoor genoemde 'fouten' (een verkeerd rekenkundig systeem bij de afdeling Oogheelkunde, een fout van het type I bij de afdelingen Cardiologie en Orthopedie, i.c. geen toepassing van rekenkundige systemen waar dat wel mogelijk is) worden vermeden. Het diffuse beeld ten aanzien van de mate van taakonzekerheid bij de afdeling Neurologie kan door de invoering van DBC's opschuiven in de richting van meer taakzekerheid.

Reflectie theorie

Hoewel taakonzekerheid geen relevante contingente factor blijkt te zijn om verschillen tussen budgetteringssystemen in academische ziekenhuizen te verklaren, heeft uitvoerige verkenning van dit concept wel tot een aantal kritische methodologische kanttekeningen geleid in relatie tot de bevindingen van het onderzoek. Deze zijn gepresenteerd in bijlage IV. Op deze plaats wordt volstaan met een samenvatting van de bevindingen. Geconcludeerd kan worden dat het grootste deel van de academische zorg is te protocolleren. Dat geldt zowel voor snijdende als beschouwende vakken, zij het iets sterker voor de eerstgenoemde categorie. Vooral in geval van comorbiditeit en meervoudige diagnoses neemt de taakonzekerheid toe doordat meerdere ziektebeelden elkaar ontregelen of versterken. Klinisch onderzoek en opleiding dwingen tot geprotocolleerd werken en hebben daarmee invloed op de mate van taakonzekerheid. Verder kan er een groot verschil zijn tussen de potentiële mate van taakonzekerheid (die dus over het algemeen laag is) en de feitelijke mate van taakonzekerheid. In dit verband kan worden opgemerkt dat taakonzekerheid niet zonder meer bepaald wordt door objectieve factoren, maar dat ook veel subjectieve elementen een rol spelen. Een sterke aansturing van de zorgverlening door het afdelingshoofd verlaagt de mate van taakonzekerheid. Beschouwen minder ervaren medisch specialisten protocollen als houvast, gevestigde professionals ervaren ze ook wel als last die hun autonomie aantast. Er ontstaat een soort contradictio in termines: naarmate een specialisme sterker professionaliseert, hetgeen met name een resultante is van academisch onderzoek, dreigen professionals zich juist ook weer sterker tegen protocollen af te zetten. Meer algemeen

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

hebben subjectieve factoren, zoals definitiekwesties en het willen geven van inzicht, ook een grote invloed op de mate van taakonzekerheid. Het zijn derhalve ook de technologen zelf die een groot stempel drukken op de mate van taakonzekerheid. Verder blijkt juist sterk in beweging zijnde technologie eerder vermindering van taakonzekerheid in de hand te werken, anders dan in de theorie verondersteld wordt. Niet alleen heeft dat te maken met aanscherping van en bezinning op protocollen, betere technologie kan medische ingrepen vereenvoudigen en de kans op complicaties verkleinen. Tenslotte blijken financiële prikkels ook invloed te hebben op het toepassen van protocollen, waardoor budgetteringssystemen de mate van taakonzekerheid beïnvloeden in plaats van andersom.

Na dit overzicht van factoren die taakonzekerheid beïnvloeden moge duidelijk zijn dat niet eenduidige scores, maar wel indicaties over de mate van taakonzekerheid per specialisme te geven zijn. Deze zijn opgenomen in de hoofdstukken 8 (paragraaf 8.2) en 9 (paragraaf 9.2). Verder kan worden geconcludeerd dat het theoretisch raamwerk omtrent het concept taakonzekerheid en de factoren die haar beïnvloeden nadere uitwerking behoeft in de context van een medisch-professionele omgeving. Bovengenoemde en in bijlage IV uitgewerkte bevindingen kunnen in toekomstig onderzoek het startpunt vormen voor een nadere inventarisatie van de factoren die taakonzekerheid beïnvloeden. Verder is het interessant na te gaan of de rol van taakonzekerheid verandert als gevolg van verbeterde informatievoorziening door ontwikkelingen in de informatietechnologie. Tenslotte kan ook worden getracht een maatstaf te ontwikkelen om de mate van taakonzekerheid nadrukkelijker vast te stellen en de ‘kritische massa’ te bepalen bij welke mate wel of juist geen koppeling kan worden toegepast.

11.3. De invloed van doelstellingen en contingente factoren

11.3.1. Doelstellingen

In deze paragraaf zal antwoord worden gegeven op de volgende deelvraag van het onderzoek:

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

In het onderzoek is een doel-middel relatie verondersteld tussen doelstellingen en budgetteringssystemen, in de zin dat doelstellingen invloed hebben op dat systeem. De doelstellingen van interne budgettering die in het onderzoek zijn onderscheiden, blijken op het gekozen abstractieniveau echter niet discriminerend om verschillen in de mate van koppeling te verklaren bij de diverse academische ziekenhuizen. Die doelstellingen zijn namelijk sterk eensluidend. Ook de bevindingen van de gevalsstudie laten zien dat de onderscheiden doelstellingen als nogal triviaal worden ervaren. Een nadere invulling van doelstellingen (zoals de visie op sturing en beheersing en de perceptie wat een reële vergoeding is) en de beoordeling van de geschiktheid van het budgetteringssysteem om

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

onder bepaalde condities die doelstellingen te bereiken, blijken wel een verklaringsgrond te bieden voor verschillen in systeemkeuze. Zo blijkt het tegengaan van ongewenste sturing een doelstelling te zijn voor zowel de RvB van diverse academische ziekenhuizen, alsook voor het bestuur van centrum B van het ziekenhuis van de gevalsstudie. Dat leidt onder andere tot het besluit niet te koppelen en bij centrum B ook tot aanpassing van het budgetteringssysteem (zoals het opheffen van afdelingsreserves). Bij een keus om juist wel te koppelen spelen argumenten als het ondersteunen van de organisatieontwikkeling richting integraal (divisie)management en het creëren van een pragmatisch, transparant en eenvoudig budgetteringssysteem een rol. Met name het eerste argument blijkt in het ziekenhuis van de gevalsstudie een belangrijke rol te spelen voor de RvB: centra en hun afdelingen worden zo geconfronteerd met de financiële gevolgen van hun zorginhoudelijke beleid en worden geprikkeld tot 'ondernemerschap'. Koppeling maakt het ook voor het bestuur van centrum A mogelijk een dergelijke besturingsfilosofie te realiseren. Daarbij moet wel het volgende worden opgemerkt. Wordt in veronderstelling (b) invloed verondersteld van doelstellingen op het interne budgetteringssysteem, voor centrum A blijkt dat causale verband juist andersom te liggen: het budgetteringssysteem is een randvoorwaarde waarbinnen de doelstellingen worden gerealiseerd. Organisatieverandering blijkt hier niet per se gepaard te gaan met een nadrukkelijke bezinning op het toe te passen budgetteringssysteem om bepaalde doelstellingen te realiseren. Op de oorzaken daarvan wordt bij de bespreking van contingente factoren ingegaan. Door de richting van deze causaliteit kan voor dit centrum daarom ook niet worden geconcludeerd dat koppeling wordt toegepast om overheidsdoelstellingen te realiseren of discussies over het te voeren beleid te voorkomen.

Bepaalde doelstellingen hebben ook invloed op de hoogte van het koppelingspercentage van systeem III (combinatie van historisch budget en mutatiesystematiek op basis van CTG-productieparameters en CTG-vergoedingen). De realisatie van de besturingsfilosofie van het ziekenhuis en het waarborgen van de zo noodzakelijk geachte financiële beheersing leiden in de loop der jaren zowel tot verhoging als verlaging van dat percentage bij het ziekenhuis van de gevalsstudie. Aanvankelijk is het koppelingspercentage verhoogd van 85% naar 100%, hetgeen redelijk werd geacht vanuit het oogpunt van realisatie van de organisatiestructuur: integrale managementverantwoordelijkheid impliceert ook het volledig doorgeven van opbrengsten. Bovendien worden centra dan gedwongen zelf financieel orde op zaken te houden, want de RvB houdt geen middelen meer achter. Deze zelfde argumenten vereisen in 2004 juist een verlaging van het koppelingspercentage naar 90%. Middelen zijn op centraal ziekenhuisniveau vereist om centrumoverstijgend beleid te realiseren, terwijl het bovendien noodzakelijk wordt geacht als gevolg van toegenomen financiële risico's de solvabiliteit van het ziekenhuis te verhogen. De wens om op centrumniveau meer middelen te reserveren om beleid te kunnen faciliteren, speelt ook bij het bestuur van centrum A. De conclusie kan luiden, dat bepaalde doelstellingen, zoals het realiseren van financiële beheersing, zowel leiden tot het toepassen van koppeling (het budgetteringssysteem), alsook grenzen stellen aan de omvang van het

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

koppelingspercentage (de parameters van het budgetteringssysteem). Bij de bespreking van de contingente factoren in paragraaf 10.3.2 wordt hier nog nader op ingegaan. Dat de prijsbasis bij een hoge mate van koppeling vooral is ingegeven door de mate waarin CTG-vergoedingen aansluiten op de kosten van zorg zoals veronderstelling (a) luidt, blijkt in het licht van voorgaande overwegingen geen argument te zijn. Dat geldt ook voor de andere ziekenhuizen en voor centrum A. Allen stellen dat FB-vergoedingen meestal sterk afwijken van de kosten van specifieke zorg. Wel wordt de veronderstelling van een kostendeekkende vergoeding door bepaalde ziekenhuizen meer als uitgangspunt gehanteerd waar het de kosten van de totale zorgproductie van divisies betreft: door te sturen in hun zorgproductie dienen ze er voor te zorgen dat plussen en minnen elkaar in totaliteit compenseren. Dat geldt ook voor de budgettering van afdelingen door centrum A. Hier ligt weer een duidelijke relatie met de besturingsfilosofie van integrale managementverantwoordelijkheid c.q. het stimuleren van ondernemerschap.

De doelstellingen van interne budgettering die in het onderzoek zijn onderscheiden, liggen in het verlengde van de doelstellingen die de overheid nastreeft met de FB-systematiek. Veronderstelling (b), dat een sterkere mate van koppeling zal worden toegepast als de doelstellingen van het ziekenhuis sterk in het verlengde liggen van die van de overheid, gaat niet op: bij alle academische ziekenhuizen liggen de doelstellingen sterk in het verlengde van die van de overheid, maar toch maken ze onderscheid in de mate van koppeling. Ook bij het ziekenhuis van de gevalstudie waar de RvB een sterke mate van koppeling toepast, wordt door de voorzitter expliciet gesteld dat die keus niet is gemaakt met het oogmerk het overheidsbeleid te realiseren. Algemeen wordt onderkend dat de FB-systematiek daarvoor niet het juiste middel is wegens het gebrek aan differentiatie in de parameters waar het verschillen in zorg(zwaarte) betreft, onvolledigheid en afwijkingen in de hoogte van de tarieven (vergoedingen) ten opzichte van de kosten van de zorg. Deze onevenwichtigheden zijn ook voor centrum B een reden geen koppeling toe te passen, ondanks dat de doelstellingen van dit centrum ook in het verlengde liggen van die van de overheid.

De invoering van DBC's zal het mogelijk maken een grote bijdrage te leveren aan de realisatie van diverse budgetteringsdoelstellingen, zo blijkt zowel in het veldonderzoek als bij de gevalstudie. Ziekenhuizen verwachten, net als de overheid, dat DBC's een beter middel dan de huidige FB-parameters zijn om de doelstellingen van de budgettering te realiseren. Dat heeft te maken met de kwalitatief betere typering van de zorg en het verbeterde inzicht in de kosten ervan. Weliswaar streven ziekenhuizen niet zozeer bewust bepaalde overheidsdoelstellingen na, toch liggen de eigen doelstellingen wel sterk in het verlengde daarvan. Refererend aan veronderstelling (b) kan worden geconcludeerd dat ziekenhuizen voornemens zullen zijn als gevolg van de invoering van DBC's een sterkere mate van koppeling toe te passen, doordat de doelstellingen van het ziekenhuis sterk in het verlengde liggen van die van de overheid en DBC's een beter middel dan FB-parameters zijn om die doelstellingen te realiseren.

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

Onderdeel van veronderstelling (b), dat een hoge mate van koppeling zal worden toegepast indien er naar wordt gestreefd discussies over het te voeren beleid te voorkomen, blijkt gezien de lage score op deze doelstelling bij alle ziekenhuizen niet op te gaan. Hetzelfde geldt voor de RvB en de centrubesturen van het ziekenhuis van de gevalsstudie. Beleidsinhoudelijke discussies worden door het management toegejuicht. Zowel voor de RvB als voor het bestuur van centrum A geldt echter dat aan het budgetteringssysteem niet een sterke rol wordt toegekend voor de zorginhoudelijke sturing. Die proberen beide via andere controlinstrumenten te effectueren. Wat eerder speelt is het voorkomen van discussies over de verdeling van de middelen, omdat dergelijke discussies in bepaalde situaties niet vruchtbaar zijn, zoals bij de bespreking van de contingente factoren zal blijken. In de onderstaande reflectie zal nader bij dit punt worden stilgestaan.

Reflectie inhoudelijke bevindingen

Was één van de doelstellingen ‘het realiseren van een middelenverdeling waarbij discussies over het te voeren beleid worden voorkomen’ (zie paragraaf 3.2.2) opgenomen, uit het onderzoek is gebleken dat dergelijke discussies als zeer wenselijk worden beschouwd door de budgetgevers (het management). Wel tracht men die discussie los te koppelen van discussies over de verdeling van middelen. Het toepassen van koppeling leent zich daarvoor. Discussies over het beleid tracht men via andere controlinstrumenten te realiseren, zo blijkt bijvoorbeeld in de diverse paragrafen van de gevalsstudie over de toepassing van andere vormen van control. Met name intensieve communicatie via allerlei kanalen (zoals beleidsthemadagen, evaluatiegesprekken, interne personeelsbladen) speelt daarbij een grote rol. Het roept de vraag op in hoeverre beide discussies los van elkaar kunnen staan. Financiële prikkels en beleidsinhoudelijke wensen kunnen haaks op elkaar staan. Bovendien, als organisatie-eenheden veel substitutievrijheid hebben waar het de te realiseren zorg betreft en het budgetteringssysteem voorziet erin dat de budgetten die ontwikkelingen volgen, dan hebben die eenheden veel speelruimte hun eigen koers te varen. Dat blijkt ook in de hoofdstukken over de gevalsstudie. Reeds is gesteld in paragraaf 7.6 dat juist interne budgettering één van de weinige middelen is waarmee managers in ziekenhuizen invloed op medische professionals kunnen uitoefenen. Door daar geen gebruik van te maken, laten managers een belangrijk controlmechanisme onbenut.

De invoering van DBC's zou aan interne budgetten als middel om te sturen wel eens een belangrijke impuls kunnen geven. Het management krijgt daarmee meer inzicht in de geleverde zorg en de kosten daarvan. Dat biedt aanknopingspunten om budgetten sterker ter discussie te stellen, zoals ook de RvB van het ziekenhuis van de gevalsstudie nadrukkelijk aangeeft. Met de problematische financiële situatie van het ziekenhuis heeft zij bovendien de wind in de rug om inhoudelijk een zwaarder stempel op beleidskeuzes te drukken en dat met name af te dwingen via instrumenten die de financiële situatie direct beïnvloeden, namelijk het interne budgetteringssysteem. Tegelijkertijd zal het management het wenselijk achten een bepaalde afstand te houden ten aanzien van beleidsinhoudelijke keuzes. In de eerste plaats zijn de medische professionals de

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

deskundigen bij uitstek waar het de zorgverlening betreft. Zoals de manager bedrijfsvoering van centrum A schetst, dienen inhoudelijke en financiële afwegingen in één hand te liggen. Aangezien het management niet over de inhoudelijke kennis van artsen beschikt en hun medische verantwoordelijkheid niet over kan nemen, zal een belangrijk deel van de verantwoordelijkheid welke middelen aan welke zorg te besteden in de handen van medisch specialisten moeten liggen. Een toenemende juridisering van onze samenleving waar het aansprakelijkheid betreft, kan dat alleen maar onderstrepen. In dit verband wordt ook verwezen naar ontwikkelingen in Italië waar een medisch specialist aan refereert (zie paragraaf 6.5). In de tweede plaats beoogt het organisatiemodel waar de academische ziekenhuizen voor gekozen hebben juist sturing op afstand te realiseren. De vraag is dan hoe ver de bemoeienis van managers moet gaan.

Is het vinden van een adequate balans moeilijk, DBC's bieden de mogelijkheid beter te balanceren. Dankzij de betere informatie over de geleverde zorg en de kosten ervan bieden DBC's de mogelijkheid van het interne budgetteringssysteem een krachtiger instrument van management control te maken. Toekomstig onderzoek zou zich er op kunnen richten na te gaan in hoeverre deze ontwikkeling zich ook daadwerkelijk voordoet.

Reflectie theorie

In het theoretisch raamwerk is de veronderstelling op basis van theorie betreffende management accounting and control dat budgetten en budgetteringssystemen doelbewust worden ingezet om bepaalde doelstellingen van het management te realiseren. De benadering van geïnterviewden heeft ook vanuit die optiek plaatsgevonden. Verondersteld is dat er bij de vorming van centra expliciete discussies over de vormgeving van het budgetteringssysteem zijn gevoerd. Dat blijkt allerminst vanzelfsprekend te zijn. Illustratief zijn in dit verband ook de doelstellingen en functies die zijn voorgelegd aan de manager bedrijfsvoering van centrum A: hij stelde dat hij uitspraken moest doen over de doelstellingen van een systeem dat hij niet zelf had bepaald. Het blijkt dat zich situaties voor kunnen doen, zoals bij centrum A, dat bij een verandering van de organisatiestructuur het management zich niet de vrijheid kan veroorloven zijn accounting controlsysteem naar eigen believe in te richten. Sterker nog, het budgetteringssysteem blijkt een gegeven en moet dus in bepaalde situaties tot de factoren worden gerekend die de mogelijkheden van sturing en beheersing door het centrumbestuur inkaderen.

Overtuiging (of geloof, zo men wil) speelt een rol waar het de keuze van een budgetteringssysteem betreft om bepaalde doelstellingen te kunnen realiseren. Waarom de één een bepaalde overtuiging is toegedaan en de ander niet, wordt waarschijnlijk bepaald door persoonlijke aspecten als ervaring, besturingsfilosofie en misschien wel levensbeschouwelijke opvattingen. Voor een diepgaande analyse zouden dergelijke factoren in toekomstig onderzoek betrokken moeten worden.

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

11.3.2. Contingente factoren

In deze paragraaf zal antwoord worden gegeven op de volgende deelvraag van het onderzoek:

3. Wat is de invloed van de context op het interne budgetteringssysteem?²

Verondersteld is dat de externe omgeving als contingente factor een grote invloed heeft op de vormgeving van het interne budgetteringssysteem. 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, blijkt in zijn algemeenheid op te gaan. Wel blijkt in bepaalde situaties het koppelingspercentage te worden verminderd, zoals hiervoor is geschetst. Dat is bij toenemende financiële risico's het geval indien de koppeling reeds heel sterk is, kosten niet adequaat zijn gedecentraliseerd en de reservepositie van het ziekenhuis zich verslechtert. Door het koppelingspercentage te verlagen, kan de RvB dan middelen achterhouden en zo aan deze problemen het hoofd proberen te bieden. Echter in zijn algemeenheid blijkt veronderstelling (c) wel op te gaan. Waar dat de mate van koppeling en het beheersen van financiële risico's betreft, blijkt dat met name ook uit het veldonderzoek. Aan de fase van anticiperen op toegenomen risico's ging een fase van toegenomen bewustwording van financiële prikkels via FB-parameters vooraf als gevolg van de invoering van de nacalculatie. Beschouwden ziekenhuizen voorheen het externe budget als een zak met geld die intern verdeeld moest worden, door de toegenomen variabilisering van het externe budget, als gevolg van nacalculatie en vergroting van het productiegebonden deel, is men zich veel bewuster geworden van de relatie tussen externe en interne middelen. In de bestuurlijke afwegingen gaat geld dan een sterkere rol spelen. Eén ziekenhuis noemt zelfs de nacalculatie als expliciete reden voor het invoeren van koppeling. Bovendien is geld door de toegenomen financiële risico's veel nadrukkelijker een rol gaan spelen in discussies over de beheersing van de kosten van ziekenhuisactiviteiten. Bij ziekenhuizen die koppelen, bestaat daardoor de behoefte die koppeling te intensiveren. Bij de andere ziekenhuizen nemen de discussies toe of koppeling niet noodzakelijk wordt vanuit beheersmatig oogpunt. Een en ander wordt mede beïnvloed door het risicoprofiel van het ziekenhuis, waar de academische profilering (zie verderop) en de **omvang van het eigen vermogen** op van invloed zijn. Ook op centrumniveau blijkt veronderstelling (c) op te gaan, maar dat verdient wel nuancering. Gezien het feit dat bij centrum A het gebruik van budgetten zich kenmerkt door het sterk vasthouden aan de realisatie van het budget, dat doelstellingen als financiële sturing en beheersing reeds een zwaar accent hebben en dat de mate van koppeling reeds maximaal is, kan moeilijk worden gesproken van versterking van beide als gevolg van toegenomen financiële risico's. Bij centrum B wordt het gebruik dat reeds werd gekenmerkt door het sterk vasthouden aan de realisatie van het budget, inderdaad nog verder aangescherpt. Doelstellingen ten aanzien van financiële sturing en beheersing speelden reeds een sterke rol bij centrum B, waarbij die sturing vooral door de manager

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

bedrijfsvoering werd uitgeoefend. Wel lijken bepaalde ontwikkelingen, waaronder de financiële noodzaak, tot een bepaalde mate van koppeling te gaan leiden. Het bestaansrecht van het budgetteringssysteem van centrum B wordt sterk bepaald door een factor die, afhankelijk van haar omvang, of latent aanwezig is, of nadrukkelijk op de voorgrond treedt: de beschikbaarheid aan middelen in relatie tot de uit te oefenen kerntaken. Er is hier sprake van een dominante factor die de invloed van andere factoren toelaat in geval van financiële ruimte, maar andere factoren overstemt in geval van krapte. Binnen de voorwaarde dat elke afdeling zelf over voldoende middelen kan beschikken om haar kerntaken te realiseren en er altijd nog de mogelijkheid is om in geval van financiële nood die op centrumniveau te lenigen door middel van het vergroten van lucratieve zorg door bepaalde afdelingen, zijn alle afdelingen bereid een budgetteringssysteem te tolereren waarbij middelen tot op zekere hoogte flexibel worden ingezet. Zodra echter schaarste knellende vormen aanneemt en de financieringsstrategie van het centrum door diverse factoren opeens niet meer functioneert, gaan afdelingen binnen centrum B het eigenbelang nadrukkelijker voorop stellen. Die ontwikkeling wordt gefaciliteerd door wijziging in de besturingsfilosofie van het centrum en het verstrekken van **inzicht in opbrengsten** van productie. Dat laatste leidt tot claimgedrag, zeker als die middelen nodig zijn om afdelingstekorten in te dekken.

Geconcludeerd kan worden dat organisaties zich een bepaald budgetteringssysteem ook moet kunnen permitteren, dat de mate van financiële speelruimte er toe doet. In geval van krapte is het moeilijker een flexibele toewijzing van budgetmutaties in stand te houden: de druk om te koppelen wordt dan groter. Dat geldt echter tot een bepaald percentage. Naarmate externe opbrengsten volledig worden doorgegeven, zal juist de noodzaak toenemen om een lager percentage dan 100% toe te passen, teneinde op centraal ziekenhuisniveau beleidsruimte te creëren of de vermogenspositie van het ziekenhuis te versterken.

Bij de keuze van het budgetteringssysteem, zowel waar het historische inputbudgettering betreft als de wijze van bepaling van budgetmutaties, blijken diverse andere factoren een rol te spelen die in het onderzoek niet op voorhand waren onderkend. Met name het onderzoek bij het ziekenhuis van de gevalsstudie heeft een diepgaande analyse daarvan mogelijk gemaakt.

De invoering van de FB-systematiek in 1997 vormde voor geen van de academische ziekenhuizen aanleiding om de FB-parameters te gebruiken voor het opnieuw vaststellen van de budgetten van divisies en afdelingen. Noodzaak daartoe ontbrak vanwege het budgetneutraal invoeren van de systematiek (de eerder genoemde externe factor, de omvang van financiële risico's, veranderde niet), terwijl het tevens niet haalbaar werd geacht grote budgetverschuivingen tot stand te brengen. Zowel bij het ziekenhuis van de gevalsstudie als bij andere academische ziekenhuizen heeft een **gebrek aan informatie** over de kosten van specifieke kerntaken er toe geleid dat budgetten historisch zijn gegroeid op basis van individuele afspraken met afdelingshoofden. **Macht en onderhandelingsvaardigheid** spelen daarbij een rol. De oudste afdelingen hebben relatief gezien meestal een hoger budget, doordat zij gedurende een langere periode rechten

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

hebben kunnen opbouwen. **Historie** (ouderdom) speelt dus ook een rol, waarbij bedacht moet worden dat die invloed net als die van macht en onderhandelingsvaardigheid de hoogte van het budget betreft, niet het budgetteringssysteem. Op de keus om wel of niet te koppelen hebben ze geen invloed, maar is eenmaal besloten om geen koppeling toe te passen, dan beïnvloeden ze in sterke mate de hoogte van de budgetten. Doordat informatie over kosten en opbrengsten van kerntaken nog steeds in belangrijke mate ontbreekt en budgetten als rechten (zie verder) worden ervaren, is het moeilijk de hoogte van die historische gegroeide budgetten ter discussie te stellen.

Zowel de kwaliteit van de informatievoorziening als **onevenwichtigheden** tussen de kosten van zorg en de opbrengsten ervan in het externe budget (de externe omgeving) spelen een belangrijke rol bij het niet automatisch kopiëren van een systeem van koppeling door divisies in ziekenhuizen waar de RvB koppeling toepast. Dat heeft te maken met het kunnen effenen van plussen en minnen van de budgettering op divisieniveau, hetgeen op afdelingsniveau door de kleinere schaal niet mogelijk is. Bepaalde beleidsmatig gewenste zorgontwikkelingen komen niet van de grond als de vergoeding tekortschiet. **Organisatiegrootte** als contingente factor speelt dus een rol, zij het op een andere wijze dan in de traditionele opvatting van de contingentietheorie. Grootte blijkt ook nog op andere wijze een rol te spelen: naarmate een centrum uit meer afdelingen bestaat (centrum A heeft veel afdelingen) is het moeilijker tot consensus te komen over veranderingen in het budgetteringssysteem. Bij centrum B zijn het met name gunstige onevenwichtigheden die er toe hebben geleid dat voor de productie geen koppeling is toegepast. Opvallend is dat de invloed van de onevenwichtigheden als contingente factor afhankelijk is van de omvang en de aard ervan. Die zijn bij centrum B èn groot èn in bepaalde gevallen gunstig. Daarmee wordt het mogelijk op centrumniveau flexibel te beslissen over de inzet van extra middelen verkregen uit productiegroei, zeker als afdelingen onwetend worden gehouden van de specifieke opbrengsten die ze genereren. Bij centrum A zijn er wel onevenwichtigheden op afdelingsniveau, maar die zijn veel minder groot. Afdelingen die een gunstig historisch budget hebben en gunstige parametervergoedingen, ervaren die rijkdom niet als zo extreem dat er bereidheid is middelen af te staan aan minder gefortuneerde afdelingen binnen dat centrum. De **kwaliteit van de informatie** speelt een rol waar het de positie van bestuurders betreft: managers bedrijfsvoering zitten dichterbij het zorgproces dan de RvB, waardoor zij beter kunnen inschatten voor welke activiteiten meer of minder middelen nodig zijn. Dit roept tevens de vraag op waarom ziekenhuizen voor divisies en divisies voor afdelingen waar afwijkingen tussen kosten en opbrengsten optreden, niet systeem II (koppeling tegen interne prijzen) toepassen. Slechts een beperkt aantal ziekenhuizen maakt gebruik van systeem II en dan ook slechts voor bepaalde zorg of kostensoorten. Bedacht moet worden dat men wel een indruk heeft van de kosten, maar dat de kwaliteit van de kosteninformatie niet zodanig is dat men over een compleet systeem van betrouwbare kostprijzen beschikt. Bij de reflectie wordt op de achtergronden van het ontbreken hiervan nader ingegaan. Nadrukkelijk wordt in dit verband gewezen op de relatie met taakonzekerheid: taakzekerere productie vereist ook een informatiesysteem dat kostprijzen genereert om invloed te kunnen uitoefenen op het budgetteringssysteem. Zegt

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

taakonzekerheid iets over de potentie om bepaalde budgetteringssystemen toe te passen, de kwaliteit van de informatiesystemen is een voorwaardelijke factor om die invloed uit te kunnen oefenen.

Bij de bespreking van doelstellingen is aangegeven dat het budgetteringssysteem van centrum A zelf een beïnvloedende factor is. Dit centrum wordt bij de centrumvorming in 2001 namelijk geconfronteerd met een situatie waarin budgetten rekenkundig worden bepaald. Uit het onderzoek blijkt dat in een medisch professionele organisatie budgetten heel sterk de betekenis hebben van verworven **rechten**, waaraan een sterke **ethische lading** kleeft. De economische beschikkingsmacht van het budget vertegenwoordigt een bepaalde hoeveelheid zorg die aan de patiënten van het eigen medisch specialisme kan worden verleend. Afbreuk doen aan budgetten betekent afbreuk doen aan die zorgpotentie, hetgeen op gespannen voet staat met de eed die medici hebben gezworen. Dat gevoel van recht wordt versterkt door het rekenkundige karakter van koppeling: objectief is te bepalen wat de afdeling (en dus de eigen patiënten) toekomt. Verandering in het budgetteringssysteem kan consequenties hebben voor de hoogte van de budgetten en daarmee voor de opgebouwde rechten op middelen en daarmee de patiëntenzorg. De wijze van budgetteren zoals die onder de RvB werd toegepast, is daarom automatisch voortgezet.

In het verlengde hiervan blijkt de mate van **onderlinge afhankelijkheid** van afdelingen binnen een centrum invloed te hebben op de mate waarin men elkaar middelen gunt, hetgeen invloed heeft op de besteding van de budgetteringssystemen bij de centra van het ziekenhuis van de gevalstudie. Bij centrum B zijn afdelingen sterker dan bij centrum A met elkaar verbonden in ketens van zorg. Dat wil niet zeggen dat onderlinge solidariteit en elkaar middelen gunnen door altruïsme worden ingegeven. Eigenbelang, of liever gezegd het belang van de eigen patiënten, speelt daarbij een grote rol, want die ontvangen ook diensten van andere afdelingen binnen het centrum. Bij centrum A delen afdelingen zorginhoudelijk weinig met elkaar en hebben ze weinig onderlinge afhankelijkheid, waardoor het belang van een andere afdeling niet direct verbonden is aan het eigen (patiënten)belang dat vooral binnen de eigen afdeling moet worden bewaakt.

Besteding van beide systemen wordt verder veroorzaakt door de **besturingsfilosofie van de manager bedrijfsvoering**. Die kenmerkt zich bij centrum A door het benadrukken van integrale managementverantwoordelijkheid op afdelingsniveau, waarbij financiële en zorginhoudelijke afwegingen zoveel mogelijk in één hand worden gelegd. Het afdelingshoofd draagt daarbij zowel verantwoordelijkheid voor kosten als opbrengsten. Koppeling, ook al is het systeem niet vormgegeven door de manager bedrijfsvoering, stelt hem wel in staat zijn besturingsfilosofie te realiseren. Hij werkt aan de besteding van het systeem mee door afdelingshoofden te wijzen op de mogelijkheden die het systeem biedt om een sluitende exploitatie te realiseren en middelen te genereren om kerntaken te financieren. Het door de RvB wenselijk geachte beleid wordt hiermee gevolgd. Bij centrum B worden afdelingshoofden direct via afdelingsbudgetten aangesproken op kosten, maar het aanspreken op opbrengsten vindt

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

indirect plaats via de productiebudgetten. Het uit elkaar trekken van opbrengsten en kosten is een zeer bewuste keuze van de manager bedrijfsvoering op basis van zijn ethiek. Hij wil niet dat op afdelingsniveau professionals zich in hun keuzes laten leiden door (on)gunstige financiële marges in plaats van door beleidsinhoudelijke afwegingen. De manager bedrijfsvoering neemt daarom vooral de bewaking van de opbrengsten van het centrum als geheel voor zijn rekening en stuurt afdelingshoofden aan op hun productie, zodat zij voldoende opbrengsten genereren voor een op centrumniveau sluitende exploitatie.

Waar het aanpassingen van het budgetteringssysteem van centrum B betreft (zoals het opheffen van afdelingsreserves), speelt naast de besturingsfilosofie van de manager bedrijfsvoering ook de **geaardheid van medisch specialisten** een rol. Het centrum kenmerkt zich door snijdende vakken, gericht op chirurgisch handelen. Dat vereist actiegerichtheid en vaak snelle besluitvorming van de professionals die dat werk uitvoeren. Die attitude faciliteert het nemen van besluiten en het veranderen van budgetteringssystemen, ook al kan dat gepaard gaan met hevige discussies. Centrum A bestaat uit een mix van snijdende en beschouwende vakken. Bij die laatste moet in het zorgverleningsproces vaak op basis van een complex geheel van factoren een besluit worden genomen. Dat beschouwende karakter kan ook zijn stempel drukken op andere besluitvormingsprocessen.

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

In tabel 11.1 worden de factoren samengevat die invloed blijken te hebben op de mate waarin externe budgetparameters in de interne budgettering (de mate van koppeling) worden toegepast. Daarbij dient het volgende te worden opgemerkt. De genoemde factoren zijn te onderscheiden naar factoren, die

- het systeem bepalen (wel of geen koppeling),
- veranderingen in een toegepast systeem bemoeilijken en dus de toepassing van een systeem bestendigen,
- de hoogte van het budget bepalen, maar niet het systeem.

De twee eerstgenoemde categorieën zijn de factoren die centraal staan in dit onderzoek. Deze zijn ook opgenomen in de tabel. De eerder in deze paragraaf genoemde factoren als

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

macht, onderhandelingsvaardigheid en historie (ouderdom) hebben grote invloed op de hoogte van het budget *binnen* de context van een budgetteringssysteem dat zich kenmerkt door geen koppeling toe te passen. Zoals reeds gesteld hebben deze factoren dus geen invloed op de keus van het systeem zelf. Daarom worden ze in de tabel buiten beschouwing gelaten. Op de invloed van technologie (taakonzekerheid) is in de vorige paragraaf reeds ingegaan. Bovendien blijkt die niet van invloed te zijn op het budgetteringssysteem.

Tabel 11.1 Factoren die het interne budgetteringssysteem bepalen

Beïnvloedende factoren	De mate van koppeling zal sterker worden / een hoge mate van koppeling zal in stand blijven indien:	De mate van koppeling wordt minder sterk / Geen koppeling zal worden toegepast indien:
financiële risico's	de financiële risico's toenemen (afwentelingsgedrag); het koppelingspercentage zal echter niet 100% bedragen teneinde de vermogenspositie te kunnen versterken	de financiële risico's gering zijn
solvabiliteit (omvang reservepositie, de mogelijkheden die snel te kunnen verbeteren)	de reservepositie van de budgetgever gering is en er weinig mogelijkheden zijn die te verbeteren; via koppeling worden financiële risico's dan op budgethouders afgewenteld	de reservepositie van de budgetgever groter is en/of er mogelijkheden bestaan snel financieel gunstige productie op te voeren; eventuele tegenvallers kunnen worden opgevangen ten laste van de (snel op te bouwen) reservepositie
het hebben van inzicht in opbrengsten	budgethouders inzicht krijgen in de opbrengsten die ze genereren; deze zullen dan worden opgeëist (claimgedrag)	er weinig roep is om koppeling vanwege het ontbreken van inzicht in de eigen opbrengsten
(het ontbreken van) informatie over zorgproducten en de kostprijzen ervan in relatie tot de opbrengsten	<ul style="list-style-type: none"> informatie over zorgproducten en de kostprijzen ervan ontbreekt; koppeling wordt toegepast op grond van het verdiensbeginsel duidelijk inzicht bestaat in de kosten van geleverde zorg, waarop de interne prijsbasis kan worden afgestemd 	door het ontbreken van informatie over zorgproducten en kostprijzen budgetten moeilijk ter discussie zijn te stellen

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

Tabel 11.1 Factoren die het interne budgetteringssysteem bepalen - vervolg

Beïnvloedende factoren	De mate van koppeling zal sterker worden / een hoge mate van koppeling zal in stand blijven indien:	De mate van koppeling wordt minder sterk / Geen koppeling zal worden toegepast indien:
onevenwichtig- heden tussen de kosten van zorg en de vergoedingen in het externe budget	koppeling tot een redelijk kostendekkend budget leidt voor de budgethouder (dit ondanks het ontbreken van veel informatie over kosten van zorg, of juist dankzij kwalitatief goede informatie)	er grote verschillen zitten tussen kosten en opbrengsten van geleverde zorg, waardoor koppeling een versturende werking zou hebben op de realisatie van gewenste zorgproductie (dit ondanks het ontbreken van veel informatie over kosten van zorg, of juist dankzij kwalitatief goede informatie)
grootte van de budgethouder (aantal afdelingen van het centrum, productie- omvang)	<ul style="list-style-type: none"> • de budgethouder zodanig groot is, dat het moeilijk is tot overeenstemming te komen over wijziging van een reeds toegepast systeem van koppeling • de budgethouder in staat wordt geacht door zijn omvang plussen en middelen intern te compenseren 	(empirische bevindingen voor deze cel ontbreken)
medische ethiek in samenhang met de betekenis van het budget als verworven recht	budgethouders bestaande budgetten op grond van medische ethiek als potentiële patiëntenzorg en als recht beschouwen	de budgetgever wil voorkomen dat inhoudelijk beleid wordt beïnvloed door financiële prikkel
onderlinge afhankelijkheid van budgethouders	budgethouders weinig zorginhoudelijke belangen met elkaar delen	budgethouders veel zorginhoudelijke belangen met elkaar delen
besturings- filosofie, persoonlijke opvattingen budgetgever	de budgetgever met het stimuleren van ondernemerschap invulling geeft aan integrale management- verantwoordelijkheid van budgethouders	de budgetgever wil voorkomen dat financiële prikkel invloed hebben op de zorgproductie

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

Tabel 11.1 Factoren die het interne budgetteringssysteem bepalen - vervolg

Beïnvloedende factoren	De mate van koppeling zal sterker worden / een hoge mate van koppeling zal in stand blijven indien:	De mate van koppeling wordt minder sterk / Geen koppeling zal worden toegepast indien:
geaardheid medisch specialismen / specialisten	de budgetgever met veel snijdende specialismen als budgethouders te maken heeft	de budgetgever met vooral beschouwende specialismen als budgethouders te maken heeft
het academisch zorgprofiel	het academische zorgprofiel zich kenmerkt door relatief veel reguliere en WBMV-productie	het academische zorgprofiel zich kenmerkt door relatief veel onderzoek

Uit de bevindingen van het veldonderzoek en de gevalsstudie valt op te maken dat met de toepassing van DBC's de invloed van bepaalde factoren zal toenemen. Zowel uit het veldonderzoek als de gevalsstudie blijkt dat DBC's in combinatie met marktwerking de financiële risico's in de externe omgeving voor het ziekenhuis zullen doen toenemen. Dat leidt tot een verwachte toename in de mate van koppeling. DBC's, deel uitmakend van de externe omgeving, zijn verder kwalitatief betere instrumenten om de zorg te typeren en te bekostigen. De betere informatievoorziening over de kosten van zorg die DBC's binnen het ziekenhuis genereren, maakt het tevens mogelijk deze parameters in de interne budgettering een nadrukkelijke rol te laten spelen, i.c. de mate van koppeling te versterken. Bij het ziekenhuis van de gevalsstudie vormt die informatie een tegenwicht voor historisch opgebouwde rechten en machtsposities van medisch specialismen, zoals blijkt uit het feit dat herallocaties van budgetten niet worden uitgesloten. Ook zullen onevenwichtigheden tussen opbrengsten en kostprijzen waarschijnlijk worden verkleind, waardoor de noodzaak om deze te corrigeren door geen koppeling toe te passen minder groot wordt. Overigens is wel aangegeven dat 'onevenwichtigheden' als bezettingsresultaten wel zullen worden gecorrigeerd, maar dat zal tot gevolg hebben dat bij het toepassen van koppeling de vergoeding van extra productie op de variabele kosten zal zijn gebaseerd. DBC's zullen verder leiden tot toegenomen inzicht in de opbrengsten ervan bij divisies en afdelingen. De ziekenhuizen van het veldonderzoek geven in dit verband aan dat het claimgedrag door DBC's zal worden versterkt. Van de overige factoren zijn in het veldonderzoek en bij de gevalsstudie geen nadrukkelijke indicaties van de gevolgen van DBC's verkregen. Wel zal bij de reflectie over hun veranderende invloed het een en ander worden opgemerkt.

Reflectie

In relatie tot de theorie kunnen op basis van dit onderzoek enkele kanttekeningen bij de contingentietheorie worden geplaatst.

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

In de eerste plaats blijkt dat naast de meer traditionele, 'harde' contingente factoren vooral ook diverse 'zachte' factoren een rol spelen. Persoonlijk opvattingen over doel-middel relaties blijken mede van invloed op het bestendigen, dan wel het eventueel aanpassen van budgetteringssystemen. Zo kan de manager bedrijfsvoering het zich dankzij productie die veel opbrengsten genereert, permitteren zijn ethiek sterk te laten doorklinken in de interne budgettering door zijn afdelingshoofden onwetend te houden van de opbrengsten van hun zorgproductie om zo sturing op financiële prikkels te voorkomen. Verder blijkt ook ethiek van afdelingshoofden een rol te spelen: deze staan een flexibeler middelentoekenning in de weg indien afdelingen weinig zorginhoudelijke afhankelijkheden kennen. Een andere persoonsgebonden factor is de aard van het specialisme c.q. de specialisten die op een afdeling werken. Dat heeft invloed op de aard van besluitvormingsprocessen, i.c. het wel of niet kunnen doorvoeren van veranderingen in het budgetteringssysteem. Deze bevindingen pleiten ervoor in de contingentietheorie meer aandacht te besteden aan sociaal-psychologische factoren. Dit onderzoek vormt wat dat betreft een bevestiging van soortgelijke aanbevelingen die wetenschappers als Otley en Chenhall ook reeds hebben gedaan (zie paragraaf 3.4).

In de tweede plaats blijken in het onderzoek diverse, 'harde' factoren niet of een andere rol te spelen dan in de contingentietheorie tot uitdrukking komt. De kwaliteit van de informatievoorziening is zo'n factor. Afhankelijkheden tussen afdelingen en grootte spelen op een andere wijze een rol dan de contingentietheorie veronderstelt. In deze paragraaf is de rol van deze factoren uitvoerig belicht.

In de derde plaats is reeds in hoofdstuk 3 gewezen op de samenhang tussen factoren als strategie, omgeving en taakonzekerheid. Ook is de vraag hoe de relatie tussen het budgetteringssysteem en de organisatiestructuur is. Aan beide ligt de toedeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten grondslag. Kan van een organisatiestructuur worden gesproken zonder daarbij te spreken over de verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden ten aanzien van productie en middelen? Is het niet beter te stellen dat de organisatiestructuur mede in het budgetteringssysteem tot uitdrukking komt, in plaats van dat het budgetteringssysteem door de organisatiestructuur wordt beïnvloed? Deze opmerkingen brengen ons tot de volgende conclusies. De contingentietheorie veronderstelt een heel strak (en star) verband tussen contingente factoren en de keuze voor bepaalde management controlinstrumenten. De uitkomsten van dit onderzoek wijzen op veel complexere relaties en bevestigen daarmee twijfels die in de literatuur ook naar voren komen. Er is een veelheid aan beïnvloedende factoren te onderscheiden, zo laat de hiervoor gepresenteerde analyse zien. Vele factoren hebben een meer algemeen karakter en kunnen ook bij andere typen organisaties een rol spelen. Andere hebben een meer specifiek karakter waar het zorginstellingen betreft. Het betreft bijvoorbeeld de invloed van medische ethiek en de invloed die de overheid op het zorgstelsel wenst uit te oefenen. Wordt het gedachtegoed van de contingentietheorie dat diverse factoren van invloed zijn op de keuze van het management controlsysteem door dit onderzoek bevestigd, het bevestigt nog sterker de noodzaak tot een fundamentele inhoudelijke bezinning op de factoren die in deze theorie zijn opgenomen. Om afstand te nemen van het starre keurslijf van de contingentietheorie zijn daarom de factoren die het interne budgetteringssysteem

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

beïnvloeden in deze paragraaf niet als contingente, maar als beïnvloedende factoren aangeduid.

Een ander punt van reflectie is de kwaliteit van de informatievoorziening in ziekenhuizen. De indruk bestaat dat het onderzoek zich aan de scheidslijn van twee tijdvakken heeft afgespeeld en wel aan die kant waarin informatie over zorgproducten en hun kostprijzen niet voorhanden was. Deze informatiebehoefte is nooit erg urgent geweest. Het primaat ligt in zorginstellingen bij de zorgverlening, niet bij investeringen in financiële informatiesystemen. Die urgentie is wel toegenomen. Als startpunt kan worden beschouwd een verandering in de externe financiering, namelijk de introductie van de externe budgettering in de jaren 80 van de vorige eeuw. Zoals reeds is opgemerkt, kennen ziekenhuizen nog maar een korte geschiedenis van sterke professionalisering van het financieel management. Ontwikkelingsstappen zijn geweest het budgetteren van organisatie-onderdelen en het registreren en beheersen van kosten per kostenplaats en per kostensoort. Dat die ontwikkelingen zich niet eerder hebben uitgestrekt tot zorgproducten en activiteiten is zeer verklaarbaar. Het DBC-traject laat zien welke omvangrijke investeringen gemoeid zijn met het typeren van zorgproducten en het toerekenen van kosten daaraan. Ziekenhuizen zijn complexe organisaties³. Is de zorgverlening in een ziekenhuis voor een groot deel adequaat in zorgprotocollen en in DBC's onder te brengen, daarbij moet niet uit het oog worden verloren dat het normen en gemiddelden betreft. Patiënten die onder een dergelijk protocol vallen, zullen als gevolg van hun individuele kenmerken kleine afwijkingen in hun zorgconsumptie vertonen. De worsteling die in het landelijke DBC-traject plaatsvindt om het aantal verschillende soorten DBC's tot hanteerbare aantallen terug te brengen zonder te veel concessies te doen aan medische homogeniteit spreekt in dat opzicht ook boekdelen. Is een groot deel van de kosten bovendien nog vast en vaak ook indirect, dan ontstaan snel vraagtekens bij het nut van kostprijsberekening: of deze kosten linksom of rechtsom worden toegerekend, ze zullen er in totaliteit niet door veranderen. Al deze aspecten maken dat ziekenhuizen in het verleden weinig geïnvesteerd hebben in informatiesystemen die kostprijzen genereren per zorgproduct of activiteit. Het is daarom niet verwonderlijk dat ziekenhuizen dergelijke investeringen pas hebben opgepakt nadat de politiek zich nadrukkelijk conformeerde aan de DBC-systematiek, hen daarin faciliteerde en het voortbestaan van ziekenhuizen sterker afhankelijk is geworden van informatie over kostprijzen. Gezien de snelle ontwikkelingen op dit terrein is het interessant de invloed van taakonzekerheid op het interne budgetteringssysteem binnen enkele jaren wederom onder de loep te nemen. Gebrek aan informatie zal als voornaamste obstakel waarschijnlijk uit de weg zijn geruimd en de vraag is of de invloed van taakonzekerheid zich dan sterker zal doen gelden. Dat zal des te interessanter zijn door de gebleken invloed van 'zachte' factoren zoals ethiek, die met deze nieuwe situatie op een meer gespannen voet komen te staan. Een manager bedrijfsvoering kan bijvoorbeeld moeite hebben met het rekenkundig toepassen van standaards als kostprijzen, doordat die het risico in zich bergen van sturing op financiële parameters. Immers, variabele vergoedingen zoals die door middel van koppeling ontstaan, kunnen gebaseerd zijn op een gemiddelde consumptie per patiënt. Bij een aanzienlijke spreiding rond dat gemiddelde zal in geval van twijfel ten aanzien van de

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

meest wenselijke zorgverlening aan een individuele patiënt de financiële prikkel stimuleren hem dan het gemiddelde te geven.

In het onderzoek zijn geen indicaties verkregen dat de factoren anders dan hiervoor in deze paragraaf expliciet genoemd door de invoering van DBC's zelf direct worden beïnvloed. Wel zal hun invloed kunnen veranderen. Het weerstandsvermogen van het ziekenhuis en het graduele onderscheid in academisch zorgprofiel veranderen niet door DBC's, maar maken het wel meer of minder noodzakelijk te reageren op toegenomen financiële risico's in de externe omgeving. In paragraaf 7.3. wordt door de financieel directeur van het ziekenhuis van de gevalsstudie nadrukkelijk gewezen op de hogere eisen die door DBC's worden gesteld aan de solvabiliteit van het ziekenhuis. De invloed van de factor grootte waar het de mogelijkheden betreft om tot consensus te komen, zal waarschijnlijk afnemen als betere discussies mogelijk zijn aan de hand van betere informatie. Ook op medische ethiek hebben DBC's geen directe invloed waar het de toepassing van het budgetteringssysteem betreft. Het toegenomen inzicht in de zorg en de kosten ervan zal het wel moeilijker maken vast te houden aan de instandhouding van budgetten en budgetteringssystemen, zeker indien er sprake lijkt te zijn van grote onevenwichtigheden. Ethiek kan zelfs een rol gaan spelen bij budgethouders die menen dankzij DBC's op meer middelen recht te hebben: hun patiënten wordt tekort gedaan. Ook zullen managers moeilijker in staat zijn op grond van ethische principes budgethouders onwetend te houden van de opbrengsten en kosten van de door hen geleverde zorg, simpelweg alleen al om de grote aandacht die in diverse verbanden voor deze thema's bestaat. De onderlinge afhankelijkheid van afdelingen zal door de invoering van DBC's niet veranderen, maar op basis van de zorgprofielen van DBC's is wel meer informatie beschikbaar welke afdelingen welke inspanningen aan patiënten leveren. Dat zou kunnen leiden tot een sterkere druk om budgetten meer rekenkundig vast te stellen. Ook persoonsgebonden factoren zijn door de invoering van DBC's niet veranderd. Wel faciliteren DBC's de realisatie van bepaalde visies op besturing: betere zorgproducten en kostprijzen maken het mogelijk divisies en afdelingen meer integraal verantwoordelijk te maken en hen daar op aan te spreken. De geaardheid van medisch specialismen (snijdend versus beschouwend) zal zelf niet veranderen door de invoering van DBC's, maar deze factor kan wel aan invloed verliezen. DBC's kunnen als gevolg van de informatie die ze genereren besluitvormingsprocessen ten aanzien van veranderingen in het budgetteringssysteem bespoedigen bij specialismen met een beschouwend karakter.

11.4. Gebruik

In deze paragraaf zal antwoord worden gegeven op de volgende deelvraag van het onderzoek:

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

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

De wijze waarop budgetten worden gebruikt, onderscheidt zich wel waar het de vergelijking van de verschillende bestuurlijke niveaus binnen het ziekenhuis van de gevalsstudie, maar niet waar het de beide centra onderling betreft. Om met dat laatste te beginnen: het gebruik van budgetten door de manager bedrijfsvoering kenmerkt zich voor beide centra door het sterk aanspreken van afdelingshoofden op het realiseren van afgesproken budgetten. Wel hebben afdelingen bij beide centra grote vrijheid waar het gaat om de samenstelling van de productie, echter wel binnen de randvoorwaarde dat de kosten worden gedekt: bij centrum A op afdelingsniveau, bij centrum B op centrumniveau. De achtergronden van het vasthouden aan budgetten zijn enigszins verschillend en hebben niets te maken met de mate van taakonzekerheid c.q. de 'match' tussen systeem en taakonzekerheid, anders dan was verwacht conform veronderstelling (d). Weliswaar leidt koppeling bij centrum A niet altijd tot evenwichtige budgetten, de manager bedrijfsvoering heeft echter weinig financiële mogelijkheden om afdelingen te compenseren voor manco's in het systeem (zoals vergoedingen die lager zijn de kosten van toegenomen zorgproductie). Als gevolg van die koppeling worden alle middelen immers aan afdelingen doorgegeven. In beperkte mate wordt gecompenseerd door het meer of minder soepel toekennen van investeringsbudgetten. Verder worden afdelingen met behulp van informatievoorziening over kosten en opbrengsten gefaciliteerd om een sluitende exploitatie te realiseren. Bij centrum B spreekt de manager bedrijfsvoering afdelingshoofden eveneens streng aan op budgetoverschrijdingen, aangezien de kwaliteit van budgetten in zijn ogen hoog is. Budgetmutaties zijn immers gebaseerd op kostendekkende vergoedingen. Voor problemen (zoals bij de OK) waarvan de manager bedrijfsvoering vindt dat die niet een centrumprobleem zijn, maar een probleem van de organisatie als geheel, verlangt en krijgt hij ondersteuning van de RvB. Redelijkheid van budgetten speelt bij beide managers bedrijfsvoering een belangrijke rol, in het ene geval omdat afdelingen zelf invloed op die budgetten hebben, in het andere geval vanwege het kostendekkende karakter ervan.

De opstelling van de RvB naar de centra is vele jaren soepeler geweest dan die van de beide managers bedrijfsvoering naar hun afdelingen. Ook als de financiële problemen van het ziekenhuis reeds groot zijn, is de RvB ontvankelijk voor claims vanuit de centra om hen te ondersteunen met middelen door tekorten kwijt te schelden, terwijl bovendien nog veel kosten niet zijn gedecentraliseerd naar de centra. Pas als de financiële nood hoog is, moet dat begrip wijken en dwingt dat de RvB sterker vast te houden aan de realisatie van budgetten. Dat staat dus los van de mate van taakonzekerheid c.q. de 'match' tussen systeem en taakonzekerheid, anders dan was verwacht conform veronderstelling (d). Op dit hoge abstractieniveau is deze relatie niet aanwezig.

Het verschil in organisatieniveau speelt een rol bij de verklaring van verschillen in gebruik tussen RvB en centra. Centra kunnen zich de luxe permitteren kosten waarvan ze vinden dat die niet een centrumprobleem zijn, door te schuiven naar de RvB, terwijl ze in geval van centrum B wel vasthouden aan een budget waarvoor ze vinden dat ze wel verantwoordelijk zijn. Er vindt dan een impliciete herdefiniëring van het centrumbudget plaats. Aangezien de RvB de problemen niet door kan schuiven, zou verwacht mogen worden dat die de centra juist sterk afrekent op hun oorspronkelijke budget. Bovendien zijn centra en hun afdelingen door middel van hun productie zelf in staat hun budget te

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

beïnvloeden (zie ook de opstelling van de manager bedrijfsvoering bij centrum A). De RvB kiest echter niet voor een dergelijke opstelling, omdat ze het proces van organisatieontwikkeling, waaraan ze zichzelf in sterke mate geëngageerd heeft, niet wil verstoren. Is weliswaar integrale managementverantwoordelijkheid op centrumniveau van dat ontwikkelingsproces een onderdeel, binnen de centra zelf moet dat organisatie-model ook haar weg vinden. En centrumbesturen hebben het moeilijk, want die hebben te maken met afdelingen die eigenlijk geen autonomie wensen te verliezen en apart met de RvB willen blijven onderhandelen. De RvB ziet het daarbij als haar taak de centrumbesturen te faciliteren en dat verdraagt zich niet met een rigide opstelling ten aanzien van budgetten. Pas als de organisatieontwikkeling zich na enkele jaren meer heeft kunnen uitkristalliseren en de financiële nood verder is gestegen, wordt sterker aan de realisatie van budgetten vastgehouden.

Voor zover dat nog mogelijk is (zie bovenstaande opmerkingen ten aanzien van de gevalstudie), zal de invoering van DBC's leiden tot het sterker vasthouden aan de realisatie van het budget, zo wordt aangegeven in het veldonderzoek en bij de gevalstudie. Verwijzend naar veronderstelling (d) zal dat mogelijk zijn door de lagere mate van taakonzekerheid (zie paragraaf 11.2). 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: reëlere budgetten leiden tot reëler afrekenen. Anderzijds is het sterker vasthouden aan het budget noodzakelijk vanwege de toegenomen financiële risico's die ontstaan als gevolg van diezelfde DBC's.

Reflectie

Het begrip stijl waar het de toepassing van budgetteringssystemen betreft, is in dit onderzoek vermeden, zoals gesteld aan het slot van paragraaf 3.5. Wij hebben in de betreffende paragraaf gesteld dat nadere definiëring ervan een resultante zou kunnen zijn van dit onderzoek. Die definiëring heeft niet plaatsgevonden. In de eerste plaats heeft dat te maken met het aantal waarnemingen, in totaal drie. Het gebruik van budgetten is in beschouwing genomen waar het de RvB en de managers bedrijfsvoering betreft van beide centra van het ziekenhuis van de gevalstudie. Dat wordt een te smalle basis geacht voor de ontwikkeling van een stijlconcept. In de tweede plaats is het lastig een budgetteringsstijl te definiëren, zo dat al mogelijk is, laat staan te conceptualiseren. De kritische kanttekeningen gemaakt bij de Hopwoodstijlen waar het prestatie-evaluatiestijlen betreft, zijn wat dat betreft veelzeggend. Het roept vragen op hoe managementstijlen, prestatie-evaluatiestijlen en budgetteringsstijlen zich tot elkaar verhouden. Ook het aan het slot van paragraaf 11.3 genoemde wenselijke onderzoek naar 'overtuigingen' zou in dat onderzoek een plaats kunnen krijgen. Dat nader onderzoek wenselijk is, mogen de gemaakte kanttekeningen duidelijk maken. Wel lijkt een waarschuwing ten aanzien van de complexiteit van dit onderzoeksthema op zijn plaats.

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

11.5. Effecten

In deze paragraaf zal antwoord worden gegeven op de volgende deelvraag van het onderzoek:

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

Opvallend is dat het centrum dat het budgetteringssysteem niet zelf heeft bepaald haar doelstellingen het beste weet te realiseren, dit in tegenstelling tot de RvB die ook een systeem van koppeling toepast en in tegenstelling tot centrum B dat haar budgetteringssysteem zelf mede heeft vormgegeven. Een systeem van koppeling in combinatie met de wijze van gebruik door de manager bedrijfsvoering blijkt sterk bij te dragen aan een belangrijke doelstelling van het bestuur van centrum A, namelijk financiële beheersing. Afdelingshoofden voelen zich sterk verantwoordelijk voor budgetten. Koppeling in combinatie met druk op de budgetten leidt tot efficiencyverbetering en bezinning op de noodzaak van medische verrichtingen. Toch kan bij centrum A niet zonder meer worden gesproken van een bevestiging van veronderstelling (e), dat de **realisatie van de doelstellingen** die met het budgetteringssysteem worden nagestreefd gunstig worden beïnvloed indien het systeem aansluit op de mate van taakonzekerheid en het gebruik daarop is toegesneden. Alhoewel gebruikt om die te realiseren, is het systeem niet bepaald door de doelstellingen van het centrumbestuur. Bovendien is reeds geconstateerd dat weliswaar sprake is van een rekenkundig systeem, maar niet van het juiste waar het taakonzekerheid betreft. Dat laatste blijkt echter het realiseren van de betreffende doelstellingen niet in de weg te staan. Juist het gebrek aan taakonzekerheid leidt tot een stabiel taken- en kostenpatroon, waardoor het mogelijk is op stabiele discrepanties tussen kosten en opbrengsten te sturen en zo een sluitende exploitatie te realiseren. Het tweede deel van veronderstelling (e), i.c. dat de combinatie van een geringe mate van taakonzekerheid, een sterke mate van koppeling en het sterk vasthouden aan de realisatie van het budget een gunstige invloed zal hebben op de realisatie van de doelstellingen van het budgetteringssysteem, blijkt in die zin wel op te gaan.

In het verlengde hiervan kan worden gesteld dat ook de toepassing van DBC's in de interne budgettering in bepaalde opzichten een gunstige invloed zal 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.

Reeds is geconstateerd dat geen koppeling bij centrum B wordt toegepast, ondanks dat de beide in beschouwing genomen specialismen taakzeker zijn. Opmerkelijk in dit verband is

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

ook dat doelmatigheid en financiële beheersing bij centrum B belangrijke doelstellingen zijn die niet naar wens worden gerealiseerd. In die zin lijkt veronderstelling (e) te worden bevestigd, dat de realisatie van de doelstellingen die met het budgetteringssysteem worden nagestreefd ongunstig worden beïnvloed indien het systeem niet aansluit op de mate van taakonzekerheid. Door het niet leggen van een rekenkundige relatie waar dat kan, worden afdelingshoofden niet geprikkeld hun efficiency te vergroten. Deze focus blijkt inderdaad niet sterk ontwikkeld te zijn. Koppeling zou afdelingshoofden waarschijnlijk aanzetten tot het sterker binnen budget blijven, mede gezien de ervaringen bij centrum A. Daarbij zouden onevenwichtigheden tussen vergoedingen en kosten kunnen worden voorkomen door koppeling volgens systeem II (combinatie van historisch budget en mutatiesystematiek op basis van CTG-productieparameters en interne prijzen) toe te passen. Wel geldt de kanttekening dat het inzicht in de kosten van specifieke zorg tot dusver slecht ontwikkeld is, waardoor de interne prijsstelling wordt bemoeilijkt. Dit inzicht zal echter met de invoering van DBC's sterk worden verbeterd, waardoor met name bij centrum B in belangrijke mate aan de condities lijkt te worden voldaan om koppeling in te voeren. In de vorige alinea is reeds de kanttekening gemaakt dat moeilijk is vast te stellen of het per saldo effect op de realisatie van doelstellingen gunstig is. Aangezien bezettingsresultaten op vaste kosten dan tot financiële sturing kunnen leiden, is het bovendien de vraag of in een dergelijke situatie koppeling wenselijk is gezien de besturingsfilosofie van het centrum. In de volgende alinea wordt daar nader op ingegaan.

Past de RvB net als centrum A een zelfde systeem van koppeling toe, toch weet de RvB in tegenstelling tot centrum A haar budgetteringsdoelstellingen niet te realiseren. Ter verklaring van dit verschil kan worden gewezen op de eerder genoemde onvolledige decentralisatie van kosten en de kosten van het organisatieveranderingsproces die door de RvB worden gedragen. Daarnaast is een belangrijk verschil dat kostenbeheersing vooral op afdelingsniveau gestalte moet krijgen. Doordat centrum A het budgetteringssysteem van koppeling op haar afdelingen toepast en integrale managementverantwoordelijkheid zeer sterk benadrukt, treedt het centrum nadrukkelijk in de beleidsmatige voetsporen van de RvB. Bij centrum B vindt een andere wijze van besturing plaats, waaraan het bestuur consequenties heeft verbonden voor de interne budgettering, namelijk geen koppeling toepassen. Afdelingen ervaren daardoor andere prikkels, hetgeen tot ander gedrag leidt. Financiële beheersing en sturing zijn daardoor minder sterk. Is die ontwikkeling wat betreft sturing gewenst, een minder sterke financiële beheersing is ongewenst. Weliswaar leiden de besturingsfilosofie, de wijze van budgetteren en de toegepaste personnel control tot het inspirerende klimaat om te 'gaan' voor academische inhoud en met name onderzoek, dat onderzoek leidt wel tot veel kosten en tot weinig extra opbrengsten in het externe budget. Van dat laatste zijn afdelingshoofden zich niet sterk bewust, doordat de manager bedrijfsvoering de opbrengsten van het centrum bewaakt. De besturingsfilosofie van het centrum en het daarop toegesneden budgetteringssysteem leggen daardoor de verantwoordelijkheid voor een sluitende exploitatie van het centrum als geheel voor een belangrijk deel in handen van de manager bedrijfsvoering. Hij is daarvoor afhankelijk van het commitment dat hij krijgt van de afdelingshoofden om zich aan productieafspraken te houden en om binnen hun kostenbudgetten te blijven. De risico's van dit beleid worden

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

opgevangen door middel van het eventueel opvoeren van lucratieve zorgproductie, maar juist deze escape doet ook weer afbreuk aan de noodzaak van commitment. Op het moment dat bij centrum B de manager bedrijfsvoering vertrekt en de lucratieve productie als financieringsbron om een aantal redenen opdroogt, blijkt tevens bij de afdelingshoofden een sterke discipline te ontbreken om op kosten te besparen. Ook de sterke rol die de manager bedrijfsvoering zelf heeft gespeeld bij het aangeven van bezuinigingen en het bedenken van creatieve oplossingen voor afdelingstekorten, leidt tot passiviteit en afhankelijkheid van afdelingshoofden waar het gaat om financiële beheersing.

Beide budgetteringssystemen hebben niet alleen gevolgen voor de zorgproductie, maar ook voor de **kerntaken** opleiding en onderzoek. Op de gevolgen van DBC's voor de invloed van het management en de effecten daarvan op de realisatie van de kerntaken wordt verderop in deze paragraaf teruggekomen. Onder druk van bezuinigingen kan het effect van koppeling bij centrum A zodanig zijn dat interen op onderwijs bijvoorbeeld financieel gunstiger is dan opbrengsten te derven van bepaalde productie. In andere gevallen kan een afdeling als gevolg van de koppeling mogelijk profiteren van verlaging van de productie als de minder-kosten hoger zijn dan de minder-opbrengsten. Daardoor zal een verschuiving plaatsvinden van patiëntenzorg naar met name onderzoek. Verder wordt financieel interessante productie gestimuleerd zonder dat die bij hoeft te dragen aan academische profilering. Wel draagt dergelijke productie daaraan indirect bij door de middelen voor die profilering te genereren. Bovendien leidt koppeling in combinatie met druk op de budgetten tot efficiencyverbetering en bezinning op de noodzaak van medische verrichtingen. Indirect kan koppeling er toe leiden dat bestaande gewoontes worden doorbroken, hetgeen gunstig is voor de kwaliteit van de zorgverlening. Efficiencywinsten kunnen worden geïnvesteerd in de realisatie van extra kerntaken. Koppeling heeft derhalve direct en indirect grote invloed op de kerntaken van het centrum. Veronderstelling (f), dat een 'mismatch' tussen taakonzekerheid, systeem en gebruik er toe kan leiden dat de realisatie van de kerntaken negatief wordt beïnvloed, is echter niet als zodanig te bevestigen of te ontkennen. Weliswaar is er invloed van met name onevenwichtigheden tussen kosten en opbrengsten, maar die is niet zonder meer als positief of negatief te bestempelen. Aangezien in de loop der tijd afdelingsbudgetten door onder andere bezuinigen knellender zijn geworden, kan wel worden gesteld dat de invloed van financiële prikkels op de kerntaken binnen centrum A steeds groter is geworden. Net als bij centrum A verdient veronderstelling (f) ook bij centrum B een genuanceerde reactie. Dat de manager bedrijfsvoering probeert financiële kwesties zoveel mogelijk bij de afdelingshoofden weg te houden om hen ruimte te geven voor datgene waar ze goed in zijn, wordt door de afdelingshoofden zeer gewaardeerd. Het budgetteringssysteem van centrum B leidt daarom tot een sterke focus op met name onderzoek, daarin mede gestimuleerd door de sterke belangstelling voor onderzoek binnen het centrum en de mogelijkheid financiële tekorten te dekken met productie die geld oplevert. Enerzijds is dat gunstig voor de academische profilering van deze kerntaak, anderzijds leidt dat in bepaalde gevallen tot onwenselijke geachte minder-productie bij andere kerntaken. Met name de reguliere en topklinische zorgproductie kunnen daardoor in het gedrang komen.

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

Dat verzwakt op twee manieren de financiële basis van het centrum: topreferente zorg en academisch onderzoek zijn relatief duur en verlies aan zorgproductie leidt tot het derven van aanzienlijke opbrengsten, zeker in geval van topklinische zorg. Op langere termijn bedreigt dat de continuïteit van het centrum. Verder is er om dezelfde net genoemde redenen bij de afdelingshoofden weinig focus op efficiencyverbetering. De mogelijkheden om extra kerntaken te realiseren (of tekorten te dekken) worden daardoor niet ten volle benut. De omvangrijke financiële tekorten van het centrum gedurende enkele jaren roepen de vraag op, of het gehanteerde besturings- en budgetteringssysteem van centrum B wel tot een adequate financiële beheersing kan leiden. Een dergelijke conclusie is echter moeilijk te trekken, doordat een aantal grote problemen binnen het centrum betrekking heeft op faciliteiten waarvan door alle centra gebruik wordt gemaakt.

De toepassing van DBC's in de interne budgettering kan de realisatie van kerntaken zowel positief als negatief beïnvloeden. Een positieve ontwikkeling is dat betere discussies kunnen ontstaan over de te realiseren academische kerntaken. Die discussies houden echter ook risico's in als de zorg geleverd door het academisch ziekenhuis niet goed is getypeerd met DBC's. Als daardoor de vergoeding van zorg niet tot een volledige dekking leidt van haar kosten, zal noodzakelijkerwijs financiële compensatie moeten 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 van hun zorgproductie worden geconfronteerd. Ook zou een consequentie kunnen zijn de reguliere zorg, waar academische ziekenhuizen moeilijk op prijs kunnen concurreren met algemene ziekenhuizen, af te stoten naar laatstgenoemde ziekenhuizen. De daaraan verbonden opleidingstaken zullen dan noodgedwongen mee moeten verhuizen, terwijl ook het onderzoek gekoppeld aan deze patiëntenpopulatie zal worden beïnvloed. Verder zullen DBC's waarschijnlijk tot gevolg hebben dat de flexibiliteit in middelenbesteding afneemt, welke flexibiliteit juist wenselijk is vanwege de vervlechting van kerntaken. De prijsdruk die diverse toeleveranciers als gevolg van de invoering van DBC's ervaren, leidt ook tot het teruglopen van 3^e geldstroommiddelen. Een consequentie van deze ontwikkeling zou kunnen zijn 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.

Welke invloed koppeling door de RvB op kerntaken heeft, wordt vooral beïnvloed door de wijze waarop het centrumbestuur met die koppeling omgaat, zoals bovenstaand is beschreven. Wel blijkt duidelijk dat koppeling gevolgen heeft voor de **invloed die het management kan uitoefenen** en daarmee ook het stempel dat zij kan drukken op de ontwikkeling van diverse kerntaken. De behoefte van de RvB de middelen ten behoeve van beleidsvoering te vergroten, duidt op een bevestiging van veronderstelling (h), dat bij een sterke mate van koppeling de invloed die het management wel op het beleid (sturing) wenst te hebben, afneemt. Is de mate van financiële sturing lager dan gewenst, waar die plaatsvindt kan die inhoudelijke sturing, zoals die met behulp van andere vormen van control wordt uitgeoefend, frustreren. Bovendien blijken door koppeling de verschillende bestuurslagen meer op afstand van elkaar te staan: centra ervaren sterker een relatie met

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

de zorgverzekeraar dan met de RvB. Ook worden budgetten als rechten ervaren, waardoor discussies over middelen geen relatie meer hebben met discussies over beleid. Sterker nog, het accent verlegt zich naar discussies over de reikwijdte van de koppeling. Een en ander doet sterke twijfels rijzen over hoe krachtig de sturing van de RvB kan zijn door middel van het wel of niet verdedigen van bepaalde voorstellen vanuit centra bij het maken van productieafspraken met de zorgverzekeraar, zoals in het veldonderzoek naar voren is gebracht. Met name waar het de voorfinanciering van investeringen in nieuwe zorg betreft, blijken krachtiger instrumenten, zoals een eigen financiële beleidsruimte, nodig te zijn. Die investeringen zijn vaak zodanig groot dat centra (en zeker afdelingen) daar onvoldoende financiële middelen voor hebben. Als binnen het centrum ook volledige koppeling plaatsvindt, vindt verdere versnippering van middelen over afdelingen plaats (afdelingsreserves). Het is daarom moeilijk specifiek zorginhoudelijk beleid te faciliteren. En afdelingen hebben te weinig massa om dat zelf te financieren. Niemand kan daardoor echt een financiële vuist maken en dat remt nieuwe beleidsontwikkelingen. Eerder ontstaat daardoor het risico dat middelen worden aangewend voor minder urgente zaken. Naast het feit dat de invloed van de RvB op de kerntaken geringer is, zullen door volledige koppeling dus ook minder initiatieven van de grond komen. Koppeling door de RvB, zeker als die voor 100% plaatsvindt, lijkt daardoor een negatieve invloed te hebben op de realisatie van kerntaken conform veronderstelling (f).

De invloed op beleidsvorming van het bestuur van centrum A is relatief minder groot dan bij centrum B, omdat afdelingen als gevolg van koppeling een grotere autonomie hebben ten aanzien van hun middelen. Enerzijds is dit wenselijk: op afdelingsniveau kan het best een afweging worden gemaakt tussen zorginhoudelijke en financiële belangen. Anderzijds duidt de behoefte van het centrumbestuur om de middelen ten behoeve van beleidsvoering te vergroten wel op een bevestiging van veronderstelling (h), dat bij een sterke mate van koppeling de invloed die het management op het beleid (sturing) wenst te hebben, afneemt. Afdelingen beïnvloeden dan door middel van hun productie de hoogte van hun budgetten, doordat externe budgetmutaties via koppeling volledig aan hen worden doorgegeven. Dat bepaalt de financiële armslag voor beleidskeuzes die afdelingshoofden hoofdzakelijk zelf maken. Koppeling leidt er toe dat afdelingen zich minder sterk verbonden voelen met andere afdelingen en de bestuurslagen boven hen. De relaties krijgen meer een rekenkundig karakter en dat gaat ten koste van inhoudelijke verbondenheid. Afdelingsbelangen prevaleren dan boven centrum- of ziekenhuisbelangen. Reeds is gewezen op de nadelige invloed op de omvang van de reservepositie op centrumniveau met het oog op ondersteuning van nieuwe beleidsontwikkelingen. Bij centrum B kan het bestuur in sterkere mate een stempel drukken op het beleid van afdelingen, doordat het flexibel toekennen van budgetmutaties haar de mogelijkheid biedt bepaald beleid wel of niet te faciliteren. Dat neemt niet weg dat ook in deze situatie de autonomie van individuele afdelingen groot is, gefaciliteerd door een grote mate van substitutievrijheid in productie. En meer nog dan het drukken van een zwaar stempel op de inhoudelijke sturing, ligt de nadruk bij het centrumbestuur vooral op het voorkomen van ongewenste sturing en het kunnen faciliteren van beleid met middelen voor zaken waar geen adequate vergoeding tegenover staat in het externe budget.

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

Leidt de toepassing van koppeling met FB-parameters zoals vormgegeven in het ziekenhuis van de gevalstudie tot de conclusie dat de invloed van het management afneemt, de verwachting is dat DBC's juist dat tij kunnen keren als gevolg van toegenomen inzicht in de zorgproductie en de kosten ervan en door aanpassing van het systeem van koppeling. 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.

In het veldonderzoek is het beeld over de gevolgen van DBC's voor de invloed van het management wisselend. 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.

De invloed van het management lijkt vooral afhankelijk te zijn van de mate waarin ze in staat zal zijn middelen af te romen om het gewenste beleid financieel te kunnen faciliteren. Is de invoering van DBC's op zich een aangrijpingspunt om de wijze van koppeling aan te passen, zoals reeds gesteld zal de financiële positie van het academisch ziekenhuis door de DBC's meer risicovol worden. Centra en afdelingen zullen het financieel moeilijker krijgen, waardoor vanuit deze organisatie-eenheden veel druk op de RvB zal worden gelegd de extern verkregen middelen zoveel mogelijk door te geven. Versterking van het reeds gesignaleerde claimgedrag lijkt derhalve een zeer realistische ontwikkeling. Ten aanzien van veronderstelling (h) is het beeld van de gevolgen van de invoering van DBC's voor de invloed van het management dus gemengd.

Veronderstelling (g), dat de mate waarin de **doelstellingen van de overheid** worden gerealiseerd vooral afhankelijk zal zijn van de mate waarin de doelstellingen die met de interne budgettering worden nagestreefd in het verlengde daarvan liggen en er een goede 'match' is tussen systeem, mate van taakonzekerheid en gebruik, kan noch op het niveau van de RvB, noch op het niveau van centra worden bevestigd, doordat bij geen van de bestuurlijke niveaus de betreffende 'match' aanwezig is. Op de aanverwante vraag binnen veronderstelling (g) in hoeverre overheidsdoelstellingen worden gerealiseerd indien koppeling wordt toegepast, kan het antwoord alleen bij centrum A tot op zekere hoogte bevestigend luiden: met het doorgeven van financiële prikkels via koppeling worden met name overheidsdoelstellingen die betrekking hebben op financiële beheersing in sterke mate gerealiseerd. Centrum B mist die voordelen doordat ze geen koppeling toepast, omdat het ook de nadelen van koppeling in de zin van ongewenste financiële sturing wil vermijden. Deze risico's zijn binnen dit centrum ook groter door grotere onevenwichtigheden tussen opbrengsten en kosten. Desalniettemin frustreert het ontbreken van koppeling bij centrum B de realisatie van bijvoorbeeld een doelstelling als

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

efficiencyvergroting: verhoging van lucratieve productie kan hetzelfde effect hebben op het exploitatiesaldo. Voor zover verschuivingen tussen kerntaken en patiëntencategorieën tot vermindering van bepaalde, door de overheid wenselijk geachte productie leidt, draagt koppeling bij centrum A echter niet bij aan de realisatie van overheidsdoelstellingen. Weliswaar liggen de doelstellingen van de RvB sterk in het verlengde van overheidsdoelstellingen en wordt een sterke mate van koppeling toegepast, die doelstellingen worden voor het grootste gedeelte niet gerealiseerd. Dat geldt alleen voor wat betreft het vergroten van doelmatigheid en het voorkomen van ondoelmatigheid (zij het niet bij alle centra die ze budgetteert, zo is gebleken), maar die kunnen niet voorkomen dat de mate van kostenbeheersing laag is. Dat vindt onder andere zijn oorzaken in volumeoverschrijdingen en een te beperkte mate van gewenste financiële sturing, terwijl de RvB (aanvankelijk) niet sterk aan de realisatie van budgetten vasthoudt. Worden de doelstellingen van de overheid slechts in bepaalde mate gerealiseerd door koppeling, dat neemt niet weg dat de invloed van de overheid en de zorgverzekeraar via de externe budgetparameters als gevolg van (onevenwichtige) tarieven, vaak onbedoeld, groot is op de sturing van de zorgproductie en dientengevolge op de kerntaken van het academisch ziekenhuis. Op zich staat die invloed los van koppeling: bij beide centra wordt gestuurd op financieel gunstige productie. Bij centrum A gebeurt dat op het niveau van afdelingshoofden, bij centrum B op het niveau van het centrumbestuur. Naarmate er meer koppeling is tussen de verschillende niveaus zoals bij centrum A, zullen afdelingshoofden meer een directe relatie voelen met de zorgverzekeraar en deze strakker financieel willen volgen. De invloed van de RvB en het centrumbestuur neemt dan af, zoals reeds is geschetst. Naarmate de koppeling sterker is, zullen afdelingshoofden sterker aan de financiële leiband van het externe budget c.q. de zorgverzekeraar lopen. De sturing die van (onevenwichtige) tarieven uitgaat, gaat echter niet per se in de richting die de overheid en zorgverzekeraar graag willen. Wachtlijstzorg hoeft niet per definitie financieel interessante zorg te zijn. Bovendien is zorg ook dan met name interessant voor een afdeling als ze past binnen haar academische profilering, welke bij te maken keuzes ook een belangrijke rol speelt. Dat neemt niet weg dat met het doorgeven van die prikkels via koppeling bepaalde overheidsdoelstellingen, zoals geconstateerd, wel worden gerealiseerd.

De invloed van DBC's op de realisatie van overheidsdoelstellingen is moeilijk aan te geven. Enerzijds geven ziekenhuizen aan de door hen nagestreefde interne budgetteringsdoelstellingen beter te kunnen realiseren dankzij DBC's. Deze doelstellingen liggen sterk in het verlengde van die van de overheid. Anderzijds zijn ook kanttekeningen gemaakt 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.

Verder is in deze paragraaf reeds nadrukkelijk stilgestaan bij de gevolgen van DBC's voor de kerntaken van het ziekenhuis en ook daaruit is geen eenduidig beeld ontstaan. Veronderstelling (g), dat de mate waarin de doelstellingen van de overheid worden

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

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 daardoor bij de toepassing van DBC's niet te bevestigen of te ontkennen. Dat is opmerkelijk, doordat wel in sterke mate aan de condities genoemd in deze veronderstelling zal worden voldaan. Cruciale factoren zijn een adequate typering en vergoeding van de zorg van het academisch ziekenhuis en de overheadkosten die de DBC-systematiek genereert.

In het verlengde daarvan wordt veronderstelling (i), dat grote onevenwichtigheden tussen kosten en vergoedingen van zorg in het interne budget tot sterkere **financiële sturing** en het sterker **bewust worden van financiële waarden** leidt, in sterke mate bevestigd. Over het algemeen blijken zowel het bestuur van centrum A als B sterkt gespist op de financiële prikkels die koppeling door de RvB genereert. Dat neemt niet weg dat naar de wens van de voorzitter van de RvB sommige centra nog te weinig sturen op basis van financieel interessante zorg. Het gebrek aan middelen om vereiste investeringen te plegen om financieel interessante productie te kunnen realiseren, staat dat echter in de weg. Ook laat vergelijking van beide centra zien dat de mate waarin afdelingen direct met de effecten van financiële prikkels worden geconfronteerd en de informatie die ze ontvangen over opbrengsten, tevens de mate van sturing en bewustwording beïnvloeden.

Veronderstelling (i) blijkt een veronderstelling te zijn die juist daarom bij de manager bedrijfsvoering van centrum B ten grondslag ligt aan zijn opvatting om koppeling niet te entameren. De effecten bij centrum A laten zien dat die veronderstelling juist is. Sturing vindt plaats op financieel gunstige productie, hetgeen dient om de exploitatie van de afdeling sluitend te houden en andere kerntaken te financieren. Deze sturing komt tot uitdrukking in de keuzes aan welke patiëntencategorieën de ziekenhuisfaciliteiten beschikbaar te stellen en binnen patiëntencategorieën in de wijze van behandelen. Bij de behandeling van de individuele patiënt prevaleert diens zorginhoudelijke belang boven geld om dezelfde ethische redenen die verklaren waarom afdelingshoofden sterk hun budgetten koesteren. De ontwikkeling van de financiële positie bij centrum B en het beperkte financiële bewustzijn bij afdelingshoofden tegen de achtergrond van de financiële situatie van het ziekenhuis als geheel, roepen de vraag op in hoeverre een sterkere mate van financiële sturing, gefaciliteerd door koppeling, ook voor centrum B onvermijdelijk wordt.

DBC's zullen leiden tot betere informatie over geleverde zorg en de kosten daarvan dan de huidige FB-parameters. 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 door DBC's financiële afwegingen beter mogelijk zijn, 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

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

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.

Verder nuanceren diverse ziekenhuizen uit het veldonderzoek de overgang van de FB-naar de DBC-systematiek: financiële sturing is ook mogelijk bij de huidige financiering met FB-parameters, hetgeen ook blijkt uit de gevalsstudie. Tegen dit argument kan worden ingebracht dat de belangrijke bezwaren van de FB-systematiek juist betrekking hebben op het ontbreken van een duidelijke productafbakening en van inzicht in de kosten. Met DBC's kan een kosten-baten afweging dankzij betere informatie over de kosten van zorg veel nauwkeuriger plaatsvinden, mits DBC's de zorg van het academisch ziekenhuis ook adequaat typeren. Als dat laatste niet het geval is, ontstaat een schijnnaauwkeurigheid die ongewenste gevolgen zou kunnen hebben voor de zorgsturing. De vraag is of men dan beter af is dan met een systeem van FB-parameters, waarvan bekend is dat het de zorg niet adequaat typeert en waar men met dergelijke tekortkomingen bewust rekening kan houden.

Naast effecten die expliciet in het onderzoek in beschouwing zijn genomen, zijn nog enkele **andere effecten** onderkend. Zowel bij de budgettering van centra als afdelingen, blijkt koppeling een systeem te zijn waarmee budgettaire rechten niet alleen in stand blijven, maar er ook door worden versterkt. Daardoor versterkt het systeem van koppeling niet alleen zichzelf, maar ook de effecten die er uit voortkomen. Het gevolg van deze zelfversterking is dat het moeilijk is een systeem van koppeling te veranderen indien daar eenmaal voor is gekozen. Dat neemt niet weg dat de RvB het koppelingspercentage terug heeft kunnen brengen van 100% naar 90%. Dat illustreert vooral dat in een tijd van grote (financiële) problemen dergelijke veranderingen wel mogelijk zijn.

Een ander effect van koppeling is dat de krachtige financiële prikkels die van koppeling uitgaan en de sturing in de zorg beïnvloeden, tot morele dilemma's leiden. Weliswaar wordt financiële sturing noodzakelijk geacht gezien de financiële positie van het ziekenhuis en worden de voordelen van die sturing benut om andere kerntaken te realiseren, zowel managers als afdelingshoofden zijn zich bewust van de consequenties voor bepaalde patiëntencategorieën. Om op de lange termijn continuïteit te kunnen garanderen, heeft men het gevoel dat overheid en zorgverzekeraar het ziekenhuis geen andere keus laten.

Een effect van koppeling en de sterkere financiële sturing die daaruit voortkomt, is bovendien dat een afdelingshoofd van een afdeling met lage parametervergoedingen zich sterk verdiept in het externe budgetteringssysteem. Hij komt daarmee op het terrein van het management en haar staf, waardoor tevens conflicten ontstaan. Deze inspanningen gaan bovendien ten koste van de kerntaken, namelijk activiteiten die medisch-specialistische vaardigheden vereisen.

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

Verder is een verwacht effect van de invoering van DBC's dat de budgetdiscipline van budgethouders zal verbeteren (zie paragraaf 10.4). Afdelingshoofden zullen namelijk het gevoel krijgen meer aandacht aan het voorkomen van budgetoverschrijdingen te moeten besteden indien managers bedrijfsvoering daaraan meer betekenis gaan toekennen. Als bovendien de indruk is dat DBC's tot betere budgetten leiden, zal dat bijdragen aan een sterkere acceptatie van het budget.

Reflectie

Diverse publicaties (zie onder andere Crom, 2000) getuigen van grote weerstand van medisch specialisten tegen het dragen van integrale managementverantwoordelijkheid en in het bijzonder het nemen van verantwoordelijkheid voor budgetten. Bij centrum A blijkt daarvan weinig sprake te zijn, in tegendeel. Essentieel hierbij blijkt te zijn de mogelijkheden die afdelingshoofden behouden om zelf in sterke mate hun productie en daarmee hun middelen te beïnvloeden. De 'control' ten aanzien van de inhoudelijke en financiële sturing ligt derhalve vooral bij de afdelingshoofden, hetgeen overigens door het centrumbestuur als noodzakelijk wordt beschouwd. Op het niveau van afdelingen ligt immers de deskundigheid een afweging tussen zorginhoudelijke en financiële belangen te maken. De rol van het centrumbestuur is faciliterend, teneinde afdelingshoofden die afweging zo goed mogelijk te laten maken. Daarnaast realiseren afdelingshoofden zich waarschijnlijk dat ze ook weinig keus hebben. Andere afdelingen zullen niet bijspringen in geval van financiële problemen en het centrumbestuur beschikt over weinig middelen.

Als gevolg van veranderingen in hun externe omgeving neemt de invloed van financiële prikkels op de realisatie van kerntaken toe binnen academische ziekenhuizen. Is dat voor een solide financiële basis noodzakelijk, deze sturing hoeft ook niet onwenselijk te zijn indien de financiële prikkels de kerntaken in dezelfde richting sturen als beleidsinhoudelijk wenselijk wordt geacht. Dat zal niet altijd vanzelfsprekend zijn. Bestuurders zouden dan deze financiële prikkels echter zodanig om kunnen buigen door budgetteringssysteem II of IV toe te passen, i.c. koppeling tegen interne vastgestelde tarieven. Onwenselijk geachte productie kan dan financieel worden ontmoedigd door vergoedingen te verstrekken die lager zijn dan de kostprijs, terwijl aan wenselijke geachte productie juist hogere vergoedingen worden toegekend. Wel vereist dit quitte spelen op totaal niveau, inzicht in de kosten van zorgproducten en een daadkrachtige houding van bestuurders, want die zullen claimgedrag vanuit de afdelingen moeten weerstaan. In paragraaf 12.2 zal de toepassing van financiële prikkels om beleidsinhoudelijke ontwikkelingen te realiseren nader worden uitgewerkt in de vorm van aanbevelingen.

11.6. Andere vormen van control

In deze paragraaf zal antwoord worden gegeven op de volgende deelvraag van het onderzoek:

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

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

Via een mix van controlinstrumenten probeert de RvB van het ziekenhuis van de gevalsstudie haar organisatie een bepaalde koers te laten varen. Deze fungeren in zekere zin als aanvullingen op elkaar. Accounting control worden vooral ingezet om kostenbeheersing te realiseren en middelen vrij te spelen voor het realiseren van kerntaken, met name op beleidsterreinen die door de RvB als speerpunten zijn aangeduid. Andere controlinstrumenten worden door de RvB ingezet om het beleid van centra en afdelingen te beïnvloeden, i.c. hen te stimuleren daarin bepaalde accenten te leggen. De rol van taakonzekerheid zoals in veronderstelling (j) is verwoord, is op dit hoge abstractieniveau niet aan de orde en speelt bij de keuze van de controlinstrumenten geen rol. Wat wel een rol speelt, is de zich verslechterende financiële positie. Daardoor ervaart de RvB toenemende noodzaak haar grip op de organisatie te versterken, teneinde het ziekenhuis op termijn te laten overleven. Dat accounting control op korte termijn zwaarder zal worden aangezet dan tot dusver gebeurd is, blijkt uit een aantal factoren. Zo is in 2004 het koppelingspercentage verlaagd van 100% naar 90%. De uitspraak van de voorzitter van de RvB dat het financieel zwak presterende centrum B het door hem gewenste budgetteringssysteem nog niet toepast, is ook een duidelijk signaal dat koppeling als vorm van accounting control in de nabije toekomst een sterkere rol zal spelen in het ziekenhuis. De financiële beheersing die centrum A weet te realiseren met koppeling en de benoeming van zijn manager bedrijfsvoering als waarnemend manager bedrijfsvoering bij centrum B zijn daarvan tevens een bevestiging.

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, kan bij beide centra niet worden bevestigd. Zoals reeds is aangegeven, speelt taakonzekerheid geen rol bij het bepalen van het budgetteringssysteem, de doelstellingen en het gebruik van budgetten. Bij het effectueren en stimuleren van bepaalde controlvormen maken de besturen van beide centra ook geen onderscheid naar afdelingen. Vergelijking van de uitoefening van control door beide centrumbesturen duidt op overeenkomsten en verschillen tussen beide. Wat betreft de overeenkomsten: beide centrumbesturen passen accounting control, zoals interne budgettering, toe om kostenbeheersing te realiseren, terwijl met name personnel control wordt ingezet om sturing uit te oefenen. Een verschil is echter dat binnen centrum B personnel control ook een rol speelt bij de financiële beheersing. Dat heeft te maken met de verschillende wijzen van besturing, hetgeen consequenties heeft voor de toepassing van accounting control. Bij centrum A krijgt dat vorm door afdelingen verantwoordelijk te stellen voor opbrengsten en kosten tegen de achtergrond van integrale managementverantwoordelijkheid. Bij centrum B worden afdelingen aangestuurd op kostenbudgetten, terwijl de manager bedrijfsvoering de opbrengsten bewaakt door de zorgproductie van afdelingen te bewaken. Daarvoor past hij in sterke mate ook personnel control toe, onder andere door de onderlinge samenhang in zorgketens te benadrukken. Zo doet hij een sterk (en overigens

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

succesvol) beroep op de loyaliteit van afdelingshoofden en medewerkers om de productie op te voeren, teneinde de financiële problemen van het centrum te verlichten. Het centrum is hierdoor financieel wel relatief kwetsbaar: hoe loyaal willen afdelingshoofden zijn naar de manager bedrijfsvoering? Hoe sterk weet de manager bedrijfsvoering de afdelingshoofden van die noodzaak te overtuigen? De sterke samenwerking van afdelingen binnen centrum B om financiële problemen te voorkomen door het in zeer korte tijd realiseren van veel belangrijke productie getuigt van de werking van die controlinstrumenten. Echter op het moment dat de financiële problemen acuut zijn, wordt geld dominant en verliezen andere controlmechanismen aan kracht. Bij centrum A maken financiële prikkels persoonlijke loyaliteit en overtuigingskracht minder noodzakelijk. In het verlengde hiervan maken beide centra onderscheid waar het de stimulering van controlinstrumenten door afdelingshoofden betreft. Accounting control speelt een sterkere rol bij de afdelingshoofden van centrum A bij het besturen van hun afdelingen dan bij centrum B. Bij centrum A worden door de afdelingshoofden ook andere controlvormen toegepast om aan de doelstellingen van financiële beheersing bij te dragen. Dat in een relatief taakzekere omgeving niet kan worden volstaan met accounting control alleen, blijkt te worden veroorzaakt door de ontoereikende kwaliteit van de informatievoorziening. De invloed van het budgetteringssysteem is hier weer voelbaar, doordat een krappere budget leidt tot het sterker aanzetten van andere vormen van control om een bijdrage te leveren aan financiële beheersing. Relatieve krapte (of liever gezegd het gebrek daaraan) blijkt ook van invloed bij een afdeling van centrum B, waar met accounting control kan worden volstaan om binnen het budget te blijven.

De rol van accounting control zal door de invoering van DBC's toenemen. Nemen de mogelijkheden van behavior control toe, de behoefte eraan is minder groot als gevolg van 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. Verantwoording van uitgevoerde activiteiten en ingezette middelen kan achteraf plaatsvinden en heeft gezien de in paragraaf 10.6 geschetste achtergronden en het belang van financiële grootheden bij die analyse vooral het kenmerk van accounting control. De invoering van DBC's impliceert een sterkere ontwikkeling van de standaardisatie van de zorgverlening, waardoor de noodzaak tot self control als vorm van personnel control vermindert. Hierin schuilt het risico dat bij toenemende financiële druk DBC's als standaard worden gehanteerd in situaties die zich daar niet voor lenen en juist wel een sterke mate van self control vereisen. De mate van clan control als vorm van personnel control zal waarschijnlijk niet verminderen, maar mogelijk wel van karakter veranderen. Betere informatie over de kosten en opbrengsten van de zorg op grond van DBC's en de toenemende druk op de middelen lijken het onvermijdelijk te maken dat medische professionals hun attitude en waarden door deze ontwikkelingen laten beïnvloeden. Daardoor ontstaat een andere, meer gecompliceerde mix van waarden waarop medische professionals elkaar zullen aanspreken. Deze verschillende waarden kunnen op gespannen voet met elkaar staan: bedrijfsmatige versus zorginhoudelijke. Zal deze veranderde clan control bij kunnen dragen aan de beoogde effecten van accounting

11. Analyse van de onderzoeksresultaten

control, dat zal waarschijnlijk gepaard gaan met toenemende conflicten binnen de medische staf.

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 bovengenoemde kanttekeningen ten aanzien van personnel control.

Reflectie

In hoofdstuk 3 is de veronderstelling van Otley (1999) aangehaald dat budgettering het centrale en vaak ook het enige coördinatiemechanisme is binnen organisaties. Dat blijkt niet op te gaan bij centrum B van het ziekenhuis van de gevalstudie, waar de manager bedrijfsvoering een zeer nadrukkelijke vorm van personnel control met het karakter van clan control effectueert met de inzet van diverse instrumenten. Hij heeft daardoor een bepaalde cultuur binnen het centrum weten te ontwikkelen, die enerzijds aanzet tot academische profilering en die anderzijds zorgt voor een succesvolle krachtenbundeling van diverse afdelingen om bepaalde financiële problemen te verlichten. Speelt voor de RvB en het bestuur van centrum A het interne budgetteringssysteem vooral een rol waar het financiële beheersing en sturing betreft, zorginhoudelijke sturing trachten beide vooral via personnel control te realiseren. Ook hier is budgettering niet het enige coördinatiemiddel. Dat neemt niet weg dat de financiële prikkels via koppeling zo krachtig kunnen zijn, dat daardoor sturing ontstaat die mogelijk niet overeen komt met wenselijk geacht zorginhoudelijk beleid. Meer algemeen is de beschikbaarheid van middelen van invloed op het kunnen realiseren van beleid, zoals bijvoorbeeld onderzoek sterk afhankelijk is van de beschikbaarstelling van middelen door verstrekkers van fondsen.

¹ Zoals verantwoord aan het begin van dit hoofdstuk volgt dit hoofdstuk de thematische opbouw van de hoofdstukken 7 tot en met 10. Bespreking van een onderdeel van deelvraag drie vindt daarom voorafgaand plaats aan die van deelvraag twee (zie paragraaf 11.3.1).

² Voor invloed van kenmerken van de productie wordt verwezen naar paragraaf 11.2.

³ In diverse fora en media worden regelmatig ziekenhuizen met supermarkten vergeleken die immers ook de prijzen van hun producten moeten bepalen. Deze vergelijking gaat volledig mank. Bij een supermarkt vindt geen complexe bewerking van individuele 'producten' plaats waarbij vele, verschillende organisatieonderdelen betrokken zijn, zoals dat wel het geval is in ziekenhuizen.

