

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.*

## *12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek*

### **12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek**

De bevindingen zoals die in de voorgaande hoofdstukken zijn gepresenteerd, hebben consequenties voor het conceptueel raamwerk dat als uitgangspunt voor dit onderzoek is gehanteerd. Deze consequenties worden in de paragraaf 12.1 gepresenteerd. Vervolgens worden in paragraaf 12.2 een wenselijk en waarschijnlijk scenario geschetst van de rol die DBC's in de interne budgettering zouden kunnen spelen. Dat het belang van het onderzoek verder reikt dan alleen de academische ziekenhuizen wordt beargumenteerd in paragraaf 12.3. Tenslotte worden in paragraaf 12.4 enkele suggesties voor vervolgonderzoek gedaan.

#### **12.1. Een aangepast theoretisch raamwerk**

Het theoretisch raamwerk, zoals uitgewerkt in hoofdstuk 3, heeft op basis van het onderzoek aanpassing. Onderstaand zal per onderzoeksthema bij de consequenties worden stilgestaan, waarbij de volgorde van de thema's gelijk is zoals die in eerdere hoofdstukken is gevolgd. De consequenties voor het theoretisch raamwerk zijn niet geformuleerd in de vorm van nieuwe veronderstellingen, maar als kritische opmerkingen en aanvullingen bij de bestaande. Dat voor deze presentatiewijze is gekozen, heeft met name redactionele redenen. Zo leiden bijvoorbeeld de geschetste factoren die van invloed zijn op het interne budgetteringssysteem tot even zovele, min of meer gelijk geformuleerde veronderstellingen. Hetzelfde geldt voor de geschetste effecten van de toegepaste interne budgetteringssystemen. De huidige opzet in de vorm van een toelichtende beschrijving verdient daarom in onze ogen de voorkeur.

Grote verschillen tussen afdelingen in de mate van **taakonzekerheid** zijn niet geconstateerd: de bevindingen van het onderzoek wijzen erop dat de mate van taakonzekerheid voor de onderzochte afdelingen niet groot is. Bovendien blijken andere factoren een doorslaggevende rol te spelen bij de verklaring van verschillen tussen toegepaste interne budgetteringssystemen. Taakonzekerheid biedt daarvoor geen verklaring, anders dan is aangenomen in veronderstelling (a). Toch zou elimineren van deze factor uit het theoretisch raamwerk prematuur zijn. Bij verbreding van het aantal specialismen in vervolgonderzoek zouden bepaalde specialismen mogelijk als taakonzeker kunnen worden aangemerkt. Of de mate van taakonzekerheid een rol speelt, hangt bovendien af van de kwaliteit van de informatievoorziening. Als informatiesystemen er niet op zijn ingericht om informatie over zorgproducten en hun kostprijzen te genereren, zal taakonzekerheid geen rol kunnen spelen bij het bepalen van het interne budgetteringssysteem. Gezien de verwachte verbetering van die kwaliteit als gevolg van de invoering van DBC's zal de invloed van taakonzekerheid in de toekomst kunnen toenemen.

## 12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek

Blijft de veronderstelling gehandhaafd dat taakonzekerheid het interne budgetteringssysteem kan beïnvloeden, het oorzakelijke verband kan ook andersom liggen. Een grote druk op de beschikbare middelen zal de budgethouder kunnen doen besluiten een sterke mate van koppeling toe te passen. Om binnen het budget te blijven (de meerkosten op de meeropbrengsten af te stemmen) kan hij vervolgens de medewerkers binnen zijn organisatie-eenheid dwingen tot meer taakzeker handelen, i.c. zich strikter aan procedures en protocollen te houden. Het interne budgetteringssysteem beïnvloedt dan de mate van taakonzekerheid in plaats van andersom.

Verder blijkt de mate van taakonzekerheid door een veelheid van factoren te worden beïnvloed. Deze factoren worden niet als zodanig onderkend in de theorie. De taakonzekerheid neemt af (de taakzekerheid neemt toe) naarmate

- meer onderzoek en technologische vernieuwing plaatsvindt (leidend tot meer inzicht, aanscherping van en bezinning op protocollen en vereenvoudiging van medische ingrepen waardoor de kans op complicaties vermindert),
- meer onderwijs wordt gegeven (protocollen zijn belangrijke instructies voor artsen in opleiding),
- medisch professionals minder differentiatie aanbrengen in hun zorgproducten (standaardisatie leidt tot minder onzekerheid),
- medisch professionals meer inzicht geven in hun zorgactiviteiten (informatieverstrekking leidt tot onzekerheidsreductie),
- medisch professionals hun medisch professionele autonomie minder opvatten als persoonlijke autonomie (waardoor de behoefte om af te wijken van protocollen minder groot wordt),
- DBC's de zorg en kosten van die zorg adequater representeren en tegelijkertijd het aantal soorten DBC's beperkt blijft (waardoor het inzicht in taken toeneemt).

**Doelstellingen** sec blijken niet te leiden tot verschillen in budgetteringssystemen: er is geen directe relatie tussen beide. Wel van invloed zijn de opvattingen met welk intern budgetteringssysteem de doelstellingen het beste kunnen worden verwezenlijkt. Deze opvattingen worden beïnvloed door factoren zoals de besturingsfilosofie van het management en haar mening over de kwaliteit van de externe budgetparameters (leiden die in haar ogen tot reële budgetten). De relatie tussen doelstellingen en budgetteringssysteem kan dus niet los worden beschouwd van die factoren. In plaats van de relaties tussen (contingente) factoren en doelstellingen, doelstellingen en budgetteringssystemen en (contingente) factoren en budgetteringssystemen afzonderlijk in beschouwing te nemen, dienen zij in samenhang te worden bestudeerd. De relaties tussen deze concepten blijven dus wel bestaan, maar zijn door hun samenhang complexer dan verondersteld.

Verder blijken (contingente) factoren ook invloed te kunnen hebben op de causaliteit van de relatie tussen budgetteringssysteem en doelstellingen. Die factoren kunnen er toe leiden dat het budgetteringssysteem als een gegeven wordt geaccepteerd en beperkingen oplegt aan het kunnen realiseren van budgetteringsdoelstellingen. De causale relatie die in

## 12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek

veronderstelling (b) wordt gelegd tussen doelstellingen en de keuze van het interne budgetteringssysteem blijkt in de praktijk dus ook andersom te kunnen liggen.

Ten aanzien van de (**contingente**) **factoren** die van invloed zijn op de doelstellingen van interne budgettering en het budgetteringssysteem vereist het theoretisch raamwerk sterke uitbreiding. Reeds is stilgestaan bij de invloed van taakonzekerheid, of liever gezegd het ontbreken van die invloed, waar het gaat om de verklaring van verschillen tussen budgetteringssystemen. De factoren die wel een rol spelen en hun invloed op het interne budgetteringssysteem zijn beschreven in paragraaf 11.3.2 en samengevat in tabel 11.1. Onderstaand worden zij gecategoriseerd en besproken. Een schematische voorstelling van de invloed van deze factoren op het interne budgetteringssysteem is opgenomen in figuur 12.1.

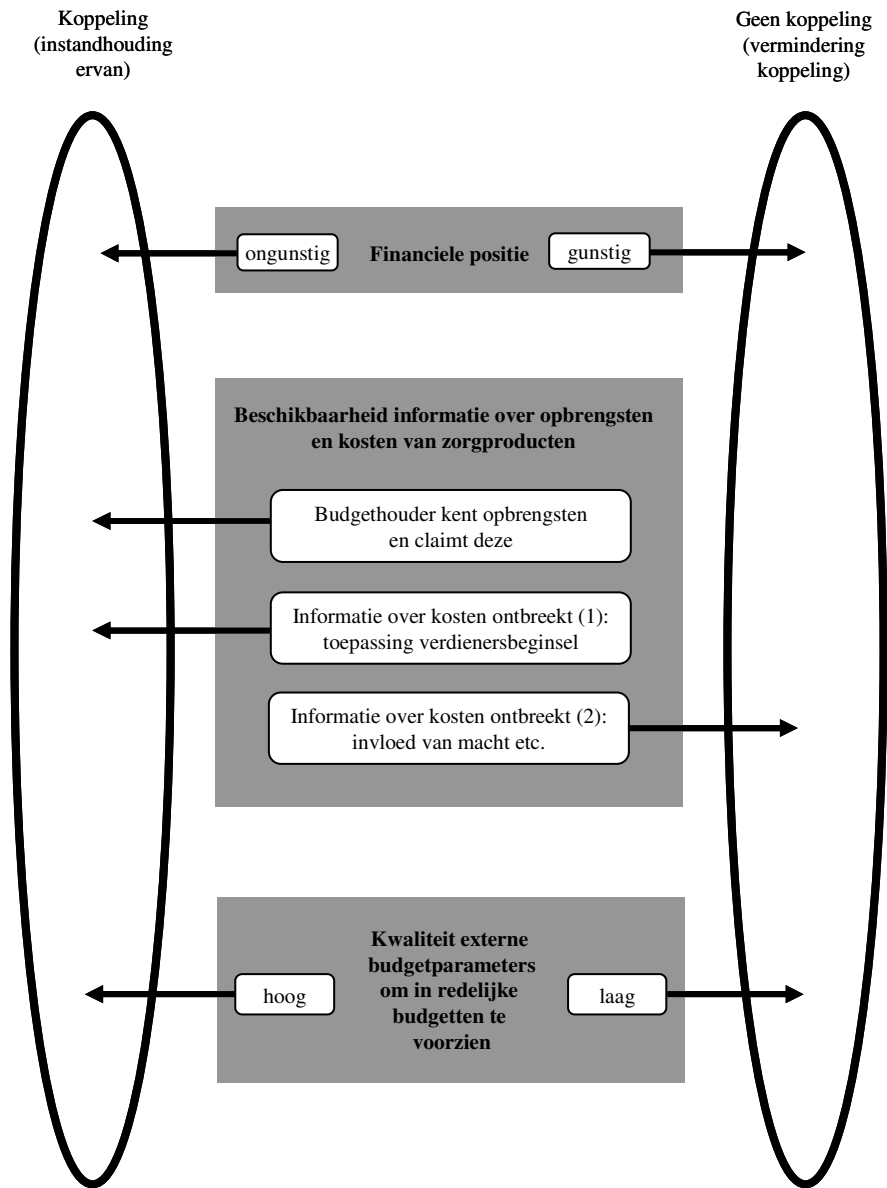
De **financiële positie** van het ziekenhuis beïnvloedt het toe te passen budgetteringssysteem. Deze positie kan worden getypeerd aan de hand van de volgende factoren:

- De mate waarin het ziekenhuis c.q. de organisatieonderdelen worden geconfronteerd met financiële risico's. In hoeverre risico's zich voordoen, blijkt te worden bepaald door:
  - De maatregelen van de overheid en zorgverzekeraar, tot uitdrukking komend in bezuinigingen, marktwerking en de invoering van DBC's. Hebben alle ziekenhuizen met overheidsmaatregelen en toenemende risico's te maken, de opstelling van de lokale zorgverzekeraar (en daarmee de omvang van het risico) kan per ziekenhuis verschillen.
  - Het academisch zorgprofiel van het ziekenhuis. Deze bepaalt hoe groot de invloed van externe financiële risico's op het ziekenhuisbudget is.
- De mogelijkheden om financiële risico's op te vangen. Deze worden bepaald door:
  - De reservepositie van het ziekenhuis c.q. organisatieonderdelen.
  - De mogelijkheden op korte termijn financieel gunstige productie te vergroten.

Een ongunstige financiële positie leidt tot de noodzaak risico's intern af te wentelen, hetgeen de behoefte aan koppeling stimuleert. De prijsbasis (zoals het koppelingspercentage) wordt mede beïnvloed door de noodzaak het eigen vermogen te versterken, op welk punt het tweede deel van veronderstelling (a) dus bijstelling heeft. Bij een gunstige financiële positie kan een ziekenhuis zich veroorloven financiële risico's te lopen, waardoor er minder behoefte is om te koppelen. Dit verband is onderkend in veronderstelling (c). Bovendien is uit het onderzoek gebleken dat deze factor kan domineren ten koste van de invloed van andere factoren.

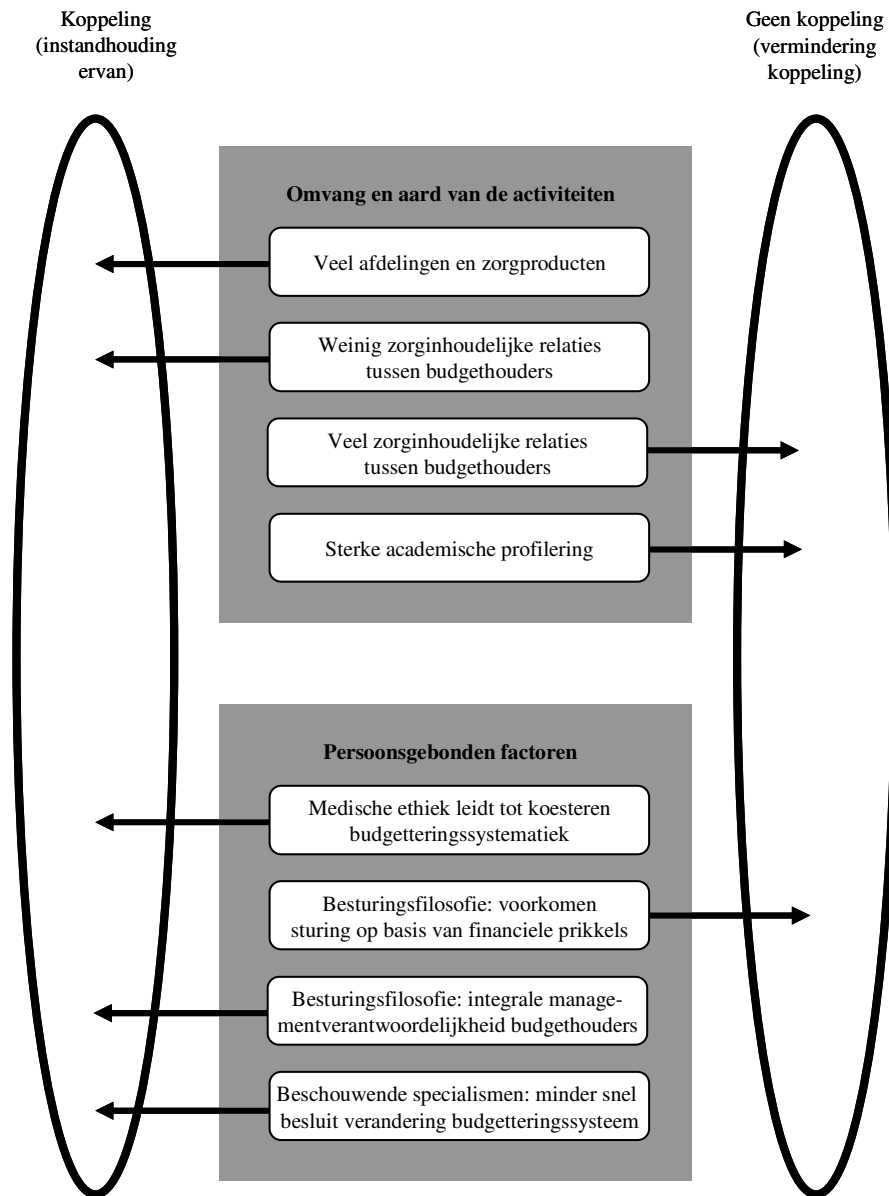
12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek

**Figuur 12.1** Factoren die het interne budgetteringssysteem beïnvloeden



12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek

**Figuur 12.1** Factoren die het interne budgetteringssysteem beïnvloeden - vervolg



## *12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek*

Een aantal andere factoren kan worden herleid tot de **beschikbaarheid van informatie** over de opbrengsten en de kosten van zorg. De volgende relaties zijn te onderkennen:

- Informatie over de opbrengsten van de zorgproductie leidt bij budgethouders tot claimgedrag en vergroot de druk om koppeling toe te passen.
- Indien informatie over zorgproducten en de kostprijzen ervan ontbreekt, kan dat verschillende keuzes ten aanzien van het budgetteringssysteem tot gevolg hebben:
  - Is op grond van kosten moeilijk te bepalen op hoeveel budget een budgethouder recht heeft, een systeem van koppeling biedt op basis van het verdienebeginsel wel een grondslag voor het toewijzen van budgetmutaties. Oftewel: koppeling wordt toegepast bij gebrek aan beter.
  - Ten opzichte van het vorige punt wordt de redenering omgekeerd: koppeling wordt als niet redelijk gezien. Er is geen zicht op de kosten van zorg en tevens bestaat het nadrukkelijke vermoeden dat de externe budgetparameters de geleverde zorg en de kosten ervan niet adequaat representeren. Macht, onderhandelingsvaardigheid en ouderdom van het specialisme (in het verleden opgebouwde rechten) gaan het budget bepalen.
- Indien informatie over zorgproducten en de kostprijzen aanwezig is (bijvoorbeeld dankzij adequate producttypering van DBC's en een sterk ontwikkelde ICT), zal de kwaliteit van de externe budgetparameters en hun aantal een belangrijke invloed kunnen uitoefenen op het budgetteringssysteem (zie het volgende punt).

De **kwaliteit van de externe budgetparameters om in redelijke budgetten te voorzien** leidt tot verschillende keuzes. Dat oordeel van redelijkheid kan zijn gebaseerd op inzicht in de relatie tussen vergoedingen en het gedrag van kosten, alsook de representatie van de zorgproductie.

- De kwaliteit van de externe budgetparameters wordt als zodanig ervaren dat koppeling tot een redelijk budget per budgethouder leidt. Overigens wil dat niet zeggen dat er ook volledig inzicht bestaat in de kosten van zorgproducten.
- De kwaliteit van de externe budgetparameters wordt als zodanig ervaren dat intern toe te passen vergoedingen op de kostprijzen van zorgproducten kunnen worden afgestemd (koppeling volgens systeem II of, in geval van DBC's, IV, zie paragraaf 3.3.4). Het kan echter ook zijn dat het aantal externe budgetparameters (DBC's) zodanig groot is dat koppeling op basis van een vast percentage van de externe vergoeding zal worden toegepast (koppeling volgens systeem V, zie paragraaf 3.3.4). Op dit punt behoeft het tweede deel van veronderstelling (a) dus bijstelling.
- Vergoedingen en kostprijzen wijken zodanig af dat koppeling niet opportuun of wenselijk is. Er wordt geen koppeling toegepast om grote onevenwichtigheden in budgetten te voorkomen. Overigens kan het zijn dat de kwaliteit van informatie over kostprijzen en zorgproducten niet groot is, maar dat wel duidelijk is dat er grote onevenwichtigheden bestaan.

## 12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek

De **activiteiten** van het ziekenhuis c.q. haar organisatieonderdelen blijken naar omvang en aard invloed te hebben op het interne budgetteringssysteem.

- De **grootte** van organisatie-eenheden heeft in twee verschillende, van de contingentietheorie afwijkende, betekenissen invloed op het budgetteringssysteem. Daarbij heeft de ene invloed op de keus van het systeem, de ander op besteding ervan.
  - Grootte in de zin van de omvang van de zorgproductie en het aantal zorgproducten. Als de spreiding die daardoor ontstaat van plussen en minnen tussen opbrengsten en kosten groot is, leidt koppeling tot een redelijker totaalbudget van de budgethouder (hetgeen met name opgaat bij de budgettering van divisies door de RvB). Die spreiding wordt gunstig beïnvloed door de toename van het aantal afdelingen binnen een divisie.
  - Grootte in zin van het aantal afdelingen binnen een divisie. Naarmate dat aantal toeneemt, moeten meerdere budgethouders (belanghebbenden) op één lijn gebracht worden om het toegepaste budgetteringssysteem te kunnen veranderen. In het onderzoek is gebleken dat een bestaande situatie van koppeling daardoor moeilijk is te veranderen.
- De **aard** van de activiteiten.
  - Als budgethouders weinig zorginhoudelijke relaties met elkaar hebben, in de zin dat ze weinig patiëntenbelangen met elkaar delen, zijn de mogelijkheden tot flexibele middeltoekenning door de budgetgever beperkter. Budgethouders houden sterker vast aan een bestaand systeem van koppeling.
  - Zoals aangegeven bij de financiële positie van het ziekenhuis wordt deze beïnvloed door de samenstelling van de kerntaken (het academisch zorgprofiel). Is gebleken dat daardoor de noodzaak tot koppeling minder groot is, risico's voor hun academische profilering als gevolg van financiële sturing wordt door ziekenhuizen des te sterker gevreesd naarmate zij die academische profilering relatief sterk hebben aangezet. Ze hebben daardoor een voorkeur om geen koppeling toe te passen.

Diverse **persoonsgebonden kenmerken** blijken invloed uit te oefenen op de keuze van het interne budgetteringssysteem c.q. de instandhouding ervan. De volgende zijn in dit onderzoek onderkend:

- Ethiek. Hier is een afhankelijkheidsrelatie met een andere factor van invloed, namelijk de eerdergenoemde aard van de activiteiten. Deze bepalen of ethische aspecten meer of minder aan de orde zijn. In een zorginstelling speelt ethiek een grote rol, zowel bij de zorgverleners als bij het management.
  - Medisch specialisten in hun rol als budgethouders beschouwen bestaande budgetten als potentiële patiëntenzorg. Verandering in het systeem dat die budgetten genereert, is risicovol, zeker als ze met het bestaande systeem van koppeling in staat zijn het eigen budget (en daarmee de potentie aan patiëntenzorg) te beïnvloeden. Het budgetteringssysteem wordt als een recht beschouwd. Een systeem als koppeling wordt hierdoor instandgehouden.



## 12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek

- De budgetgever (divisiemanager) kan willen voorkomen dat inhoudelijk beleid wordt beïnvloed door financiële prikkels. Getracht wordt dan een systeem van niet-koppelen in stand te houden, waardoor budgetmutaties flexibel kunnen worden toegewezen op basis van zorginhoudelijke afwegingen.
- De op eigen ervaringen, inzichten en visies gebaseerde invulling door het management hoe (met welk budgetteringssysteem) de doelstellingen van het ziekenhuis te realiseren. Zo wordt bijvoorbeeld via koppeling getracht het ondernemersschap van de budgethouder te stimuleren.
- De aard van medische professionals. Ook hier is een afhankelijkheidsrelatie met de aard van de zorgactiviteiten. Snijdende specialismen vereisen vaak acute handelingsgerichtheid en snelle besluitvorming, waarmee ze zich onderscheiden van meer beschouwend ingestelde specialismen. Dat klinkt door in de geaardheid van de medisch specialisten en dat heeft weer invloed op de wijze waarop veranderingsprocessen verlopen: bij snijdende specialismen is ten opzichte van beschouwende snellere besluitvorming mogelijk waar het de wijziging van budgetteringssystemen betreft.

Uit bovenstaande opsomming blijkt niet alleen dat veel factoren invloed hebben op de keuze van het budgetteringssysteem, maar dat ook hun onderlinge samenhang complex is. Er zijn voorwaardelijke relaties te onderkennen, terwijl bepaalde factoren ook dominante vormen aan kunnen nemen (zoals de financiële positie), waardoor de invloed van andere factoren afneemt. In dat opzicht is figuur 12.1 een simplificatie, hetgeen bij het in beschouwing nemen ervan moet worden bedacht. Verder blijkt een factor ook tegengestelde invloeden op het budgetteringssysteem uit te kunnen oefenen. Zo zal een sterk onderzoeksprofiel de mate van taakonzekerheid doen afnemen en daarmee de mogelijkheden van koppeling doen toenemen (mits aan bepaalde condities ten aanzien van de kwaliteit van de informatievoorziening is voldaan, zie eerder deze paragraaf). Tegelijkertijd, zo blijkt uit de opmerkingen over de invloed van de financiële positie en de aard van de activiteiten, is vanwege dat onderzoeksprofiel koppeling onwenselijk en ook minder noodzakelijk.

Vanwege het ontbreken van grote verschillen in de mate van taakonzekerheid zijn verschillen in **gebruik** van budgetten niet terug te voeren op een 'match' tussen systeem en mate van taakonzekerheid zoals veronderstelling (d) luidt. De opvatting van de budgetgever in hoeverre budgetten reëel zijn biedt wel een verklaringsgrond voor die verschillen. Bij dat oordeel speelt vooral de beïnvloedbaarheid van kosten en opbrengsten door de budgethouder een rol: in hoeverre is de budgethouder in staat om een sluitende exploitatie te realiseren? Met name in een proces van organisatieontwikkeling kunnen budgetverantwoordelijkheden niet adequaat zijn toegewezen, hetgeen kan leiden tot het niet sterk vasthouden aan de realisatie van budgetten. Het voorkomen van verstoring van het organisatieontwikkelingsproces weegt dan zwaar. Verder wordt het gebruik vooral beïnvloed door de mate van schaarste: financiële nood dwingt tot het sterker vasthouden aan de realisatie van budgetten. Deze bevindingen benadrukken het betrekken van subjectieve factoren (zoals opvattingen over het reëel zijn van budgetten) en de

## 12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek

samenhang daarvan met een dynamische context (organisatieverandering) bij de verklaring van het gebruik van budgetten, naast reeds onderkende factoren als financiële noodzaak en taakonzekerheid. Want weliswaar is die laatste factor niet onderscheidend voor verschillen in gebruik vanwege geringe verschillen in taakonzekerheid, de verwachting is wel dat DBC's leiden tot minder taakonzekerheid en daardoor tot het sterker vast kunnen houden aan de realisatie van budgetten.

De verwachte **effecten** van het interne budgetteringssysteem zijn tot uitdrukking gebracht in de veronderstellingen (e) tot en met (i) van het theoretisch raamwerk. In tabel 12.1 zijn de effecten van de verschillende budgetteringssystemen samengevat.

**Tabel 12.1 Effecten van twee verschillende interne budgetteringssystemen**

Effecten m.b.t.	Koppeling	Geen koppeling
realisatie doelstellingen van interne budgettering (e)*	<ul style="list-style-type: none"> <li>sterke financiële beheersing binnen centrum A</li> <li>zwakke financiële beheersing van de centra door het ziekenhuisbestuur</li> <li>(tweede deel (e) juist): sterke koppeling, weinig taakonzekerheid en sterk vasthouden aan realisatie budget is gunstig voor de realisatie van bepaalde doelstellingen van interne budgettering, namelijk financiële beheersing</li> <li>DBC's: enerzijds beter stuur- en beheersinstrument, anderzijds overheadkosten en risico's als gevolg van gebrekkige zorgtypering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zwakke financiële beheersing binnen centrum B</li> <li>realisatie van de doelstelling "voorkomen van financiële sturing"</li> </ul>
kerntaken (f)	<ul style="list-style-type: none"> <li>accentverschuivingen tussen kerntaken als gevolg van financiële prikkels</li> <li>binnen zorgproductie accenten op zorgcategorieën en behandelpatronen gestuurd door financiële prikkels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>sterke focus op onderzoek</li> <li>onderbelichting (financieel) wenselijk geachte zorgproductie</li> <li>door gebrek aan prikkels derving van potentiële efficiencywinsten (gemiste kans versterking kerntaken)</li> </ul>

Ad. \*: letters tussen haakjes verwijzen naar de betreffende veronderstellingen in paragraaf 3.8.

12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek

Tabel 12.1 Effecten van twee verschillende interne budgetteringssystemen - vervolg

Effecten m.b.t.	Koppeling	Geen koppeling
kerntaken (f)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• financiële sturing en efficiëncyverbetering genereren middelen voor realisatie kerntaken en leiden tot bezinning op bestaande werkwijzen</li> <li>• DBC's: enerzijds sterkere financiële sturing op zorg om andere kerntaken in stand te houden; anderzijds volgen bestedingen de budgetten, waardoor ongewenste ontvlechting kerntaken</li> <li>• DBC's: afstoten van onrendabele zorg leidt tot afstoten / opheffen van aanpalende onderdelen van kerntaken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zwakke financiële beheersing bedreiging voor lange termijn continuïteit kerntaken</li> </ul>
realisatie overheidsdoelstellingen (g)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bij centrum A sterke financiële beheersing en stimulans tot efficiëncyverbetering</li> <li>• financiële sturing mogelijk haaks op door de overheid (zorgverzekeraar) gewenste zorgproductie</li> <li>• regie overheid / zorgverzekeraar voor budgethouders met name voelbaar via financiële prikkels van koppeling</li> <li>• DBC's: enerzijds efficiëncyverbetering en bezinning op gewoonten, anderzijds overheadkosten en risico's van ongewenste sturing als gevolg van gebrekkige zorgtypering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bij centrum B weinig financiële beheersing en weinig stimulans tot efficiëncyverbetering</li> <li>• onderbelichting wenselijk geachte zorgproductie</li> </ul>

12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek

Tabel 12.1 Effecten van twee verschillende interne budgetteringssystemen - vervolg

Effecten m.b.t.	Koppeling	Geen koppeling
invloed van management (h)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• invloed management op realisatie gewenste beleid neemt af bij koppelingspercentage van 100%</li> <li>• financiële sturing kan inhoudelijke sturing frustreren</li> <li>• budgethouders ervaren financiële relatie met zorgverzekeraar, minder sterk met management</li> <li>• budgetten worden als rechten ervaren</li> <li>• risico van verplaatsen van discussies over beleid naar discussies over reikwijdte budgetteringssystematiek</li> <li>• versnippering van middelen frustrereert realisatie kostbaar nieuw beleid</li> <li>• DBC's: aangrijpingspunt voor meer maatwerk in systeem van koppeling, waardoor meer invloed management</li> <li>• DBC's: meer transparantie kan leiden tot betere sturing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• management kan realisatie gewenst beleid faciliteren met behulp van verstrekking van middelen</li> </ul>
financiële sturing, het koesteren van financiële waarden (i)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sterke invloed van koppeling, welke wordt versterkt naarmate verschillen tussen kosten en opbrengsten groter zijn</li> <li>• DBC's: enerzijds verschillen tussen opbrengsten en integrale kosten kleiner waardoor minder financiële prikkels, anderzijds invloed bezettingsresultaten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• niet gestimuleerd, terwijl tot op zekere hoogte wel wenselijk geacht</li> </ul>

## 12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek

**Tabel 12.1 Effecten van twee verschillende interne budgetteringssystemen - vervolg**

Effecten m.b.t.	Koppeling	Geen koppeling
overige effecten (anders dan opgenomen in veronderstellingen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• meer afstand tussen bestuurslagen en binnen een bestuurslaag tussen budgethouders</li> <li>• rekenkundigheid systematiek leidt tot gevoel van rechten; systeem van koppeling versterkt daardoor zichzelf en leidt tot starheid</li> <li>• morele dilemma's bij management en medisch professionals als gevolg van sterkere financiële sturing</li> <li>• medisch professionals komen sterker op terrein management, hetgeen tot conflicten kan leiden</li> <li>• DBC's: versterking budgetdiscipline budgethouders</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gevoel bij medisch professionals dat inhoud primaat heeft boven geld</li> </ul>

Bij het in beschouwing nemen van tabel 12.1 moet worden bedacht dat naast het budgetteringssysteem ook andere factoren op de gepresenteerde effecten van invloed zijn, zoals het gebruik van budgetten en de verschillende vormen van management control (zie ook de uitvoerige beschouwingen in hoofdstuk 11). Met deze kanttekening kunnen op hoofdlijnen de volgende relaties tussen het interne budgetteringssysteem en de effecten worden aangegeven.

In het theoretisch raamwerk vereist veronderstelling (e) nuancering, met name waar het gaat om het onderscheid financiële beheersing en de bijdrage die het budgetteringssysteem levert aan de realisatie van inhoudelijk beleid. De combinatie van een geringe mate van taakonzekerheid, een sterke mate van koppeling en het sterk vasthouden aan de realisatie van het budget blijkt een gunstige invloed te hebben op financiële beheersing. Ook al is het niet het juiste rekenkundige systeem (zie paragraaf 11.2), toch biedt de geringe mate van taakonzekerheid wel mogelijkheden zodanig te sturen dat een sluitende exploitatie wordt gerealiseerd. Bevestiging van dit effect van koppeling is de geringe mate van financiële beheersing in een situatie waarbij geen koppeling plaatsvindt en de mate van taakonzekerheid gering is. In een dergelijke situatie blijken het commitment van budgethouders om de afgesproken productie te realiseren (lees: noodzakelijke opbrengsten te genereren) en budgetdiscipline ten aanzien van de

## *12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek*

kosten vereist om financiële beheersing te realiseren. Zie ook de opmerkingen hierna over verschillende vormen van control.

Waar het de invloed van verschillende budgetteringssystemen op de kerntaken en de realisatie van overheidsdoelstellingen betreft, zijn in paragraaf 11.5 al de nodige nuanceringen bij veronderstellingen (f) en (g) gemaakt. Zoals uit tabel 12.1 blijkt, is de invloed van koppeling groot op accenten tussen en binnen kerntaken. Indien geen koppeling wordt toegepast, zal de neiging bestaan het accent op de kerntaak onderzoek te leggen. Een systeem van koppeling zal sterk bij kunnen dragen aan door de overheid gewenste financiële beheersing, maar de financiële sturing als gevolg van koppeling kan realisatie van inhoudelijke doelstellingen frustreren.

Veronderstelling (h), dat bij een sterke mate van koppeling de invloed van het management op het beleid (sturing) zal afnemen, wordt door het onderzoek bevestigd. Wel gelden hierbij nuanceringen. De hoogte van het koppelingspercentage heeft grote invloed op de middelen die het management zich wel of niet kan toe-eigenen voor beleidsontwikkeling. Indien het management bovendien in staat is de interne vergoedingen zelf vast te stellen en deze te variëren, kan een systeem van koppeling ook bijdragen aan inhoudelijke sturing door gelijkgerichte financiële prikkels. Veronderstelling (i), dat grote onevenwichtigheden tussen kosten en vergoedingen van zorg in het interne budget zullen leiden tot sterkere financiële sturing en het sterker koesteren van financiële waarden, wordt in sterke mate bevestigd en kan worden gehandhaafd.

De toepassing van **verschillende vormen van control** blijkt niet te worden beïnvloed door verschillen in taakonzekerheid zoals veronderstelling (j) luidt (welke verschillen niet zijn geconstateerd), maar door het toegepaste interne budgetteringssysteem en de kwaliteit van de informatievoorziening. Het theoretisch raamwerk heeft op dit punt dus uitbreiding. In een situatie waarin geen koppeling wordt toegepast, zijn commitment en budgetdiscipline belangrijke factoren om financiële beheersing te kunnen realiseren. Personeel control speelt dan een belangrijke rol om budgethouders te overtuigen van dat belang. Wordt een systeem van koppeling toegepast, dan zal ontoereikende of ontbrekende informatie over kostprijzen de inzet van andere controlinstrumenten stimuleren om financiële beheersing te realiseren.

### **12.2. De rol van DBC's in de interne budgettering: aanbevelingen en verwachtingen**

In deze paragraaf is een beschouwing opgenomen over de toepassing van DBC's in de interne budgettering. We schetsen daarbij eerst een wenselijk scenario van koppeling en de condities die dat vereist. Vervolgens wordt aangegeven wat een meer waarschijnlijk ontwikkelingsscenario is<sup>1</sup>.

Of de ziekenhuizen het leuk vinden of niet, het lijkt onvermijdelijk dat door de invoering van marktwerking en de toepassing van DBC's de financiële sturing in de ziekenhuiszorg

## 12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek

en in de academische ziekenhuizen in het bijzonder zal toenemen. Aangezien er van financiële prikkels krachtige sturing uit gaat, zouden bestuurders van de nood een deugd kunnen maken: als financiële prikkels sterk werken, kan men ze maar beter vóór zich laten werken. Het management, maar ook de overheid en zorgverzekeraar, kunnen daarmee de zorgverlening in de door hen gewenste richting proberen te sturen. De mogelijkheden van het management lopen daarbij via het interne budgetteringssysteem. Door middel van koppeling, waarbij het management 'speelt' met de interne vergoedingen, kan zij een stimulans geven aan de ontwikkeling van de zorgprocessen in de door haar beleidsmatig wenselijk geachte richting.

Het interne budgetteringssysteem zou de volgende kenmerken kunnen hebben. Een sterke koppeling tussen het externe en interne budget, dus het bepalen van interne budgetten op basis van het aantal voortgebrachte DBC's vermenigvuldigd met (vaste percentages van) de daarvoor van de zorgverzekeraar ontvangen vergoedingen (waaronder 100%), is onder voorwaarden (zie verder) wenselijk tot aan het niveau van productie zoals die met de zorgverzekeraar is afgesproken. Er vindt dan volledige outputbudgettering plaats conform budgetteringssysteem V (zie paragraaf 3.3.4). Divisies i.c. hun afdelingen zullen in deze situatie worden gestimuleerd om de afgesproken productie te realiseren ter dekking van hun vaste kosten. Door de externe vergoeding intern door te geven worden afdelingen bovendien gestimuleerd hun bedrijfsprocessen efficiënt in te richten, omdat efficiencywinsten aan de eigen reserves mogen worden toegevoegd. Wel dient aan de volgende voorwaarden te zijn voldaan:

- DBC's zijn een goede afspiegeling van de geleverde zorg waarin alle activiteiten (dus ook die van kwalitatieve aard) worden gerepresenteerd. De marktprijs welke de zorgverzekeraar bereid is te betalen voor deze zorg komt overeen met de integrale kostprijs<sup>2</sup> (dus inclusief alle toegerekende overige kosten), eventueel aangevuld met een opslag ter versterking van de vermogenspositie van het ziekenhuis.
- De divisies (of hun afdelingen) beschikken over een reservepositie waarmee tekorten als gevolg van lager dan de afgesproken productie kunnen worden gedekt.
- De externe vergoeding wordt verminderd met een deel dat dient ter dekking van de kosten die door andere afdelingen worden gebudgetteerd (bepaalde (overhead)kosten, zoals de kosten van divisie- en afdelingsoverstijgend beleid en de kosten van interne dienstverleners voor zover die niet intern worden verrekend) en een deel dat benodigd is voor centrale reservevorming.
- De productie mag variëren binnen bepaalde marges. In een normale bedrijfsmatige situatie is het immers onvermijdelijk dat binnen zekere grenzen bepaalde DBC-productie achterblijft bij de gemaakte afspraak, terwijl andere hoger uitvalt. Gunstige bezettingsresultaten van bepaalde DBC's kunnen zo worden benut om ongunstige bezettingsresultaten van andere DBC's te compenseren.

Bij het niet voldoen aan deze voorwaarden zullen de financiële prikkels als gevolg van koppeling kunnen leiden tot ongewenste sturing en beheersmatige risico's (bijvoorbeeld door het realiseren van productie die kostendekkend of zelfs financieel gunstig lijkt te zijn, terwijl in werkelijkheid misschien middelen worden verloren). Ook is het beschikken over een reservepositie zonder meer een noodzakelijke voorwaarde voor het effectueren

## *12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek*

van koppeling om herstel mogelijk te maken in het geval dat de productie terugloopt. Zonder een reservepositie zullen tekorten van divisies namelijk moeten worden gedekt met overschotten van andere divisies, hetgeen zich juist niet verdraagt met koppeling. Voor extra productie boven de zorgafpraak en de daarvoor geldende marge zal koppeling leiden tot gunstige bezettingsresultaten (tenzij de zorgverzekeraar voor deze productie alleen de marginale kosten vergoedt). Of deze financiële prikkel wenselijk is, hangt af van de vraag of deze extra productie beleidsmatig wenselijk wordt geacht, alsmede of er verdringingseffecten (ongewenste vermindering van andere zorgproductie of andere kerntaken) optreden.

Voor DBC's waarvoor bovenstaande voorwaarden niet opgaan, zal per DBC bekeken moeten worden welke vergoeding intern wordt verstrekt. Indien het uitgangspunt is dat bij de budgettering van divisies en afdelingen de werkelijke kosten per DBC worden vergoed en indien deze afwijken van de ontvangen marktprijs, zal voor sommige DBC's intern een hogere vergoeding beschikbaar worden gesteld dan extern is verkregen (minnen), terwijl voor andere DBC's het tegenovergestelde geldt (plussen). Dit systeem is in het onderzoek aangeduid als systeem IV, i.c. volledige outputbudgettering op basis van interne prijzen (zie paragraaf 3.3.4). Om deze kruissubsidiëring te realiseren dient aan een aantal voorwaarden te zijn voldaan:

- Voor al deze DBC's tezamen zal het totaal aan plussen minimaal het totaal aan minnen moeten compenseren, wil het ziekenhuis niet in financiële problemen komen.
- Divisies en afdelingen dienen bereid te zijn plussen af te staan ten behoeve van minnen bij andere organisatieonderdelen. Men zal dus bereid moeten zijn het organisatiebelang boven het belang van de eigen divisie en afdeling te stellen. Zoals uit het onderzoek blijkt, vereist dat op afdelingsniveau een sterke afhankelijkheid van afdelingen van elkaar waar het de inhoudelijke patiëntenzorg betreft. Anders gezegd: om dit te realiseren, zullen divisies moeten bestaan uit van elkaar afhankelijke afdelingen.
- In het verlengde hiervan zullen divisies en afdelingen ook bereid moeten zijn een getrouw beeld te geven van de werkelijke kosten van DBC's.

Indien niet aan deze voorwaarden wordt voldaan, ontstaat een impasse, welke mogelijk zal worden doorbroken door alsnog een meer uniform systeem van koppeling toe te passen conform het reeds aangeduide systeem V.

Afgezien van de bereidwilligheid die de realisatie van bovengenoemde aanbevelingen vereist (het organisatiebelang boven het eigenbelang), is het de vraag of ziekenhuizen bereid zijn te investeren in dergelijk maatwerk per DBC conform systeem IV. Grote administratieve inspanningen zijn dan vereist, zowel wat betreft de registratie van gegevens als de interne budgettering van middelen. Een éénduidig systeem zoals systeem V leidt tot grote transparantie en weinig discussies en daardoor tot weinig overheadkosten van het systeem zelf. Zoals in het voorgaande is geschetst, houdt dat echter belangrijke risico's in, zoals sturing op geld in situaties waarin die sturing haaks kan staan op zorginhoudelijk beleid en het ontstaan van beheersmatige problemen.



## *12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek*

Een meer waarschijnlijk ontwikkelingsscenario is het volgende. De kans is groot dat voor veel DBC's de externe vergoedingen niet overeenkomen met de kostprijzen als gevolg van zich wijzigende marktomstandigheden. Bovendien zal de druk om een sterke koppeling toe te passen tussen het externe en interne budget groot zijn, waarbij het niet haalbaar blijkt te zijn om te corrigeren voor verschillen tussen vergoedingen en kostprijzen. Oftewel: we gaan uit van een systeem van koppeling waarbij een vast, voor alle DBC's gelijklopend, percentage van de externe vergoedingen intern wordt doorgegeven (systeem V). In een dergelijke situatie is de kans groot dat de toepassing van DBC's de toekomstige organisatie van de ziekenhuiszorg sterk zal beïnvloeden. In dit verband is het onderscheid tussen intensive- en high-care-zorg enerzijds en medium- en low-care-zorg anderzijds van belang. De eerste categorie kenmerkt zich door complexiteit en het grote beslag op dure voorzieningen. In deze 'markt' heerst weinig concurrentie: nabijheid (vanwege het vaak acute karakter) speelt een grote rol en de vereiste medische voorzieningen zijn meestal dun gezaaid, waardoor prijzen minder belangrijk zijn. Tot de medium- en low-care kan veel poliklinische en in dagverpleging te verlenen zorg worden gerekend. Op deze laatste categorie zorg richten zich steeds meer private aanbieders. Als het (academisch) ziekenhuis binnen haar dure infrastructuur deze zorg blijft voortbrengen, zal zij waarschijnlijk op prijs niet kunnen concurreren met private aanbieders. Ook de organisatorische inbedding binnen het totaal aan zorgprocessen van het ziekenhuis zal ten koste gaan van efficiency en flexibiliteit. Weliswaar kan hier kwalitatieve meerwaarde van die inbedding tegenover staan, maar de vraag is of dat het geval is en of zorgverzekeraars bereid zijn die meerprijs te betalen. De kans is daarom groot dat een situatie ontstaat waarbij de vergoeding voor medium- en low-care-DBC's lager zal zijn dan de kosten ervan, welk tekort het ziekenhuis zal moeten compenseren met een gunstige marge op de intensive- en high-care-DBC's. Er zal dus kruissubsidiëring op moeten treden indien het ziekenhuis verliesgevende medium- en low-care-productie in haar zorgprofiel wenst te behouden. Een dergelijke situatie verdraagt zich niet met een sterke koppeling. Indien men echter een dergelijk budgetteringssysteem in stand wenst te houden, zullen andere maatregelen moeten worden genomen. De druk binnen de organisatie zal groot zijn verliesgevende productie af te stoten c.q. onder te brengen in aparte zelfstandige organisatorische eenheden. De 'core business' van het ziekenhuis zal zich daardoor steeds meer gaan toespitsen op de intensive- en high-care, terwijl poliklinische zorg en dagverpleging zowel organisatorisch als infrastructureel steeds meer buiten het ziekenhuis zullen worden geplaatst. Ergo: indien de druk om koppeling toe te passen binnen de organisatie zeer groot is zonder daarbij te corrigeren voor verschillen tussen vergoedingen en kostprijzen, zal de toenemende concurrentie en een daarop aansluitende financiering met DBC's grote consequenties hebben voor de toekomstige organisatiestructuur van het ziekenhuis en de organisatie van de zorgverlening in de sector. De mogelijke uitkomst van dit proces is een overkoepelend medisch centrum met daarbinnen diverse (juridisch en financieel) zelfstandige zorgleveranciers (zoals het op intensive- en high-care toegespitste ziekenhuis) en aanpalende organisaties (zoals bijvoorbeeld een onderzoeksinstituut en een opleidingsinstituut). Dat zal ten koste gaan van kruisbestuiving en een flexibele inzet van middelen, omdat bestedingen de neiging hebben de budgetten te volgen (zie de onderzoeksbevindingen in paragraaf 10.5.2). Met

## *12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek*

name academische ziekenhuizen (en in mindere mate grote algemene ziekenhuizen), waarbij kerntaken als onderzoek en onderwijs van substantiële omvang zijn, worden hierdoor geconfronteerd met minder flexibiliteit in hun bedrijfsvoering. Bij toepassing van een systeem van koppeling zonder correcties voor verschillen tussen vergoedingen en kostprijzen lijkt het bewandelen van deze weg onvermijdelijk om de verschillende kerntaken van het ziekenhuis in stand te houden.

Vooralsnog is de druk op deze ontwikkeling nog niet zo groot, omdat de zorgvraag groter is dan het zorgaanbod. Patiënten en zorgverzekeraars hebben nog weinig keus, waardoor grote verschuivingen in productie niet zullen plaatsvinden en aanbieders nog een sterke invloed op de prijs hebben. In zekere zin is dat een gelukkige omstandigheid voor de ziekenhuizen: het geeft hen respijt hun weg te vinden in de toepassing van DBC's in de interne budgettering en op veranderende omstandigheden te anticiperen met de ontwikkeling van hun organisatiestructuur. De toename van het aantal private aanbieders en de toenemende invloed van de zorgverzekeraar op de regie van de zorg geven echter aan dat de klok wel doortikt.

### **12.3. Relevantie voor de praktijk**

Dit onderzoek heeft inzichten opgeleverd in het gebruik van interne budgetteringssystemen in academische ziekenhuizen, de factoren die deze systemen bepalen c.q. in stand houden en de effecten van deze systemen. Dergelijke inzichten kunnen bijdragen aan het bepalen van de mogelijkheid en wenselijkheid van toepassing van die systemen in de eigen organisatie. Aan de hand van het inzicht in de factoren die van invloed zijn op het budgetteringssysteem kan de organisatie zich richten op het beïnvloeden ervan, zo dat wenselijk wordt geacht.

Deze inzichten van deze studie zijn van belang voor zowel academische als algemene ziekenhuizen, ook al spitst een deel ervan zich toe op de academische ziekenhuizen sec. Dat betreft vooral de invloed van budgetteringssystemen op de kerntaken onderwijs en onderzoek. Ook hebben academische ziekenhuizen sterker dan algemene ziekenhuizen te maken met het risico dat DBC's de door hen geleverde zorg niet adequaat typeren. Daar staat tegenover dat een academisch ziekenhuis vanwege de verschillende kerntaken over meer externe budgetcomponenten beschikt dan een algemeen ziekenhuis, waardoor de invloed van DBC's op het ziekenhuisbudget minder groot is. Dat impliceert tevens dat de bevindingen van dit onderzoek voor zover niet direct gelieerd aan de academische functie van het ziekenhuis van groot belang zijn voor algemene ziekenhuizen, omdat die relatief veel sterker met de effecten van reguliere en topklinische productieparameters (in hun hoedanigheid van externe budgetparameters) te maken hebben.

Ook andere zorginstellingen kunnen baat hebben bij bepaalde inzichten. Zo kennen diverse zorginstellingen bekostigingssystemen die parallellen vertonen met de externe budgettering van ziekenhuizen, zij het dat de parameters andere kenmerken hebben. Het

## *12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek*

wel of niet toepassen van een koppeling tussen het externe en interne budget is voor hen ook een overweging. Ook deze instellingen hebben te maken met ethische vraagstukken ten aanzien van de zorgverlening. In de eerste plaats spelen ethische opvattingen een rol bij de stellingname van managers welke sturing wel of niet wenselijk is, zo blijkt uit dit onderzoek. Het effectueren van die opvattingen maakt bepaalde budgetteringssystemen (on)wenselijk. In de tweede plaats blijkt medische ethiek een belangrijke rol te spelen bij het instandhouden van bepaalde budgetteringssystemen. Managers zouden zich van deze invloed sterk rekenschap moeten geven bij het begrijpen van en omgaan met weerstanden tegen veranderingen in budgetteringssystemen. Zo mogen zij van budgethouders die tevens als professionals in de zorg werkzaam zijn niet verwachten dat die beslissingen zullen ondersteunen die de belangen van hun patiënten / cliënten schaden. Het onderzoek geeft tevens aan dat voor bepaalde beslissingen een belangrijke rol voor het management is weggelegd, namelijk wanneer die beslissingen de belangen van patiëntengroepen overstijgen. Anders gezegd: budgethouders moeten zich dan achter het management kunnen verschuilen.

Naast door de overheid gebudgetteerde zorginstellingen hebben ook andere organisaties te maken met een grote invloed van de overheid op hun externe budget. Dat geldt bijvoorbeeld voor universiteiten en hogescholen die voor hun financiële middelen sterk afhankelijk zijn van de overheid en die ook worden gebudgetteerd op basis van diverse parameters, waaronder 'productieparameters' als aantallen diploma's. Ook bij deze organisaties zijn die parameters te herleiden naar specifieke organisatieonderdelen. Daarom speelt ook hier het vraagstuk in hoeverre deze parameters een rol zouden moeten spelen bij de vaststelling van interne budgetten.

### **12.4. Toekomstig onderzoek**

We sluiten deze studie af met het aangeven van vruchtbare terreinen van toekomstig onderzoek. In hoofdstuk 11 is op diverse plaatsen de aandacht gevestigd op de mogelijkheden daarvan. Samenvattend zijn de volgende onderwerpen aangeerd (voor een verantwoording wordt verwezen naar het betreffende thema in hoofdstuk 11):

- Een verbetering van een typologie van budgetteringssystemen in relatie tot technologische concepten, waaronder taakonzekerheid.
- Een nadere verkenning van factoren die taakonzekerheid beïnvloeden en de veranderende rol van taakonzekerheid ten gevolge van verbeterde informatievoorziening door ontwikkelingen in de informatietechnologie. Het ontwikkelen van een maatstaf om de mate van taakonzekerheid nadrukkelijker vast te stellen en de 'kritische massa' te bepalen bij welke mate wel of juist geen koppeling toe te passen.
- Een nadere verkenning van de factoren die invloed hebben op overtuigingen ten aanzien van de doel-middelrelatie waar het de realisatie van doelstellingen van interne budgettering met behulp van budgetteringssystemen betreft. Deze overtuigingen zelf zouden kunnen worden betrokken in een nadere conceptualisering

## *12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek*

en afbakening van managementstijlen, prestatie-evaluatiestijlen en budgetteringsstijlen.

- Een bezinning op de contingentietheorie en de factoren die volgens deze theorie een rol spelen.

In aanvulling op deze opsomming zouden de hierna volgende onderzoeksaccenten kunnen worden gelegd.

Wat betreft de academische ziekenhuizen bestaat de behoefte de ontwikkelingen in de mate van koppeling te actualiseren. In de eerste plaats betreft dat de ontwikkeling in de periode na 2003-2004. In de tweede plaats is de vraag: welke effecten hebben DBC's daadwerkelijk op de mate van koppeling? Komen de in dit onderzoek gepresenteerde verwachtingen uit? In de derde plaats is het van belang een vergelijkbare gevalstudie te herhalen en zo de validiteit van de bevindingen te vergroten.

Een aanpalend onderzoeksveld is de mate van koppeling bij de algemene ziekenhuizen. Hierop bestaat nog weinig zicht. Ook de factoren die in deze studie van invloed zijn gebleken op de beslissing wel of geen koppeling toe te passen, zouden in dat onderzoek op hun relevantie voor algemene ziekenhuizen kunnen worden beoordeeld. Ook zou het onderzoeksterrein verlegd kunnen worden naar andere zorginstellingen die eveneens met de invoering van DBC's of andere vormen van outputbudgettering worden geconfronteerd. Een vergelijkende studie tussen diverse typen instellingen zou aanvullend licht kunnen werpen op beïnvloedende factoren door overeenkomsten en verschillen tussen die instellingen in een dergelijk onderzoek te betrekken.

In het verlengde van Groot (1999) die vergelijkingen maakt tussen veranderingen in de externe budgettering van het hoger onderwijs en de ziekenhuiszorg, zou toekomstig onderzoek zich ook kunnen richten op een vergelijking van de sectoren zorg en onderwijs waar het de toepassing van externe budgetparameters in de interne budgettering betreft. Gezien de mix van kerntaken zou een eerste stap kunnen zijn de bevindingen van dit onderzoek te vergelijken met de budgettering van faculteiten door het College van Bestuur van de diverse universiteiten.

Het voorliggende onderzoek is toegespitst op bepaalde effecten. Een nader uitgewerkte en breder opgezette effectenstudie zal met name ook door de (academische) ziekenhuizen met belangstelling tegemoet worden gezien. Een dergelijke studie zou zich niet hoeven te beperken tot de verzameling van kwalitatieve data. Met name kan in een dergelijk onderzoek worden nagegaan of verschillende budgetteringssystemen c.q. veranderingen in budgetteringssystemen ook leiden tot veranderingen in de hoogte van budgetten en van gerealiseerde productie. Met betrekking tot DBC's is vooral de vraag of de verwachte effecten, zoals gepresenteerd in dit onderzoek, ook daadwerkelijk worden gerealiseerd. Te denken valt in dit verband aan de invloed van verschillende partijen op de realisatie van de kerntaken van het ziekenhuis.

## *12. Theoretische en praktische consequenties van het onderzoek*

---

<sup>1</sup> Deze reflectie is ook terug te vinden in Hanewinkel en Crom (2003).

<sup>2</sup> Een nadere verfijning is het maken van onderscheid tussen de integrale kostprijs op basis van werkelijke kosten en de integrale standaard kostprijs. Gezien het ontwikkelingsstadium van de DBC's en het toerekenen van kosten eraan zal de ontwikkeling van normen nog de nodige tijd vergen, waardoor ziekenhuizen de eerstkomende jaren noodgedwongen uit zullen moeten gaan van werkelijke integrale kostprijzen. Toch verdient de ontwikkeling van integrale standaardkostprijzen aanbeveling om efficiencyvergroting te stimuleren en de verantwoordelijkheid voor afwijkingen tussen genormeerde (gebudgeteerde) en werkelijke kosten daar neer te leggen waar die hoort. In dit verband wordt verwezen naar de opmerkingen over het standaardkostencentrum in bijlage III.