



Financiële risico's van het B-segment en beheersing in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis

***Onderzoek naar de beheersbaarheid van de financiële
risico's van de concurrentie in het B-segment middels het
management control systeem***

Afstudeerscriptie

Master Zorgmanagement 2005/2006
Erasmus Universiteit Rotterdam

Naam: Lindsey Knop
Studentnummer: 265098

Begeleider: Dr. Ir. J.J. Zuurbier
Meelezer: Prof. Dr. Ir. J.M.H. Vissers

Rotterdam, augustus 2006

Financiële risico's van het B-segment en beheersing in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis

*Onderzoek naar de beheersbaarheid van de financiële
risico's van de concurrentie in het B-segment middels het
management control systeem*

Afstudeerscriptie

Master Zorgmanagement 2005/2006
Erasmus Universiteit Rotterdam

Naam: Lindsey Knop
Studentnummer: 265098

Begeleider: Dr. Ir. J.J. Zuurbier
Meelezer: Prof. Dr. Ir. J.M.H. Vissers

Rotterdam, augustus 2006

Voorwoord

Tijdens mijn zoektocht naar een afstudeeronderwerp voor mijn studie Beleid en Management voor de Gezondheidszorg, master Zorgmanagement, werd mijn aandacht getrokken door het

thema Diagnose Behandeling Combinaties in het B-segment en management control in ziekenhuizen. Na een aantal brainstormsessies en gesprekken met mijn afstudeerbegeleider, Dr. Ir. J.J. Zuurbier, kwam ik tot concretisering van dit thema: onderzoek doen in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam naar de beheersbaarheid van de financiële risico's in het B-segment middels het management control systeem.

Na een periode van 9 maanden hard werken en voor- en tegenspoed, kan ik u het eindresultaat presenteren. Ik heb het afstuderen als een zeer leerzame en leuke periode ervaren, maar soms was het ook zwaar. Enerzijds vind ik het jammer dat mijn studententijd er nu op zit, maar ik heb ook ontzettend veel zin om de opgedane kennis tijdens mijn studie in de praktijk te gaan brengen.

Dit voorwoord wil ik tevens aangrijpen als dankwoord. In eerste plaats wil ik het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam bedanken voor haar openheid en gastvrijheid. In het bijzonder wil ik bedanken dhr. R. Lolkema, mw. E. Hoedemaker en mw. Y. Bakker voor de prettige en deskundige begeleiding en leerzame periode. Vervolgens wil ik alle respondenten en andere betrokkenen hartelijk bedanken voor hun medewerking aan dit onderzoek.

Ook wil ik graag mijn scriptiebegeleider Dr. Ir. J.J. Zuurbier bedanken. Hij heeft mij tijdens dit onderzoek met raad en daad terzijde willen staan. Tevens wil ik hem graag bedanken voor zijn deskundige begeleiding, de vele tips en zijn stimulerende houding. Meelezer, Prof. Dr. Ir. J.M.H. Vissers, wil ik bedanken voor zijn deskundig advies bij de opstart en afronding van mijn afstudeeronderzoek.

Het laatst, maar zeker niet het minst, gaat mijn dank uit naar mijn fantastische en lieve vriend, dierbare vader, moeder en zus en mijn geweldige familie en vrienden voor hun steun en het voortdurende geloof in mij tijdens de afstudeerperiode, zeker op momenten dat het even tegenzat.

Lindsey Knop

Oostzaan, augustus 2006

Samenvatting

De Nederlandse gezondheidszorg is in beweging. Sinds 1 februari 2005 is het Functiegerichte Budget (FB) vervangen door Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Centraal in de DBC-financieringssystematiek staat dat ziekenhuizen afstappen van een min of meer gegarandeerde terugbetaling via semi-vastgestelde budgetten en overgaan naar marktwerking. Voor 10% van de totale ziekenhuiszorg, het zogenaamde B-segment, worden prijs- kwaliteit en productieafspraken individueel onderhandeld met zorgverzekeraars in concurrentie met collega-instellingen. Deze fundamentele verandering in de financiering en organisatie van de gezondheidszorg zorgt voor minder stabiliteit in de inkomsten en het voortbestaan van ziekenhuizen; ze worden geconfronteerd met een toenemende onzekerheid. Dit vertaalt zich in een (grotere) noodzaak om de besturing en beheersing van een ziekenhuis adequaat vorm te geven door gerichte toepassing van een management control systeem (mcs). Management control (mc) heeft betrekking op doelbewuste beïnvloeding van gedragingen van organisatiegenoten door het management

In dit onderzoek is onderzocht hoe het mcs van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) te Amsterdam aangevuld dient te worden om de financiële risico's van het B-segment te beheersen. Het onderzoek betreft een single case studie met een embedded design waarin de theorie een kritische toets ondergaat en waarin 'gevallen' in een gemeenschappelijke context onderzocht worden. Voor het onderzoek is één case geselecteerd, het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, en binnen deze case zijn units geselecteerd als aparte 'gevallen'.

De theorie is vertrekpunt geweest voor dit onderzoek en is getoetst in het OLVG. Voorafgaand aan het kwalitatieve onderzoek zijn, aan de hand van een literatuurstudie, proposities geformuleerd. De uitkomsten van de single case- en gevalsanalyse zijn getoetst aan deze theoretische verwachtingen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het mcs van het OLVG op een aantal punten overeenkomt met de proposities, maar dat er op een aantal onderdelen van het mcs behoefte bestaat tot aanvulling om tot betere beheersing van de financiële risico's van het B-segment te komen. Tot slot kan geconcludeerd worden dat een aantal theoretische verwachtingen niet tot gewenste interventies leidt in het OLVG; de theorie komt niet overeen met de behoeften in de praktijk.

Voortvloeiend uit deze conclusies zijn er adviezen geformuleerd voor de aanvulling van het mcs van het OLVG. Om de ontwikkeling van het mcs van het OLVG per onderdeel aan te geven, is een 10-puntsschaal gehanteerd en is de urgentie van aanpassing per onderdeel van het mcs aangegeven. Bij de onderzoeksresultaten en adviezen dient opgemerkt te worden dat ze zijn afgestemd op de situatie in het OLVG en niet (direct) één op één te generaliseren zijn naar andere (gelijksoortige) ziekenhuizen. Hiervoor is nader onderzoek vereist binnen meerdere, verschillende cases. Ook betreft het adviezen die een niet-willekeurige volgorde kennen: een bepaald advies is een randvoorwaarde voor een ander advies. Dit betekent dat het niet altijd mogelijk is om een bepaald advies wel op te volgen en een ander advies niet.

Gezien het feit dat de implementatie van het unitmodel en de DBC financiering in het OLVG pas recent zijn afgerond en er een aantal onderdelen met betrekking management control in ontwikkeling zijn, is het tot slot aan te bevelen om de toetsing van de proposities in 2007 te herhalen en na te gaan welke ontwikkeling het mcs van het OLVG heeft doorgemaakt.

Summary

The environment of the Dutch health care is dynamic. Since 1 February 2005 the so-called Functiegerichte Budgettering (FB) has been replaced by the system of Diagnose Behandelings Combinaties (DBC's). The DBC financial system intend that hospitals abandon a more or less guaranteed payment by means of determined budgets. Market forces are introduced in the health care system. For 10% of the total hospital care, the so-called B-segment, price - quality and production appointments are negotiated individually with care insurers in competition with colleague institutions. This fundamental change in the financing and organisation of the health care causes less stability of the income of hospitals; they are faced with an increasing uncertainty. This causes a (larger) need of control and structure of a hospital by an adequate application of a management control system (mcs). Management control (mc) has an relation on purposeful influence of behaviour of employees by management.

In this research it has been examined how the mcs of the Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam must be completed to control the financial risks of the B-segment. The research concerns a single case study with an embedded design in which the theory undergoes a critical test and in which subcases are examined in a common context. For the research one case has been selected, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, and within this case units have been selected as separate subcases.

The theory has been departure point for this research and it has been tested in the OLVG. At first, by means of a literature study, propositions has been formulated. The outcomes of the single case and subcase analysis have been reviewed to these theoretical expectations. From this, it can be concluded that the mcs of the OLVG on a number of points agree to the propositions. But still it is necessary to reach better control of the financial risks of the B-segment. Finally it can be concluded that there are a number of theoretical expectations who does not lead to desired interventions in the OLVG; the theory does not correspond to the needs in practice.

Resulting from these conclusions recommendations have been formulated for the supplement of the mcs of the OLVG. To indicate the development of the mcs of the OLVG by component, a 10-pointscale has been used and the urgency of adaptation by component of the mcs has been indicated. The research outcomes and recommendations result from the situation in the OLVG. They can not (direct) be generalised to other (simultaneous) hospitals. For this, closer research has been required within several, different cases. Besides the recommendations know a not-random order: a certain recommendation is a condition for another. This means that it is not always possible to implement a recommendation and another one not.

The implementation of the unit model and the DBC financing system in the OLVG are just recently finished; a number of components with relation to management control are in development. It is finally to recommend repeating the test of the propositions in 2007: this gives information about the development of the mcs of the OLVG.

Inhoud

Voorwoord	2
Samenvatting	4
Summary	5
1. Inleiding	8
2. Institutioneel kader	10
3. Theoretisch kader	14
3.1 Management control systeem (mcs)	14
3.2 Onderdelen van een management control systeem.....	17
3.2.1 Strategie	17
3.2.2 Organisatiestructuur	17
3.2.3 Planning en budgettering.....	17
3.2.4 Afrekeneenheden	18
3.2.5 Prestatie-indicatoren.....	19
3.2.6 Informatieset.....	20
3.2.7 Toegankelijke managementrapportages	20
3.2.8 Beoordeling en feedback.....	21
3.2.9 Beloningssysteem	21
3.2.10 De management control context.....	21
3.3 Management control systemen binnen ziekenhuizen en het Functiegerichte	22
Budget (FB)	22
3.4 Bekostiging op basis van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's).....	24
3.5 Financiële risico's van de concurrentie in het B-segment	26
3.5.1 Verhoogd resultaatrisico	26
3.5.2 Krapper wordende liquiditeitspositie	26
3.5.3 Registratierisico	27
3.5.4 Marktrisico	27
3.5.5 Ondernemingsrisico.....	27
3.6 Gevolgen voor het management control systeem van ziekenhuizen: proposities.....	27
4. Methoden	32
4.1 Literatuurstudie.....	33
4.2 Kwalitatief onderzoek	33
4.3 Validiteit.....	34

4.3.1 Interne validiteit	35
4.3.2 Externe validiteit	35
4.4 Betrouwbaarheid	35
4.5 Verwerking en analyse	36
5. Het management control systeem	37
5.1 Het OLVG	37
5.2 Management control systeem van het OLVG.....	37
5.2.1 Strategie	37
5.2.2 Structuur	38
5.2.3 Planning en budgettering.....	39
5.2.4 Afrekeneenheden	39
5.2.5 Prestatie-indicatoren.....	39
5.2.6 Informatieset.....	40
5.2.7 Toegankelijke managementrapportages	41
5.2.8 Beoordeling en feedback.....	41
5.2.9 Beloningssystemen	41
5.2.10 Context	42
6. Toetsing.....	43
6.1 Financiële risico's van het B-segment voor het OLVG	43
6.2 Toetsing en adviezen	43
7. Conclusie en discussie	60
7.1 Conclusie.....	60
7.2 Discussie	62
Literatuurlijst.....	64
Bijlage 1 Lijst met afkortingen.....	68
Bijlage 2 Oriënterende gesprekken en interviews	70
Bijlage 3 Vragenlijst bedrijfsleiders PBU.....	71
Bijlage 4 Organogram Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	73
Bijlage 5 Organogram PBU.....	74
Bijlage 6 Verschillenanalyse.....	75
Bijlage 7 Unit dashboard.....	77
Bijlage 8 Overzichten Business Objects	78

1. Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg is in beweging. Sinds 1 februari 2005 hebben de Diagnose Behandeling Combinaties, kortweg DBC's, voor een deel de Functiegerichte Budgettering (FB) vervangen. De aangrijpingspunten voor deze verandering waren de indicaties voor het falende bestuur als de wachtlijsten in de zorg, het gebrek aan krachtige prikkels tot doelmatig, innovatief en vraaggericht gedrag bij zorgaanbieders en verzekeraars, bureaucratie op alle niveaus en de diffuse verantwoordelijkheidsverdeling tussen de overheid en de partijen in het veld (Maarsse 2004:11).

Als oplossingsstrategie voor deze problemen heeft de overheid een nieuw bekostigingssystematiek laten ontwikkelen op basis van DBC's. De DBC's hebben tot doel de omslag te faciliteren van een aanbodgereguleerd naar een vraaggericht zorgstelsel. Uitgangspunt in dit vraaggestuurde stelsel is gereguleerde concurrentie waarbij de overheid zich zoveel mogelijk terugtrekt. Met de invoering van deze nieuwe systematiek ontstaat een betere aansluiting tussen de vergoeding van de gemaakte kosten en de geleverde prestaties en komen gelijkgerichte incentives tot stand, zowel binnen ziekenhuizen als tussen instellingen en zorgverzekeraars (CTZ 2003).

In dit nieuwe vraaggestuurde zorgstelsel zijn de verantwoordelijkheden verschoven. De overheid trekt zich terug en geeft meer zelfstandigheid aan de marktpartijen: ziekenhuizen¹, zorgverzekeraars en zorgvragers. De overschakeling van aanbodregulering naar meer vraaggestuurde zorg en liberalisering van de aanbodzijde betekent dat ziekenhuizen in toenemende mate ondernemende en marktgeoriënteerde organisaties worden (Zuurbier 2004: 29). De omgeving van ziekenhuizen verandert en ziekenhuizen worden geconfronteerd met onzekerheid door minder stabiliteit in de bekostiging: de geleverde prestaties zijn immers de basis voor de vergoeding. De fundamentele wijziging van de financiering en organisatie van de zorg heeft dan ook belangwekkende gevolgen voor de sturing en beheersing van ziekenhuizen.

Er is een aantal aspecten van de DBC bekostigingssystematiek die een weerslag zal hebben op het management control systeem (mcs) van een ziekenhuis. Omdat het FB systeem is vervangen door een stelsel van contracten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen verloopt de beheersing van de kosten niet meer via capaciteitsplanning en centrale prijsvorming voor ziekenhuizen en medisch specialisten (CTZ 2003).

De DBC bekostiging kent twee segmenten, te weten het A- en het B-segment. Het A-segment beslaat 90% van de totale ziekenhuiszorg en hiervoor zijn de DBC prijzen nog vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). Voor de overige 10% van de ziekenhuiszorg, het B-segment, is het mogelijk geworden om te concurreren. Ziekenhuizen onderhandelen individueel met zorgverzekeraars over de prijs, kwaliteit en kwantiteit van de te leveren zorg in termen van B-segment DBC's (CTG/ZAio 2004). De verkoopprijs (vergoeding) voor B-segment DBC's is het resultaat van de onderhandelingen tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis. Om deze onderhandelingen te kunnen voeren is het voor ziekenhuizen noodzakelijk dat er

¹ Wanneer er gesproken wordt over ziekenhuizen, worden hiermee zowel algemene ziekenhuizen als academische ziekenhuizen bedoeld

kostprijzen bekend zijn van de DBC's; de interne kostprijs van een zorgproduct wordt van belang. Tevens zorgen de DBC producttyperingen ervoor dat de zorg transparanter wordt, waardoor prijs- en kwaliteitsvergelijkingen mogelijk zijn (Hasselbekke, Kertzman & Janssen 2004). Dit creëert zowel kansen als risico's voor individuele ziekenhuizen.

De intrede van de nieuwe financiering van de gezondheidszorg met daarin de concurrentie in het B-segment zorgt ervoor dat ziekenhuizen aan risico's worden blootgesteld op basis van zowel verkoopprijs als kostprijs en op zowel hoeveelheden als op kwaliteit. Daarnaast zorgt de toenemende transparantie ervoor dat de concurrentie toeneemt tussen ziekenhuizen. Zorgverzekeraars en zorgvragers kunnen nu immers vergelijkingen maken tussen ziekenhuizen op basis van prijs en kwaliteit (Hasselbekke, Kertzman & Janssen 2004).

Inzicht in de ontstane risico's voor ziekenhuizen en hoe deze risico's beheerst kunnen worden is een vraagstuk voor vele ziekenhuizen en zo ook binnen het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) te Amsterdam. De doelstelling van het onderzoek is te onderzoeken in welke mate het mcs van het OLVG overeenkomt met de theoretische verwachtingen en welke aanpassingen gewenst zijn gezien de ontstane financiële risico's door de introductie van B-segment DBC's. De probleemstelling van het onderzoek luidt als volgt:

'Hoe dient het management control systeem van het OLVG aangevuld te worden om de financiële risico's van het B-segment te beheersen?'

De deelvragen hierbij zijn:

1. Hoe is het huidige mcs van het OLVG vormgegeven?
2. Wat zijn de financiële risico's van de concurrentie in het B-segment voor het OLVG?
3. Voldoet het huidige mcs van het OLVG gezien de financiële risico's die de concurrentie in het B-segment met zich meebrengt?

In hoofdstuk 2 wordt de context waarbinnen de veranderingen in de bekostigingssystematiek plaatsvinden, weergegeven en in hoofdstuk 3 wordt het theoretisch kader besproken. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de onderzoeksmethoden, waarna in hoofdstuk 5 het huidige mcs van het OLVG besproken wordt. In hoofdstuk 6 volgt de toetsing van het mcs van het OLVG aan de theoretische verwachtingen en worden adviezen voortvloeiend uit deze toetsing geformuleerd. Tot slot worden in hoofdstuk 7 de conclusie en discussie gepresenteerd.

2. Institutioneel kader

In het zorgstelsel werd het aanbod sterk gestuurd door de overheid. Zo bepaalden met name de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Ziekenfondswet (ZFW), de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en de Wet op de Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) in hoge mate en op gedetailleerde wijze wie tegen welke prijs welke zorg mag leveren. Deze sterke overheidsbemoediging vormt steeds meer een belemmering voor een kwalitatief goede en doelmatig functionerende gezondheidszorg. In het nieuwe zorgstelsel moeten particuliere personen en organisaties op decentraal niveau dan ook een grotere beleids- en beslissingsruimte krijgen en dient de overheid een stap terug te doen. Door het introduceren van meer vrijheidsgraden voor partijen ontstaat een meer zelfregulerend systeem met prikkels voor zowel zorgverzekeraars, verzekerden als zorgaanbieders (Varkevisser et al 2003:15-16).

De concurrentie in het B-segment beoogt dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen (onderling) gaan concurreren. Er wordt gemeend dat er een omslag van aanbodsturing naar vraagsturing moet plaatsvinden. Om dit mogelijk te maken moeten meer vrijheidsgraden geïntroduceerd worden en dient de overheid een stap terug te doen. Dit betekent niet dat het zogenaamde 'laissez faire'-model geïntroduceerd wordt. Dit model stelt dat markten volledig vrij moeten worden gelaten, omdat iedere overheidsbemoediging tot inefficiëntie leidt. In het nieuwe sturingsmodel blijft de overheid echter een functie vervullen, maar verandert haar rol van planner naar kadersteller en toezichthouder (Varkevisser et al 2003).

De overheid heeft gereguleerde concurrentie in het B-segment mogelijk gemaakt door bestaande wetgeving aan te passen:

- Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) is per 1 februari 2005 de Wet Tarieven Gezondheidszorg Experiment Prestatiebepaling (WTGExp). De WTG verbodt expliciet het in rekening brengen van tarieven die niet door College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) waren goedgekeurd. Dit betekende dat er geen juridische basis was om vrije prijzen toe te staan in het B-segment. Om deze juridische basis te creëren, is de WTGExp ingevoerd. Deze wet en de daarop gebaseerde lagere regelgeving maken het mogelijk dat er vrije onderhandelingen worden gevoerd over volume en prijs van de DBC's in het B-segment (Hoogervorst 2005:11). Het CTG/ZAio stelt alleen de prestatieomschrijvingen en de honorariumbedragen vast voor elk bij het DBC-traject betrokken medisch specialisme. De kostenbedragen en het volume aan ondersteunende producten per DBC zijn vrij onderhandelbaar.

De overheid heeft ook schoningstarieven laten opstellen voor de DBC's uit het B-segment. Dit zijn tarieven gebaseerd op de mediane kosten van een DBC. Dit tarief is bepaald op grond van een onderzoek bij de zogenaamde koploper ziekenhuizen. Dit zijn twintig ziekenhuizen die in de periode vanaf 1 januari 2001 de DBC-systematiek hebben uitgetoetst. Per 1 juli 2001 zijn hier nog vijftien ziekenhuizen aan toegevoegd. Deze ervaringen met kostprijzen hebben de basis gediend voor de landelijke verbreding van de DBC-systematiek. De schoningstarieven die hierop gebaseerd zijn, kunnen

zorgverzekeraars (en ziekenhuizen) ondersteunen bij de onderhandelingen (Borgsteede 2001).

- Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) is vervangen door de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). De WTZi dient ter facilitering van de overgang van een stelsel van centrale aanbodsuring, waarbij de capaciteit van zorginstellingen normatief door de centrale overheid wordt bepaald, naar een decentraal vraaggericht stelsel, waarbij die capaciteit wordt bepaald door de betrokken partijen (consumenten, instellingen en verzekeraars) (CBZ 2005).

Het bouwregime onder de WZV houdt in dat de minister van Volksgezondheid Welzijn & Sport (VWS) bepaalt of een voorgenomen bouwinitiatief van een zorginstelling past binnen de door de overheid opgestelde criteria voor spreiding, behoefte en het beschikbare macrobudget en of het niet gericht is op het halen van uitkeerbare winst. Het College Bouw Zorginstellingen (CBZ) adviseert de minister daarbij. In geval van een positief besluit geeft de minister een verklaring van behoefte af ex WZV. Die wordt in de praktijk voorzien van een bepaling dat de planontwikkeling niet mag doorgaan totdat, via de plaatsing op de bouwprioriteitenlijst, duidelijk is dat het project past binnen het meerjarig bouwkader. Deze prioriteitenlijst wordt periodiek geactualiseerd. Van de initiatieven met een verklaring van behoefte en een plaats op de prioriteitenlijst toetst het CBZ de concrete plannen aan een aantal functionele en financiële eisen. Voldoet het project aan de eisen, dan geeft het CBZ de WZV-vergunning af. Op basis van de bij de vergunning behorende eindafrekening van de investering kan de instelling de financiering met banken en waarborgfondsen gaan regelen. Belangrijke notie bij de WZV is dat de WZV-vergunning, als sluitstuk van de WZV-procedure, de facto de toelating is tot de markt van collectief verzekerde zorg (Ministerie van VWS 2005).

Met de WTZi verdwijnt die automatische koppeling tussen de toelating en vergunning. De toelating is een zelfstandige beslissing en is voor alle instellingen vereist. De vergunning is alleen vereist voor zover het bouwregime van toepassing is en dat is niet voor alle vormen van bouw en alle soorten instellingen het geval. Van een bouwregime zoals onder de WZV is met de inwerkingtreding van de WTZi vrijwel alleen nog sprake voor grootschalige intramurale zorginstellingen.

De formele toelating van ziekenhuizen was geregeld in de Ziekenfondswet (art 8a ZFW). Een toelating ZFW gaf recht op een overeenkomst. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is formeel de toelatende instantie. Sinds de inwerkingtreding regelt de WTZi de toelating tot de markt van collectief verzekerde zorg. De toelatingsbepalingen zijn verdwenen uit de ZFW en maken ook geen onderdeel meer uit van de per 1 januari 2006 ingevoerde Zorgverzekeringswet (ZVW) (Ministerie van VWS 2005).

Tevens laat de WTZi (in de toekomst) winsttoegemerk toe voor de daartoe aangewezen instellingen. Het kabinet hanteert nu en in de toekomst het beleidsuitgangspunt dat economische waarde die is opgebouwd in een door overheidsregels gecreëerde omgeving met weinig risico's niet mag "weglekken" naar commerciële partijen. Voordat er sprake kan zijn van uitkeerbare winst moet er sprake zijn van integrale prestatiebekostiging en moeten zorginstellingen volledig risicodragend zijn voor schommelingen in de afzet. Aan deze voorwaarden lijkt de zorgsector rond 2012 te

kunnen voldoen. Voor het daadwerkelijk toestaan van winstuitkering is een afzonderlijk kabinetsbesluit noodzakelijk. Intramurale instellingen die vóór 2012 bereid zijn de zorg te verlenen tegen transparante en integrale tarieven, kan bij uitzondering het uitkeren van winst aan derden bij kabinetsbesluit worden toegestaan (Ministerie van VWS 2005).

Tot slot zorgt de WTZi op lange termijn ervoor dat de beslissingen over kapitaalinvesteringen aan de markt worden overgelaten. Dit is in de WTZi voorzien vanaf 2012, wanneer ook de winstuitkering mogelijk wordt. In het huidige DBC systeem zijn de kapitaallasten op twee manieren in DBC prijzen ondergebracht. Voor wat betreft de afschrijvingen medische en overige inventaris geldt dat deze door de zorginstellingen, evenals overige exploitatiekosten, zijn toegerekend aan verrichtingen en daarmee ook (gedifferentieerd) zijn opgenomen in DBC prijzen. De overige kapitaallasten als gebouwen en rente zijn door de zorginstellingen niet toegerekend aan de verrichtingen en zijn op basis van een uniform gemiddeld percentage van 12,5% aan de DBC prijzen toegevoegd. In het kapitaallastenbudget van de zorginstelling is nog geen onderscheid gemaakt tussen A-segment DBC's en B-segment DBC's. De kapitaallasten vallen nog geheel onder het budgetregime. Vanaf 2012 vormen de kapitaallasten een integraal onderdeel van het DBC bekostigingssysteem. De investeringsbeslissingen komen onder de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders en kapitaalslasten kunnen specifiek worden toegeschreven aan zorgproducten. Hierdoor lopen zorgaanbieders risico over hun investeringen en dienen ze de kapitaalslasten terug te verdienen via productie (CTG/ZAiO 2006).

- Wet Herzieningen Overeenkomstenstelsel Zorg (WHOZ): tot 1 februari 2005 was de (omgekeerde) contracteerplicht tussen ziekenfondsen en ziekenhuizen geregeld in de Ziekenfondswet (art 47 & 48 ZFW). Dit betekende dat ziekenfondsen verplicht waren met ieder daarvoor in aanmerking komende instelling op haar verzoek een overeenkomst te sluiten en dat instellingen verplicht waren een overeenkomst te sluiten op verzoek van een ziekenfonds. Om het uitgangspunt van bilaterale onderhandelingen over prijs tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar mogelijk te maken, is in de WHOZ geregeld dat zorgverzekeraar en zorgaanbieder vrij worden gesteld van de omgekeerde contracteerplicht voor de DBC's uit het B-segment. Dit geldt weliswaar strikt genomen alleen voor ziekenfondsen, maar in het DBC-invoeringstraject wordt geen verschil gemaakt tussen verzekeraars (De Wit 2004) en vanaf de intrede van de Zorgverzekeringswet (ZVW) in 2006 is het onderscheid tussen verzekerden vervallen. Het opheffen van de omgekeerde contracteerplicht zal, aldus de Memorie van Toelichting bij de wet, leiden tot minder collectief onderhandelen. Een zorgverzekeraar kan zich wat betreft afspraken over prijzen en volumes niet meer aansluiten bij het onderhandelingsresultaat van de in een bepaalde regio dominante verzekeraar. Iedere zorgverzekeraar hoeft niet meer met ieder ziekenhuis een overeenkomst te sluiten. De verzekeraar moet zijn zorginkoop onderbouwen aan de hand van de verwachte zorgvraag van zijn verzekerden (CTZ 2003:16).
- De Ziekenfondswet (ZFW) is vanaf 1 januari 2006 vervangen door de Zorgverzekeringswet (ZVW). Met de inwerkingtreding van de ZVW is het onderscheid ziekenfonds en particulier komen te vervallen. Er is vanaf 2006 één basisverzekering met

een standaardpakket van noodzakelijke zorg. Alle Nederlandse ingezetenen zijn verplicht zich te verzekeren ex ZVW. Elke burger sluit daarvoor een overeenkomst met een zorgverzekeraar van zijn of haar keuze: de verzekeraars kennen een acceptatieplicht.

De zorgverzekeraars treden op als onderhandelingspartners van zorgaanbieders als het gaat over de prijs, inhoud en organisatie van zorg. Zorgverzekeraars mogen bij de uitvoering van de ZVW winstbeogend zijn. Naar hun verzekerden toe hebben zorgverzekeraars een zorgplicht die ze op verschillende manieren kunnen invullen. De ZVW voorziet in afschaffing van de omgekeerde contracteerplicht voor bepaalde vormen van zorg (B-segment) en maakt het voor zorgverzekeraars mogelijk om met preferred provider polissen te gaan werken. Dit betekent dat een zorgverzekeraar met een ziekenhuis een voorkeursafpraak kan maken: de zorgverzekeraar bedingt een lagere prijs per DBC bij het ziekenhuis en daarvoor biedt hij een polis aan verzekerden waarin het betreffende ziekenhuis een voorkeuraanbieder is. De verzekerde kan kiezen voor deze preferred provider polis met een lagere premie. De verzekerde is dan wel verplicht naar de voorkeuraanbieder te gaan. Als de verzekerde met een preferred provider polis besluit naar een niet-gecontracteerde aanbieder te gaan, dan worden niet alle kosten vergoed (art. 13 ZVW); de verzekerde loopt het risico een eigen bijdrage te moeten betalen. Doordat het ziekenhuis als voorkeuraanbieder meer volumegarantie krijgt, is het bereid een korting te geven aan een zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar kan ook polissen aanbieden met zorg in natura zonder preferred providers of een restitutiepolis. Wanneer men voor een dergelijke naturapolis kiest en naar een niet-gecontracteerde zorginstelling gaat, dan bestaat de kans dat niet alle kosten vergoed worden. Als men voor een polis met restitutie kiest, dan vergoedt de zorgverzekeraar wel de gedeclareerde kosten. De zorgverzekeraar mag daaraan zelf geen maximum stellen, maar hij hoeft niet meer te betalen dan in redelijkheid passend is binnen de in Nederland gebruikelijke marktomstandigheden (Ministerie van VWS 2004).

Tevens vormt het gegeven dat alle verzekerden ongeacht leeftijd of gezondheid jaarlijks van zorgverzekeraar kunnen veranderen, een belangrijke stimulans voor een goede dienstverlening en een doelmatige zorginkoop en versterkt de concurrentie tussen de zorgverzekeraars. Doordat er geen risicoselectie mogelijk is, wint het afdwingen van betere prestaties van zorgaanbieders voor de zorgverzekeraar aanmerkelijk aan belang. De geleidelijke liberalisering van de zorginkoopmarkt, ondersteund door eerdergenoemde wetgeving, zal de positie van de verzekeraars ten opzichte van de zorgaanbieders versterken. Dit zal er dan ook aan bijdragen dat verzekeraars hogere eisen stellen aan hun contracten met zorgaanbieders, zowel kwalitatief als financieel. Verruiming van de contractermogelijkheden voor verzekeraars en aanbieders, de DBC's en het beschikbaar komen van vergelijkende informatie over prestaties van zorgaanbieders ondersteunen de prestatiegerichtheid door zorgaanbieders. Zorgaanbieders moeten meer prestatiegericht gaan werken, maar hebben ook meer mogelijkheden om zich van elkaar te onderscheiden en maatwerk te leveren (Ministerie van VWS 2004).

3. Theoretisch kader

De invoering van DBC's is geen eenvoudige opgave en kan op korte termijn grote financiële risico's inhouden voor een ziekenhuis. Vooralsnog is 10% van de totale ziekenhuisproductie vrij onderhandelbaar, het zogenoemde B-segment, maar wellicht zal het Functiegerichte Budget in de toekomst voorgoed plaatsmaken voor het systeem waarbij prijsafspraken worden onderhandeld op basis van kosten met betrekking tot DBC's. Het idee van de overheid is om op deze manier marktwerking en kostenefficiëntie te bewerkstelligen in de Nederlandse gezondheidszorg (Cardinaels & Smith 2005).

Centraal in de DBC-financieringssystematiek staat dat ziekenhuizen afstappen van een min of meer gegarandeerde terugbetaling via vastgestelde budgetten en overgaan naar marktwerking, waarbij er prijs-, kwaliteit- en productieafspraken worden onderhandeld met de zorgverzekeraars in concurrentie met collega-instellingen. Deze fundamentele verandering in de financiering en organisatie van de gezondheidszorg zorgt voor minder stabiliteit van de inkomsten en het voortbestaan van ziekenhuizen; ze worden geconfronteerd met een toenemende onzekerheid. Dit vertaalt zich in een (grotere) noodzaak om de besturing en beheersing van een ziekenhuis adequaat vorm te geven door gerichte toepassing van een management control systeem (mcs) (Schaepekens 2002). Management control (mc) heeft betrekking op doelbewuste beïnvloeding van gedragingen van organisatiegenoten door het management (Groot & Van Helden 2003:60). In paragraaf 3.1 zal verder worden ingegaan op het begrip management control systeem (mcs), waarna in paragraaf 3.2 de onderdelen van een mcs besproken zullen worden. Vervolgens wordt het mcs in ziekenhuizen besproken en komt het Functiegerichte budget aan de orde in paragraaf 3.3. In paragraaf 3.4 wordt ingegaan op de nieuwe financieringssystematiek op basis van DBC's, waarna in paragraaf 3.5 de financiële risico's van de concurrentie in het B-segment besproken worden. Tot slot volgen de theoretische verwachtingen, de zogenaamde proposities, in paragraaf 3.6

3.1 Management control systeem (mcs)

In dit theoretisch kader wordt ervan uitgegaan dat het hebben van een maatschappelijk doel in plaats van een financieel doel als winst maken, niet betekent dat een mcs onnodig is. Alle organisaties als ondernemingen, universiteiten, overheden en gezondheidszorginstellingen zijn opgebouwd uit individuen met persoonlijke doelen. De inspanningen van deze individuen dienen gestuurd en gecoördineerd te worden om de organisatiedoelen te realiseren. Organisaties moeten daarom het gedrag van mensen beïnvloeden en beheersen om de gestelde plannen ten uitvoer te brengen en de doelen te bereiken. Om het gedrag van individuen te beheersen, maken veel formele organisaties gebruik van een combinatie van technieken als budgettering, begroting, prestatie metingen, beloningssystemen, functiebeschrijvingen, regels en standaard procedures. Deze technieken vormen tezamen het management control systeem (mcs) van een organisatie (Flamholtz 1996).

Er bestaan verschillende opvattingen over mcs. Volgens Anthony (1965) is management control (mc) het proces waarmee managers andere organisatieleden beïnvloeden om de strategie van de organisatie te implementeren. Kernpunt bij zijn definitie is de beheersing van implementatie.

Management control vindt plaats in een raamwerk van beleid en de doelen worden gesteld in het strategie-ontwikkelingsproces. Welke doelstellingen een organisatie heeft en wat de strategie is om deze te realiseren, blijven in de benadering van Anthony dan ook buiten beschouwing; hij onderscheidt *strategic control* van *management control*. Tevens ziet Anthony de effectieve en efficiënte uitvoering van specifieke taken niet als onderdeel van een mcs (Van Halder 1999): hij onderscheidt *operational control* van *management control*. In recentere literatuur wordt de traditionele benadering van Anthony (1965) als te restrictief bestempeld (Nixon & Burns 2005, Flamholtz 1996, Otley 1994, 1999). Het uitgangspunt van Anthony baseert zich te veel op management accounting en zijn definitie is te universeel (Otley 1994). Recente organisatieontwikkelingen als toenemende onzekerheid door grotere onvoorspelbaarheid in de omgeving, decentralisatie door toenemende organisatiegrootte, de trend van concentratie en allianties en de verschuiving van productiegeoriënteerde naar servicegeoriënteerde organisaties, maken dat het noodzakelijk is geworden meer aandacht te besteden aan de strategische en operationele elementen van een mcs (Otley 1999).

Een andere definitie van mc is gegeven door Whitley (1999). Hij definieert een mcs als een brede set van control mechanismen die ontwikkeld zijn om de organisatie te ondersteunen bij het reguleren van zichzelf en het bevat zowel informatievoorziening over prestaties als de implementatie van corrigerende acties. De definitie van Simons (1995) gaat uit van een informatiebenadering. Hij definieert een mcs als formele, op informatie gebaseerde, routines en procedures die managers gebruiken om organisatie activiteiten te handhaven of patronen te wijzigen (Simons 1995).

Mijn definitie van een mcs is als volgt:

Een brede set, op informatie gebaseerde, controlmechanismen die ontwikkeld zijn om managers te ondersteunen bij het behalen van doelen. Een mcs functioneert hierbij niet op zichzelf, maar er bestaat interactie tussen het mcs, strategie, structuur, cultuur en omgeving.

Ik denk dat het hoofddoel van een mcs het beïnvloeden van organisatieleden is om de organisatiestrategie te implementeren. De strategie van een organisatie wordt mede bepaald door de omgeving en de uitvoering ervan wordt beïnvloed door de omgeving. Tevens wordt het mcs niet alleen gevormd door de formele *controls*, als regels, standaardprocedures en budgetsystemen. Naast deze meer zichtbare objectieve *controls* van het mcs bestaan er informele *controls*. Deze bevatten de ongeschreven regels en beleid en zijn afgeleid van de organisatiecultuur. Informele *controls* zijn belangrijke aspecten van het mcs en de effectiviteit van het formele mcs is afhankelijk van de aard van de aanwezige informele *controls* (Langfield-Smith 1997). Het is dus belangrijk te onderkennen dat er interactie is tussen mcs, strategie, structuur, cultuur en omgeving.

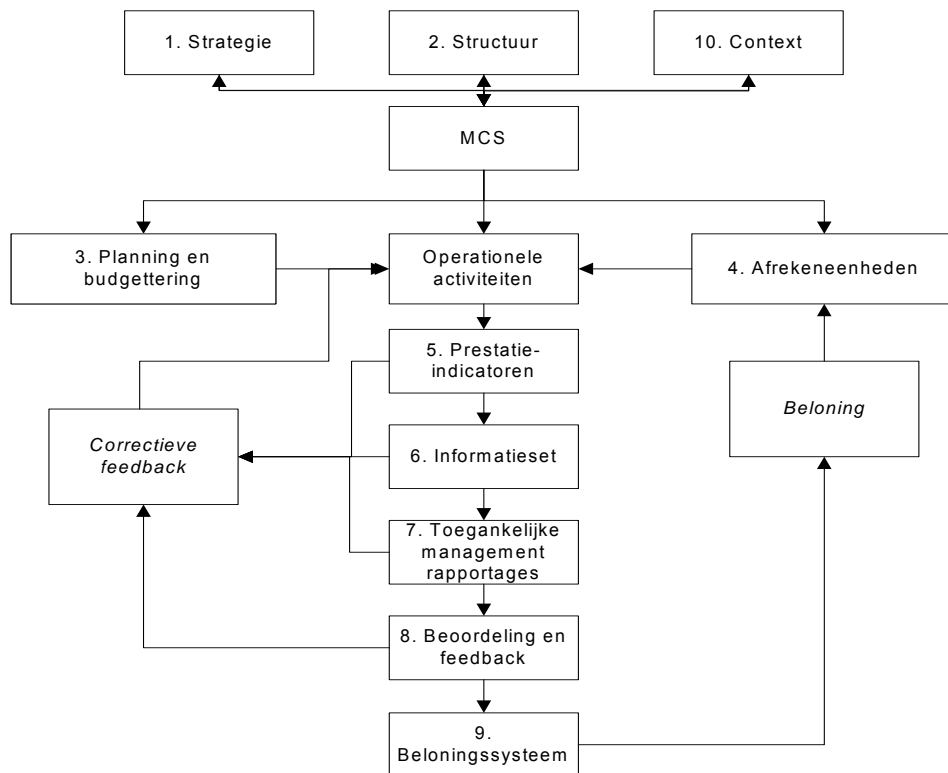
Maar een mcs is meer dan dat. Het is ook een proces waarin capaciteitsplanning mogelijk is middels budget- en begrotingssystemen en het kan de logistiek en kwaliteit van zorginstellingen organiseren middels het formuleren van prestatie-indicatoren op het niveau van het patiëntenproces. De uitkomsten van deze prestatie-indicatoren kunnen worden teruggereporteerd in managementrapportages. Informatievoorziening heeft dan ook een

centrale plaats in het mcs. Informatie levert de input voor feedback over geleverde prestaties: is een organisatie *in control of out of control*.

Gebaseerd op bovenstaande definitie, kunnen de volgende elementen van een mcs geformuleerd worden:

1. Strategie van de organisatie
2. Organisatiestructuur
3. Planning en budgettering
4. Afrekeenheden
 - verantwoordelijkheidsgebieden
 - transferpricing
5. Prestatie-indicatoren
6. Benodigde informatieset voor verantwoordelijke managers
7. Toegankelijke managementrapportages voor iedere doelgroep
8. Beoordeling en feedback
9. Beloningssysteem
10. Cultuur en omgeving

De definitie van een mcs is geresulteerd in negen hoofdelementen voor het ontwerpen van een mcs, gepresenteerd in figuur 3.1. Dit schema wordt vervolgd door een bespreking van ieder onderdeel van het mcs.



Figuur 3.1: management control systeem

3.2 Onderdelen van een management control systeem

3.2.1 Strategie

In de literatuur is veel geschreven over strategie en er bestaan veel verschillende definities (Anthony 1965, 1988, Porter 1996, Simons 1995, Merchant 1998, Geelhoed 2005). Uit deze definities is een algemene kern van strategiebetekenis af te leiden: de strategie van een organisatie is een duidelijk geformuleerde aanpak om de organisatiedoelen te bereiken.

Het startpunt van strategieontwikkeling is de missie van de organisatie. De missie is een duurzame bekendmaking van de brede richtingen die de organisatie wenst te volgen. Het geeft een vermelding van de organisatiefunctie: wat is de organisatie, waarom bestaat ze en welke unieke bijdrage kan ze leveren (Finlay 2000). Vervolgens dient de organisatie op basis van interne en externe omgevingsinformatie een strategie te vormen. Een strategie moet medewerkers motiveren om volgens de organisatiefilosofie te werken. De strategie dient vervolgens vertaald te worden in strategische beleidsdoelen die in lijn zijn met de missie van de organisatie. Een strategisch doel kan gedefinieerd worden als een strategisch resultaat dat het management wenst te bereiken met de implementatie van de strategie (Simons 1999).

3.2.2 Organisatiestructuur

Om de strategie te implementeren, dienen de operationele activiteiten op een logische wijze georganiseerd te zijn, zodat de interne control procedure resulteert in het meten van de juiste variabelen voor het mcs (Geelhoed 2005). De organisatiestructuur is de verdeling van het werk in afzonderlijke taken en de wijze waarop deze taken vervolgens worden gecoördineerd (Mintzberg 1983). Afhankelijk van de situationele factoren of contingentiefactoren als leeftijd, omvang, technische systeem van de uitvoerende kern, omgeving en machtsrelaties binnen de organisatie, zal de organisatiestructuur vormgegeven worden. Voor een effectieve structuur is consistentie tussen de situationele factoren en de ontwerpparameters als mate van specialisatie, integratie, (de)centralisatie, groepering en grootte van eenheden noodzakelijk.

3.2.3 Planning en budgettering

Planning is een geheel van met elkaar samenhangende activiteiten en besluiten die gericht zijn op het bepalen van de doelen van de organisatie en op de mate waarin en de wijze waarop deze zullen worden gerealiseerd (Groot & Van Helden 2003). Wanneer de strategische doelen door het topmanagement geformuleerd zijn, zullen de operationele managers gevraagd worden deze doelen te implementeren. Het operationeel management is de sleutel tot het definiëren van operationele doelen en tot het proces van het integreren van middelen en taken om de organisatiedoelen te bereiken (Merchant 1998). Het operationeel management dient een gedeelde visie te hebben op de operationele doelen. Er dient doelcongruentie te bestaan tussen de medewerkers en de operationele organisatiedoelen (Anthony 1965). De doelen van de organisatie dienen in lijn te zijn met de strategische doelen. Een gedeelde visie op strategische en operationele doelen en de verbinding tussen top en operationeel management is essentieel (Geelhoed 2005).

De verbetering van de kwaliteit van operationele doelen is een continu proces. *Control* kan bereikt worden door de continue verbetering van de kwaliteit van de operationele doelen,

verminderen van gebrekkige organisatieonderdelen en frequente feedback aan de verantwoordelijke managers over de geleverde prestaties (Langfield-Smith 1997).

De volgende stap in het planningsproces is budgetteren. De activiteiten die gerelateerd zijn aan de operationele doelen dienen geïdentificeerd te worden. Wanneer de activiteiten geïdentificeerd zijn, kan de organisatie de benodigde input gaan analyseren en kunnen de operationele plannen vertaald worden in geldelijke termen. In deze stap van het mcs wordt er een budget aan ieder organisatieonderdeel toegekend voor een bepaalde periode, meestal 1 jaar. Het proces van budgetvoorbereiding bestaat uit onderhandelingen tussen de verantwoordelijke manager van een organisatieonderdeel en zijn of haar superieuren (Anthony & Young 2003). De omvang en samenstelling van budgetten kunnen op verschillende wijzen worden bepaald (Groot & Van Helden 2003):

- Niet-geformaliseerde budgettering: er worden vooraf aan het budgetteren geen exogene factoren bepaald die bij de berekening van budgetten worden gebruikt;
- Inputbudgettering: hierbij wordt uitgegaan van de omvang van de middelen die voor een instelling door de financiers beschikbaar wordt gesteld. Er bestaat geen oorzakelijke relatie tussen het functioneren van het gebudgetteerde organisatieonderdeel en de omvang van het budget;
- Procesbudgettering: de verhouding tussen middelen en taakstelling(en) of processen bepaalt het budget;
- Outputbudgettering: het budget is afhankelijk van de omvang (en kwaliteit) van geleverde producten of diensten

Nadat het budget vastgesteld is, dient bepaald te worden waarvoor een manager van een organisatieonderdeel verantwoordelijk is. Dit gebeurt in de volgende stap van het mcs waarin de afrekeneenheden bepaald worden.

3.2.4 Afrekeneenheden

In deze stap worden de Resultaatverantwoordelijke Eenheden (RVE's) gedefinieerd. Een RVE is een groep organisatiegenoten die naar een organisatiedoel toewerken. Een RVE wordt geleid door een manager die verantwoordelijk is voor de acties van zijn of haar leden. Een RVE werkt met *cost objects*: de kosten die zijn gemaakt voor de middelen die zijn gebruikt om een organisatiedoel te bereiken. Een grote organisatie wordt gekenmerkt door veel RVE's en elke RVE bestaat uit een aggregatie van een kleinere RVE's. Elke RVE bestaat om bepaalde doelen te volbrengen en deze doelen moeten de organisatie helpen haar *overall* doelen te bereiken. Er bestaan 4 soorten RVE's (Anthony & Young 2003):

1. Inkomstencentrum: de manager van een RVE is verantwoordelijk voor een bepaald bedrag aan inkomsten. De management performance wordt gemeten in termen van inkomsten verworven door de RVE;
2. Uitgavencentrum: de manager is verantwoordelijk voor de uitgaven in een bepaalde periode: het mcs kijkt naar de input.

Er zijn hierin 2 typen uitgaven te onderscheiden:

- Discretionair uitgavencentrum: dit is het geval wanneer de output moeilijk te meten is; de manager is verantwoordelijk voor een bepaald bedrag aan uitgaven;

- Standaard uitgavencentrum: wanneer de output makkelijk te identificeren en te meten is; de manager is niet verantwoordelijk voor een vast bedrag aan uitgaven, maar voor de voorafgestelde uitgaven voor elke eenheid output. Dit uitgavencentrum wordt toegepast wanneer de manager het bedrag aan output niet kan beheersen omdat de output wordt vastgesteld door verzoeken van andere RVE's.
3. Winstcentrum: de manager is verantwoordelijk voor zowel inkomsten (geldelijke meting van de output) en uitgaven (geldelijke meting van de input of gebruikte bronnen). De winst bestaat uit uitgaven – inkomsten;
 4. Investeringscentrum: de manager is verantwoordelijk voor zowel de winst als de bezittingen die ingezet zijn in het genereren van die winst (ratio van winst versus de ingezette bezittingen).

Voor een type RVE, dient een manager alleen verantwoordelijk gehouden te worden voor die inputs en outputs die hij of zij kan beïnvloeden.

Los van het type, kunnen RVE's ook ingedeeld worden als missie- of servicecentra. De output van een missiecentrum draagt direct bij aan de doeleinden van een organisatie. De output van een servicecentrum draagt bij aan het werk van andere RVE's welke zelf of missie- of servicecentrum zijn (Anthony & Young 2003).

Een andere stap in deze fase is *transferpricing*: het intern doorberekenen van kosten wanneer een RVE gebruik maakt van diensten of producten van een andere RVE binnen de organisatie. Een *transferprice* wordt gebruikt voor transacties binnen de organisatie in tegenstelling tot een externe prijs welke gebruikt wordt voor transacties tussen een organisatie en haar klanten. *Transferpricing* is een mechanisme om het optimaal gebruik van organisatiemiddelen te stimuleren. Wanneer voor een interne dienst geen prijs wordt gerekend en niet ten laste komt van het budget van een RVE, zal de betreffende manager niet de neiging hebben het gebruik van de dienst te beperken tot de noodzakelijke hoeveelheid activiteiten (Anthony & Young 1999). De kosten van interne transacties zijn idealiter gebaseerd op een marktprijs. Ontbreekt er een marktprijs, dan kan *transferpricing* ook gebaseerd worden op de totale kosten van de geleverde dienst of product. Daarnaast kan een organisatie de kosten baseren op standaardkosten in plaats van de actuele kosten. Bij actuele kosten kan een RVE haar inefficiëntie toerekenen aan de RVE die gebruik maakt van haar diensten. Tot slot kan in speciale omstandigheden de transferprijs voortkomen uit onderhandelingen tussen de verkopende RVE en de RVE die de dienst of het product afneemt (Anthony & Young 2003).

3.2.5 Prestatie-indicatoren

Informatie over budgettering (3.2.3) dient te worden aangevuld met informatie over relevante aspecten van het functioneren van een organisatie. Prestatie-indicatoren dienen in overeenstemming met de (operationele) doelstellingen geformuleerd te worden.

In non-profitorganisaties is sprake van een voortbrengingsproces waarbij middelen (*inputs*), via activiteiten (*throughput*) worden omgezet in producten (*outputs*) die leiden tot effecten (*outcomes*). Sturing en beheersing van deze organisatieprocessen kunnen gericht zijn op verschillende aspecten van dit proces (Groot & Van Helden 2003:135):

- De *economy*: optimaliseren van de aanschaf van productiemiddelen;

- De efficiëntie: de verhouding tussen de inzet van middelen (*inputs*) en de producten (*outputs*);
- De effectiviteit: de relatie tussen de producten (*outputs*) en de daarmee te bereiken effecten (*outcomes*).

Dit model wordt het EEE-model van prestatiemeting genoemd. De E's staan voor de begrippen *Economy*, Efficiëntie en Effectiviteit. Voor elk van deze aspecten van het voortbrengingsproces kan een organisatie prestatie-indicatoren benoemen. Het systeem van prestatiemeting omvat zowel financiële als niet-financiële indicatoren die inzicht geven in de drie E's. Vanuit het perspectief van effectieve mc, zouden alle (operationele) doelstellingen voorzien moeten zijn van prestatie-indicatoren. Wanneer dit niet het geval is, kan een disfunctioneel aspect optreden van het mcs: de doelstellingen die niet gemeten worden, krijgen minder aandacht of worden genegeerd (Flamholtz 1996).

Prestatie-indicatoren vervullen een tweeledige functie binnen het mcs. De eerste is het genereren van informatie over de mate waarin doelstellingen en normen behaald worden, zodat de medewerkers corrigerende feedback kunnen ontvangen (Flamholtz et al 1985). Er is sprake van een norm indien voor een prestatie-indicator een gewenst geachte waarde wordt gespecificeerd die onderbouwd is.

De tweede functie die prestatie-indicatoren vervullen is de procesfunctie. Deze functie is niet gerelateerd aan de kengetallen voortvloeiend uit de geformuleerde prestatie-indicatoren, maar een fenomeen dat wordt veroorzaakt door het bestaan van prestatiemetingen *an sich*. Het feit dat er metingen worden uitgevoerd, beïnvloedt het gedrag van medewerkers. De effectiviteit van prestatie-indicatoren als control instrument is zowel afhankelijk van de validiteit en betrouwbaarheid van de informatie die gegenereerd wordt als van de validiteit en voorspelbaarheid van de invloed op het gedrag (Flamholtz et al 1985).

3.2.6 Informatieset

Management control informatie is meer dan de opsomming van prestatie-indicatoren. Het is belangrijk een gebalanceerde set van financiële en niet-financiële prestatie-indicatoren te vinden die de huidige situatie weergeven in relatie tot de gestelde doelen en normen. De informatieset dient managers inzicht te geven of ze *in control* zijn. Wanneer managers de informatieset niet bruikbaar achten, zal de set opnieuw gedefinieerd moeten worden en de ontwerpers ervan dienen deze signalen in acht te nemen. Wanneer een mcs geen bruikbaar signaal afgeeft over de prestaties, zijn managers niet in staat om de organisatie te beheersen (Geelhoed 2005).

De mc informatie dient op maat gemaakt te worden. Operationele managers hebben andere informatie nodig om *in control* te blijven dan het topmanagement. De informatie dient zo gepresenteerd te worden dat inspanningen van de managers om de doelen te bereiken op een eerlijke wijze beoordeeld kunnen worden.

3.2.7 Toegankelijke managementrapportages

Management control kan alleen plaatsvinden wanneer managers tijdig geïnformeerd worden en de informatie compleet, betrouwbaar en accuraat is binnen een heldere context. Managers hebben managementrapportages (MARAP's) nodig die hen ondersteunen in het beoordelen van de uitkomsten. De MARAP's moeten informatie leveren over trends en resultaten in relatie tot de

gestelde normen en doelen; het moet de *management performance* weergeven. Trends en bijzonderheden dienen zo gepresenteerd te worden dat ze direct waarneembaar zijn en om MARAP's aantrekkelijk te maken, dienen ze in lijn te zijn met de strategische en operationele doelen (Geelhoed 2005).

3.2.8 Beoordeling en feedback

Op basis van informatie gegenereerd uit de vorige stappen van het mcs, worden de werkelijke prestaties vergeleken met de vooraf gestelde doelen (Hofstede 1981). Afwijkingen kunnen gebruikt worden om corrigerende acties te ondernemen. De feedback kan gegeven worden door het verstrekken van MARAP's (3.2.7). Tevens dient in deze fase van het mcs ruimte te zijn om over de MARAP's te discussiëren. Er dient een open cultuur te heersen waarin managers elkaar kunnen aanspreken op hun resultaten. Om de MARAP's te bespreken, dienen er structurele gesprekken plaats te vinden tussen de verantwoordelijke managers en hun superieuren. In deze gesprekken dient de operationele manager de al dan niet behaalde normen te bespreken en wanneer de resultaten significant afwijken van de doelen, kan de ontwikkeling van prestatie-indicatoren ter discussie gesteld worden. Tevens kan het topmanagement de operationele managers om verantwoording vragen om *gamesmanship*² te voorkomen en strategische doelen te bereiken (Merchant 1998).

3.2.9 Beloningssysteem

Motivatie en prikkels zijn belangrijke onderwerpen in deze stap van het mcs. In deze fase wordt gekeken naar de consequenties van het al dan niet behalen van de ten doel gestelde prestatieniveaus (Flamholtz 1996). Als de prestaties van een verantwoordelijke manager invloed hebben op de compensatie die deze persoon van de organisatie ontvangt, is sprake van prestatieafhankelijke beloning. Koppeling van beloning aan prestaties heeft in het algemeen het effect dat de betrokken manager zijn of haar prestaties op de voor de beloning relevante factoren scherper in de gaten houdt. Het mcs is sterker gekoppeld aan deze aspecten van taakuitvoering. De intensiteit van deze koppeling is afhankelijk van twee factoren. Ten eerste van het relatieve belang dat de betrokkene toekent aan de prestatie-indicator en ten tweede van de mate waarin de beloning is gekoppeld aan deze indicator (Groot & Van Helden 2003).

Verstrakking van de werking van het mcs door prestatiebeloning heeft als doel om de doelcongruentie tussen de organisatie en haar medewerkers te bevorderen. Een beloning kan intrinsiek of extrinsiek zijn. Een extrinsieke beloning betreft een tastbare beloning die wordt toegewezen na het behalen van een gesteld prestatieniveau. De verwachting van een beloning kan het gedrag van een individu beïnvloeden (*ex ante*). Een intrinsieke beloning kan een individu ontvangen doordat hij of zij een taak naar (eigen) tevredenheid heeft uitgevoerd (*ex post*). Deze beloning is derhalve niet tastbaar.

3.2.10 De management control context

Zoals al in de in dit onderzoek gehanteerde definitie van een mcs naar voren is gekomen, dient het mcs gezien te worden als een onderdeel van een groter systeem waarin verder rekening

² De term *gamesmanship* verwijst naar de acties die managers ondernemen om hun *performance* te verbeteren zonder een positief economisch effect te bewerkstelligen. Zie Merchant 1998.

moet worden gehouden met het bestaan van de organisatiestructuur en –cultuur en de omgeving van de organisatie. Door de context waarbinnen het mcs functioneert erbij te betrekken, staat een mcs van een organisatie open voor invloeden die buiten de cybernetische *loops* vallen.

De structuur van een organisatie functioneert als een control mechanisme omdat het de hiërarchische lijnen aangeeft en het verwoordt welk gedrag van medewerkers verwacht wordt (Otley & Berry 1980).

Cultuur is de volgende factor die van invloed is op het ontwerp van een mcs. Onder de organisatiecultuur wordt verstaan de door de leden van een organisatie geaccepteerde verzameling van met elkaar samenhangende sociale normen en waarden die op haar beurt het denken en handelen van de organisatiegenoten beïnvloedt (Flamholtz 1996). Ondanks dat cultuur langzaam en moeilijk verandert, is organisatiecultuur wel een variabele. Het is een onderdeel van het ontwerp en het kan een product zijn van een management besluit. De cultuur bepaalt in grote mate de *informele controls*, hoe individuen en groepen reageren op de werking van een mcs, en dit bepaalt op haar beurt weer de effectiviteit van *formele controls* (Langfield-Smith 1997).

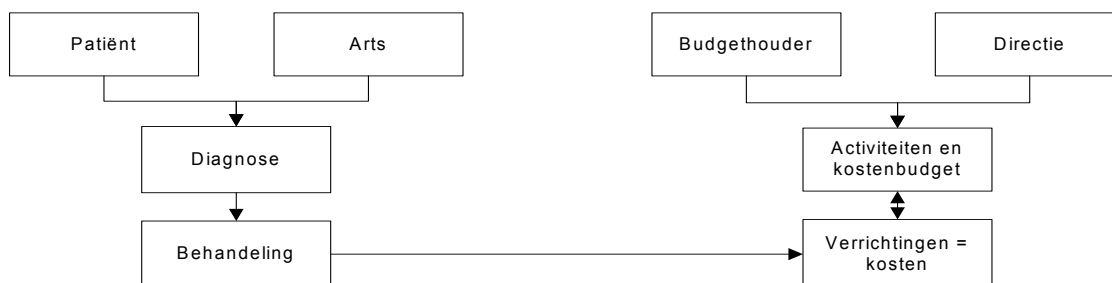
Tot slot is er een noodzaak om als organisatie bij het ontwerpen van een mcs, naast de interne activiteiten, ook te focussen op de externe context waarin de organisatie zich bevindt: de omgeving. Belangrijk hierbij is de waarde die een organisatie in een (concurrerende) marktomgeving levert aan haar klanten (Otley 1999).

3.3 Management control systemen binnen ziekenhuizen en het Functiegerichte

Budget (FB)

Zoals uit het voorgaande blijkt, functioneert het mcs onder invloed van zowel cybernetische *loops* als de mc context. Ziekenhuizen vertonen op deze aspecten geheel eigen kenmerken. Ziekenhuizen zijn non-profitinstellingen die voor het vervullen van hun zorgtaken vanuit de overheid financiële middelen ontvangen. Dit maakt een ziekenhuis tot een taakorganisatie: ze is voor haar richting en continuïteit afhankelijk van andere beleidsorganen (Jaspers & Vermaeten 1995). De gezondheidszorg wordt niet door een vrije markt gereguleerd, maar door een markt die gedeeltelijk onder invloed van de overheid staat.

Tevens wordt de non-profit sector, en daarmee ziekenhuizen, gekenmerkt door onevenredige machtsverdelingen gebaseerd op *agencyrelaties*. In deze relatie verricht de agent op basis van een contract of overeenkomst werkzaamheden voor de principaal. Dit leidt tot inkomen voor de agent. De agent beschikt altijd over meer informatie over de uitgevoerde werkzaamheden dan de principaal. Tevens hebben ze een belangentegenstelling waardoor de agent niet geneigd is de informatie te verstrekken aan de principaal. Om tot betere contracten of overeenkomsten te komen zal de principaal de informatie-asymmetrie en belangentegenstelling trachten op te lossen (Vosselman 1996). Zuurbier (1994) schetst twee *agencyrelaties* in ziekenhuizen (figuur 3.2): die tussen de consument en de professional en tussen de professional en de manager. In beide gevallen is de professional degene die over kennis en informatie beschikt, de agent. De technologie die door de professionals wordt gehanteerd is voor het management veelal niet goed inzichtelijk waardoor er ook geen kennis is over de mogelijke effecten van bijsturingacties, gebaseerd op informatie uit het mcs (Otley & Berry 1980).



Figuur 3.2: Agencyrelaties en kosten en budgetten (Zuurbier 1995)

Ziekenhuizen hebben veelal tot doel de kwaliteit van de dienstverlening te maximaliseren binnen de mogelijkheden van het budget. Het budget staat dan ook centraal in de beheersing en besturing van ziekenhuizen. De bekostiging van ziekenhuizen op basis van het Functiegericht Budget (FB) was gebaseerd op een aantal parameters (tabel 3.1), als onderdeel van de budgetcomponenten waar ze betrekking op hebben.

Component	Parameter	Vaststelling omvang parameter
Beschikbaarheid	Adherentie (aantal inwoners in verzorgingsgebied)	De parameteromvang wordt voor langere tijd vastgesteld in beleidsregels of toelatingsbeschikkingen
Capaciteit	Specialisten Bedden	
Locatiegebonden	Afschrijving en rente Gebouwkosten	
Productie	Opnamen Verpleegdagen Dagverpleging Eerste polikliniekbezoek (EPB) Bijzondere functies	Jaarlijkse afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar (productieafspraken)

Tabel 3.1: functiegericht budget: componenten en parameters³
Bron: Algemene Rekenkamer, Bekostiging ziekenhuiszorg 2000

Het FB, ook wel het externe budget genoemd, bestond uit de vastgestelde parameters maal de tarieven per parameter eenheid. De tarieven voor deze parameters werden vastgesteld door het uitvoeringsorgaan van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG), het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) (Schaepkens 2002). Het extern budget van een ziekenhuis bestond voor ongeveer 60% uit vaste componenten die niet jaarlijks wijzigden. De overige 40% bestond uit de productieafspraken die jaarlijks werden onderhandeld met zorgverzekeraars en ziekenhuizen; dit betroffen de variabele parameters (Algemene Rekenkamer 2000). De productieafspraken werden gemaakt op basis van de zogenaamde pseudo parameters. Dit komt omdat de werkelijke productie van ziekenhuizen bestaat uit de geleverde zorg en niet uit aantallen opnames en verpleegdagen. Dit zorgde voor knelpunten binnen de FB bekostigingssystematiek (Schaepkens 2002). De relatie tussen werkelijke kosten en de

³ Vanaf 2001 wordt de werkelijke productie gebruikt om het externe budget te bepalen, in tegenstelling tot de afgesproken productie zoals daarvoor de regel was.

vergoeding op basis van de FB parameters ontbrak. Dit zorgde voor ongewenste effecten. Het werkte efficiënte en innovatieve zorg tegen omdat het verhogen van doelmatigheid niet werd beloond en de kosten van efficiëntere of verbeterde werkwijzen niet in het budget werden vertaald en dus niet werden vergoed (Algemene Rekenkamer 2000). Tevens heeft het ontbreken van de relatie tussen prestatie en opbrengst, en de dominante arts-patiëntrelatie waarin een belangrijk deel van de kosten worden veroorzaakt, er toe geleid dat veel ziekenhuizen een systeem hebben ontwikkeld om de externe FB budgetten om te slaan naar kostenbudgetten per budgethouder. De interne budgetten zijn in het algemeen (discretionaire) kostenbudgetten en het totaal aan gebudgetteerde kosten is gekoppeld aan de externe bekostiging. Het FB systeem biedt verder weinig prikkels om meer geavanceerde technieken van management control te gebruiken (Schaepkens 2002).

3.4 Bekostiging op basis van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Mede door de knelpunten van het FB systeem als wachtlijsten, het gebrek aan krachtige prikkels tot doelmatig, innovatief en vraaggericht gedrag bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars heeft de overheid een nieuwe bekostigingssystematiek op basis van DBC's laten ontwikkelen voor de gezondheidszorg.

De kern van het nieuwe systeem zijn de DBC's. Een DBC is 'het geheel van activiteiten van ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in het ziekenhuis consulteert' (DBC onderhoud 2006).

In deze definitie worden met 'activiteiten' zowel medische als medisch ondersteunende verrichtingen, zoals polikliniekbezoeken, verpleegdagen en aantal dagen dagverpleging bedoeld. Een DBC benoemt elke stap in de behandeling van de patiënt, van het eerste consult of onderzoek, tot en met de laatste controle (het zogenaamde zorgpad). In principe is elk soort diagnose die in een ziekenhuis wordt gesteld, te vertalen naar een DBC. DBC's hebben betrekking op zowel klinische als poliklinische zorgactiviteiten.

Voor verdere begripsvorming is het goed het DBC-concept te onderscheiden van het *diagnoses related groups* (DRG)-concept. Beide systemen vormen een casemixmanagementsysteem. In het DRG concept wordt een patiënt achteraf geclassificeerd volgens bepaalde classificeringsregels. Een patiënt krijgt in dit systeem nooit meer dan één DRG toegekend na zijn of haar verblijf in het ziekenhuis. In het DBC-concept wordt na de anamnese en het doorspreken van de behandelingsovereenkomst, door de medisch specialist vooraf aangegeven dat er een DBC voor deze patiënt moet worden geopend. Hierdoor kunnen alle voor de behandeling uitgevoerde activiteiten aan dit zorgproduct worden toegekend. Deze DBC krijgt een voorlopige typering en naderhand kan deze typering definitief worden gemaakt. In het DBC-concept kan een patiënt dus meerdere DBC-producten bij meerdere specialisten afnemen tijdens zijn of haar verblijf in het ziekenhuis; dit is in het DRG-concept niet mogelijk. De basis van DRG's is patiëntenclassificatie en het DBC-concept is een vorm van producttypering (Zuurbier et al 2003).

Het systeem op basis van DBC's betekent meer dan alleen een bekostigingsinstrument. De invoering van de DBC's wordt geacht het juiste instrument te zijn om de gewenste omslag van

aanbodgereguleerde sturing naar vraaggerichte sturing van zorg te faciliteren. Uitgangspunt in dit vraaggestuurde stelsel is gereguleerde concurrentie waarbij de overheid zich zoveel mogelijk terugtrekt. Het eindmodel dat de overheid hierbij voor ogen heeft, bestaat uit prijsvorming die volledig het gevolg is van de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. De onderhandelingen kunnen gevoerd worden over de individuele DBC's of over groepen van DBC's. Deze groepen kunnen bestaan uit clusters van DBC's die medisch gezien verwant zijn en die qua prijs met elkaar vergelijkbaar zijn (Schaepkens 2004).

Tevens is met de introductie van DBC's een concrete stap gezet richting het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. Via DBC's verkrijgen ziekenhuismanagers en medisch specialisten een gemeenschappelijk begrippenkader waarmee de financiering en het productieproces aan elkaar gekoppeld zijn. Gezamenlijk kan er gepraat worden over productie, de kosten die dit genereert en de financiering die benodigd is. De DBC's leiden tot producten die herkenbaar zijn voor het ziekenhuis en de medisch specialist: een gemeenschappelijk begrippenkader met gelijkgerichte prikkels voor het ziekenhuis en de medisch specialist.

De nieuwe bekostigingssystematiek wordt stapsgewijs ingevoerd en het huidige DBC systeem kent een A- en een B-segment. Het A-segment beslaat circa 90% van de totale ziekenhuiszorg waarvoor geen marktwerking geïntroduceerd is. Voor het A-segment gelden vaste DBC-tarieven vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg / Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio); de DBC-prijzen zijn niet vrij onderhandelbaar en dienen een financieringsdoel. Het ziekenhuisbudget blijft voor dit deel vastgesteld op basis van de (variabele) parameters van de FB systematiek. De declaratie voor het A-segment verandert wel; ziekenhuizen zijn verplicht door het CTG/ZAio vastgestelde DBC-prijzen te declareren. Voor medisch specialisten is ter dekking van de lumpsum een uniform honorariumcomponent vastgesteld (Zuurbier 2004).

Voor de DBC's in het zogenaamde B-segment is wel marktwerking geïntroduceerd: er is sprake van vrije prijsvorming. Het B-segment beslaat 10% van de totale ziekenhuisproductie en in dit segment onderhandelen ziekenhuizen individueel met zorgverzekeraars over de prijs, kwaliteit en kwantiteit van de te leveren zorg in termen van DBC's (CTG/ZAio 2004).

Kenmerkend voor de nieuwe situatie is dat er een directe relatie ontstaat tussen productie, opbrengsten en kosten via de DBC. In een DBC-prijs zitten inbegrepen (CTG/ZAio 2004):

- Honorarium medische specialisten: dit betreft een landelijk vastgesteld uurtarief berekend aan de hand van de normtijd; gereguleerd;
- Kapitaallasten: rente- en afschrijvingskosten; gereguleerd;
- Variabele kosten: dit zijn de binnen een DBC te onderscheiden verrichtingen die per ziekenhuis kunnen variëren; niet gereguleerd in het B-segment.

Om een kostprijs van een DBC te berekenen wordt een uniform model toegepast. Aan de hand van de variabele kosten komen er verschillende DBC-kostprijzen per ziekenhuis tot stand. Een kostprijs is echter niet direct een verkoopprijs; een DBC-verkoopprijs zal voortvloeien uit de onderhandelingen tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Naast de prijs, zal er ook onderhandeld worden over het productievolume. Hierdoor stappen ziekenhuizen voor het B-segment af van een min of meer gegarandeerde terugbetaling via vastgestelde budgetten en gaan ze over naar marktwerking. Deze concurrentie in het B-segment kan een grote weerslag

hebben op financiële posten en het daarbij behorende risico voor ziekenhuizen. De volgende paragraaf brengt de belangrijkste risico's onder de aandacht.

3.5 Financiële risico's van de concurrentie in het B-segment

3.5.1 Verhoogd resultaatrisico

Voor het B-segment is het functiegerichte budget met vaste parameters afgeschaft. Hierdoor verdwijnt een belangrijke zekerheid voor ziekenhuizen: voor het B-segment geldt geen gegarandeerd inkomen meer. De B-segment DBC's verplaatsen de risico's en de winst van zorgverlening van de patiënten naar de aanbieder: het ziekenhuis. De prijs van een B-segment DBC wordt met de zorgverzekeraar onderhandeld. Wanneer de vergoeding niet toereikend is of door onverwachte veranderingen in kostenstructuren ontoereikend wordt, riskeert een ziekenhuis zware verliezen voor een bepaald zorgtraject. De risicomodellen uit de literatuur lijken dit te bevestigen (Taheri et al 2001). Uit de studie van Gapenski & Langland-Orban (1998) is gebleken dat bij een groot aandeel aan vaste kosten en een vrij onvoorspelbare ziekenhuisomgeving de variatie in gerealiseerde resultaten onder DBC systemen sterk toe neemt ten opzichte van traditionele systemen zoals het FB systeem. DBC's omvatten toegerekende vaste kosten waardoor potentieel belangrijke bezettingsresultaten ontstaan als de omvang van de werkelijke productie afwijkt van die welke als uitgangspunt is genomen bij het doorberekenen van de vaste kosten in de kostprijs van een DBC. Wanneer de werkelijke productie hieronder ligt, worden de vaste kosten niet volledig gedekt. Dit risico wordt vanaf 2012 groter wanneer de totale kapitaallasten een integraal onderdeel van een DBC worden. De ziekenhuizen lopen dan een risico over hun investeringen en ze dienen de kapitaalslasten terug te verdienen via productie. Wanneer de werkelijke productie onder de verwachte productie ligt, worden de kapitaalslasten niet volledig gedekt.

3.5.2 Krapper wordende liquiditeitspositie

Uit een aantal DBC pilots is gebleken dat DBC's een lange looptijd kennen (Van de Pol 2004). Het gevolg hiervan is een toename in het aantal onafgewerkte DBC's binnen een ziekenhuis. Dit zorgt ervoor dat ziekenhuizen de post 'onderhanden werk' op de balans hebben geïntroduceerd. Dit betekent dat bepaalde verrichtingen en kosten zijn gemaakt, maar nog niet gefactureerd; facturen kunnen pas verstuurd worden nadat de behandeling is afgerond en de DBC door de validatiemodule heen is. Palley (1990) beschrijft dan ook dat voor het overleven van een ziekenhuis het tijdig en juist factureren van DBC's noodzakelijk is; het betreft een kritiek risico. Een post onderhanden werk op de balans die lastig te voorspellen is, vraagt om extra werkkapitaal. Tevens komt het einde van de bevoorschotting door zorgverzekeraars de debiteurenpost niet ten goede. Liquiditeitsposities kunnen in gevaar komen met als gevolg financiële instabiliteit (Cardinaels & Smith 2005).

Bij dit risico dient opgemerkt te worden dat DBC's maximaal één jaar open staan; na een doorlooptijd van een jaar wordt de DBC afgesloten, gefactureerd en wordt, indien nodig, een vervolg DBC geopend.

3.5.3 Registratierisico

Er zijn ongeveer 30.000 DBC's gedefinieerd. Hierdoor verliest men zowel intern als extern het overzicht. Dit heeft belangrijke financiële implicaties. Intern is het bekostigingssysteem complex en er kunnen registratieproblemen optreden. Hierdoor zijn kosten moeilijk te voorspellen. Tevens leidt het niet goed registreren van een DBC en daarbij behorende verrichtingen ertoe dat een DBC niet door de validatiemodule komt en niet gefactureerd kan worden. Hierdoor neemt de balanspost onderhanden werk verder toe en het inkomstenrisico. Bovendien leidt het grote aantal DBC's tot een hogere inschatting van risico's door externe partijen omdat de informatieasymmetrie tussen het ziekenhuismanagement en externe partijen toeneemt (Cardinaels & Smith 2005).

3.5.4 Marktrisico

Door de introductie van concurrentie in het B-segment zijn ziekenhuizen niet meer verzekerd van hun inkomsten: de geleverde prestaties zijn de basis voor de vergoeding. Door de producttyperingen kunnen zorgverzekeraars ziekenhuizen onderling vergelijken en door het wegvallen van de wederzijdse contracteerplicht kan een ziekenhuis de kans lopen (in de toekomst) niet gecontracteerd te worden bij een te hoge verkoopprijs of slechte kwaliteit. Tevens bestaat de kans op verlies van de onderwijsfunctie bij een geringe productie van bepaalde B-segment DBC's.

3.5.5 Ondernemingsrisico

Door de toegenomen risico's voor ziekenhuizen door de concurrentie in het B-segment, dienen ziekenhuizen derhalve een grotere vermogensbuffer te hebben. Het Eigen Vermogen (EV) van ziekenhuizen zou moeten groeien van enkele procenten tot circa 20% tot 40% van het balanstotaal, afhankelijk van de mate van risico dat ziekenhuizen lopen (Elsinga 1998). Nu beslaat het B-segment 10% van de totale ziekenhuiszorg en in de toekomst, wanneer ziekenhuizen meer ondernemingsrisico lopen, is het noodzakelijk minimale balansverhoudingen aan te houden, vorderingen zo snel mogelijk te innen en schulden goed te beheersen. Deze aspecten leiden tot een toename van besturings- en beheersingsinstrumenten om de liquiditeit en de solvabiliteit van een ziekenhuis te kunnen managen (Schaepkens 2002). Dit vormt een stimulans om het gehele mcs van het ziekenhuis sterk aan te passen en te verbeteren. Deze aanpassingen worden in de volgende paragraaf geformuleerd op basis van proposities.

3.6 Gevolgen voor het management control systeem van ziekenhuizen: proposities

Propositie 1: strategie

Theorie: De introductie van concurrentie in het B-segment roept strategische vraagstukken op. Het definiëren van het zorgaanbod in eindproducten maakt het mogelijk om bewuster keuzen te maken in het zorgaanbod. Op basis van de relatie tussen kosten en opbrengsten kan een ziekenhuis afwegingen maken bepaalde producten wel of niet aan te bieden; enkel DBC's aanbieden die niet efficiënt geproduceerd worden, leidt immers tot exploitatietekorten. Ten tweede kan een ziekenhuis door haar prijsbeleid in de onderhandelingen met zorgverzekeraars

inspelen op de marktvraag: bepaalde DBC's aanbieden omdat ze uit kostenoogpunt aantrekkelijk zijn of bepaalde patiënten aantrekken door een gunstige prijsstelling ⇒ paragraaf 3.2.1 strategie, 3.2.10 de management control context en paragraaf 3.5.4 marktrisico

Propositie: Een ziekenhuis dient het mcs niet alleen te gebruiken om de eenmaal gekozen strategie uit te voeren, maar ze dient het mcs ook toe te passen om veranderingen in de interne en externe omgeving van het ziekenhuis die van invloed zijn op de strategie en de afgeleide doelen hiervan, tijdig te signaleren en actie te ondernemen.

Propositie 2: organisatiestructuur en afrekeneenheden

Theorie: Door concurrentie in het B-segment zijn de opbrengsten afhankelijk van de geleverde prestaties. Hierdoor is naast inzicht in de kosten, ook inzicht in de opbrengsten van belang. Ziekenhuizen dienen met resultaatverantwoordelijkheid te gaan werken en afdelingen verantwoordelijk te maken voor zowel kosten als opbrengsten ⇒ paragraaf 3.2.2 organisatiestructuur, paragraaf 3.2.4 afrekeneenheden en paragraaf 3.5.1 verhoogd resultaatrisico

Propositie: Om de risico's van de concurrentie in het B-segment te beheersen, dienen ziekenhuizen Resultaat Verantwoordelijke Eenheden op te richten die aangemerkt worden als winstcentra. De RVE's dienen verantwoordelijk te zijn voor zowel kosten als opbrengsten. Hierbij is sprake van flexibele budgettering waarbij binnen een ziekenhuis op afdelingsniveau een relatie wordt gelegd tussen de productie van die afdeling en de kosten die voor die productie als rechtvaardig worden gezien en die gedekt kunnen worden uit de opbrengsten van de DBC's waaraan een bijdrage geleverd wordt.

Propositie 3: planning en budgettering

Theorie: Om tot een adequate kostprijsberekening van B-segment DBC's te komen, is inzicht in de activiteiten per DBC nodig ⇒ paragraaf 3.2.3 planning en budgettering en paragraaf 3.5.1 verhoogd resultaatrisico

Propositie: Voor de beheersing van de financiële risico's van de concurrentie in het B-segment zijn zorgprofielen noodzakelijk. De zorgprofielen bevatten alle verrichtingen die ten behoeve van een DBC uitgevoerd moeten worden.

Propositie 4: planning en budgettering en afrekeneenheden

Theorie: Voor het B-segment onderhandelen ziekenhuizen met zorgverzekeraars over de prijs en brengen ze niet meer de opgelegde tarieven in rekening. Door deze vrije prijsvorming bestaat er geen financieel vangnet. Voor de Raad van Bestuur is het dus van belang om te weten of de DBC-prijzen die men overeen wil komen, kostendekkend zijn. Hiervoor zijn kostprijzen nodig ⇒ paragraaf 3.2.3 planning en budgettering, paragraaf 3.2.4 afrekeneenheden en paragraaf 3.5.1 verhoogd resultaatrisico

Propositie: Voor de beheersing van de financiële risico's van de concurrentie in het B-segment zijn kostprijsberekeningen per verrichting noodzakelijk. Dit betekent dat er naast kostprijzen voor verrichtingen aan klanten ook kostprijzen voor de interne dienstverlening aanwezig moeten zijn: transferpricing.

Propositie 5: toegankelijke managementrapportages

Theorie: Wanneer men op basis van historische kosten afdelingen begroot, bestaat de managementinformatie uit de werkelijke kosten ten opzichte van de begrote kosten. Hierin lopen prijs-, zorgprofiel- en bezettingsverschillen door elkaar, omdat de verantwoordelijkheden niet kunnen worden gesplitst (Zuurbier en Spanjers 2004). Om deze aanvullende managementinformatie te verkrijgen, dient een ziekenhuis outputgericht te begroten ⇒ paragraaf 3.2.3 planning en budgettering, paragraaf 3.2.7 toegankelijke managementrapportages en paragraaf 3.5.1 verhoogd resultaatrisico

Propositie: Om de financiële risico's van het B-segment te beheersen dient een ziekenhuis outputgericht te begroten. Bij deze wijze van begroten dient een ziekenhuis een norm te stellen.

Propositie 6: afrekeneenheden informatieset, toegankelijke managementrapportages en beoordeling en feedback

Theorie: Wanneer de vergoeding niet toereikend is of door onverwachte veranderingen in kostenstructuren ontoereikend wordt, riskeert een ziekenhuis zware verliezen voor een bepaald zorgtraject. Denk hierbij aan het risico dat de kosten boven de opbrengsten uitstijgen wanneer meer activiteiten uitgevoerd worden dan in het normatieve zorgprofiel van een DBC. Tevens loopt een ziekenhuis het risico dat de vaste kosten niet volledig gedekt worden wanneer de werkelijke omvang afwijkt van de begrote omvang bij de kostprijsberekening ⇒ paragraaf 3.2.4 afrekeneenheden, paragraaf 3.2.6 informatieset, paragraaf 3.2.7 toegankelijke managementrapportages en paragraaf 3.5.1 verhoogd resultaatrisico

Propositie: Om de financiële risico's van het B-segment te beheersen dient er een verschillenanalyse ingebouwd te worden in het mcs voor die DBC's die verantwoordelijk zijn voor het grootste deel van de kosten. Deze verschillenanalyse bestaat uit een zorgprofielverschil, prijsverschil en een bezettingsverschil. Een zorgprofielverschil bestaat uit een hoeveelheidsverschil tussen de hoeveelheden verrichtingen volgens het behandelprofiel en de werkelijk verbruikte hoeveelheden vermenigvuldigd met de prijzen volgens de standaardkostprijs. Het bezettingsverschil is het verschil dat ontstaat op de dekking van de vaste kosten doordat er meer of minder DBC's worden geleverd dan vooraf afgesproken. Hiertoe worden de vaste kosten per eenheid vermenigvuldigd met het verschil tussen de normale en de werkelijke bezetting. Het prijsverschil is het verschil tussen de standaardkosten en de werkelijke variabele kosten vermenigvuldigd met de werkelijk verbruikte hoeveelheden. De

uitkomsten van de verschillenanalyse dienen opgenomen te worden in de managementrapportage.

Propositie 7: informatieset en beoordeling en feedback

Theorie: Om de eerdergenoemde managementinformatie te verkrijgen ten behoeve van interne sturing op de financiële risico's van het B-segment, dient er een adequaat casemixmanagementsysteem aanwezig te zijn ⇒ paragraaf 3.2.6 informatieset en paragraaf 3.5.2 krupper wordende liquiditeitspositie en paragraaf 3.5.3 registratierisico

Propositie: *Om de financiële risico's van het B-segment te beheersen, dient een registratie aanwezig te zijn van:*

- *de aantallen DBC's per periode per specialisme;*
- *de aantallen verrichtingen per afdeling per periode;*
- *de kosten per DBC per unit per periode uitgesplitst in vaste en variabele kosten;*
- *aantal geopende en gesloten DBC's per specialisme in verband met onderhanden werk;*
- *aantal gesloten DBC's en gefactureerde DBC's per specialisme in verband met het uitvalpercentage door validatie.*

Deze informatie dient opgenomen te worden in de managementrapportage en afgezet te worden tegen de begrootte aantallen en kosten (verschillenanalyse propositie 5).

Propositie 8: prestatie-indicatoren en beoordeling en feedback

Theorie: Gezien de concurrentie in het B-segment dient een ziekenhuis intern niet alleen te sturen op financiën. Door de individuele onderhandelingen met zorgaanbieders zullen zowel zorgverzekeraars als ziekenhuizen naast de prijzen ook willen onderhandelen over de kwaliteit. Door de mogelijkheid om de ziekenhuiszorg op te delen in standardeenheden aan de hand van DBC's worden de verrichtingen en activiteiten van ziekenhuizen en medisch specialisten per DBC in kaart gebracht. Hierdoor wordt het inzicht in de kwaliteit van zorg vergroot en neemt de transparantie toe voor zorgverzekeraars ⇒ paragraaf 3.2.5 prestatie-indicatoren en paragraaf 3.5.4 marktrisico

Propositie: *Om de financiële risico's van het B-segment te beheersen, dient een ziekenhuis naast financiën, ook te sturen op kwaliteit. Hiervoor dienen meetbare prestatiecriteria ontwikkeld te worden. Dit zijn zowel service als medische criteria. Deze prestatiecriteria dienen opgenomen te worden in de managementrapportage.*

Propositie 9: beoordeling en feedback en beloning

Theorie: Op basis van de vastgestelde zorgprofielen worden de kostprijzen van de DBC's bepaald. Wanneer de kostprijs ontoereikend is, loopt een ziekenhuis een risico op tekorten voor een bepaald zorgtraject. Een kostprijs kan ontoereikend zijn omdat

er meer verrichtingen gedaan worden dan de norm stelt in de DBC of doordat de kostprijzen van de verrichtingen niet toereikend zijn ⇒ paragraaf 3.2.8 beoordeling en feedback en paragraaf 3.5.1 verhoogd resultaatrisico

Propositie: Om de financiële risico's van het B-segment te beheersen, dienen de werkelijk gerealiseerde zorgprofielen jaarlijks vergeleken te worden met de ex ante gestelde norm. De uitkomsten hiervan kunnen vergeleken worden met andere ziekenhuizen (concurrenten). De hieruit af te leiden conclusie kan de basis zijn om de norm van zorgprofielen aan te passen waardoor de kostprijs verandert. Tevens kan de conclusie van de benchmark aanleiding zijn voor interne (proces)verbeteringen wanneer blijkt dat het ziekenhuis structureel afwijkt van het (landelijk) gemiddelde.

Tot slot dient het kostprijsmodel jaarlijks geëvalueerd te worden. Wanneer de kostprijzen van de verrichtingen ontoereikend zijn, wordt een ontoereikende kostprijs voor een DBC berekend en leidt dit tot tekorten.

Propositie 10: beloningssysteem

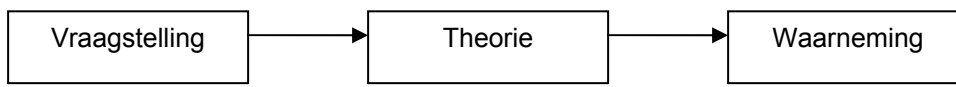
Theorie: Door de toegenomen risico's voor ziekenhuizen door de concurrentie in het B-segment, dienen ziekenhuizen derhalve een grotere vermogensbuffer te hebben. Het Eigen Vermogen (EV) van ziekenhuizen zou moeten groeien van enkele procenten tot circa 20% tot 40% van het balanstotaal, afhankelijk van de mate van risico dat ziekenhuizen lopen (Elsinga 1998) ⇒ paragraaf 3.2.9 beloningssysteem en paragraaf 3.5.5 ondernemersrisico

Propositie: Om het EV te kunnen laten groeien, dient een ziekenhuis op de B-segment DBC's een positief rendement te halen op de variabele kosten van de DBC prijs. Dit rendement kan ten goede komen aan de individuele medewerkers van de unit die dit positieve rendement behaald hebben (incentive voor efficiëntie).

4. Methoden

In dit onderzoek is onderzocht hoe het mcs van het OLVG aangevuld dient te worden gezien de financiële risico's die de concurrentie in het B-segment met zich meebrengt. Het onderzoek is gericht op de verandering in de bekostigingssystematiek en de gevolgen hiervan voor de beheersing in ziekenhuizen.

Het onderzoek kent een theorietoetsend karakter. De theorie is het vertrekpunt en is gebruikt om in een natuurlijke setting te toetsen. Voorafgaand aan het empirische onderdeel van het onderzoek zijn theoretische verwachtingen (proposities) geformuleerd. Vervolgens zijn de uitkomsten van de gevalsanalyse getoetst aan de verwachtingen. Het doel van het onderzoek betreft geen statistische generaliseerbaarheid, maar theoretische generaliseerbaarheid (Den Hartog & Van Sluijs 1995).



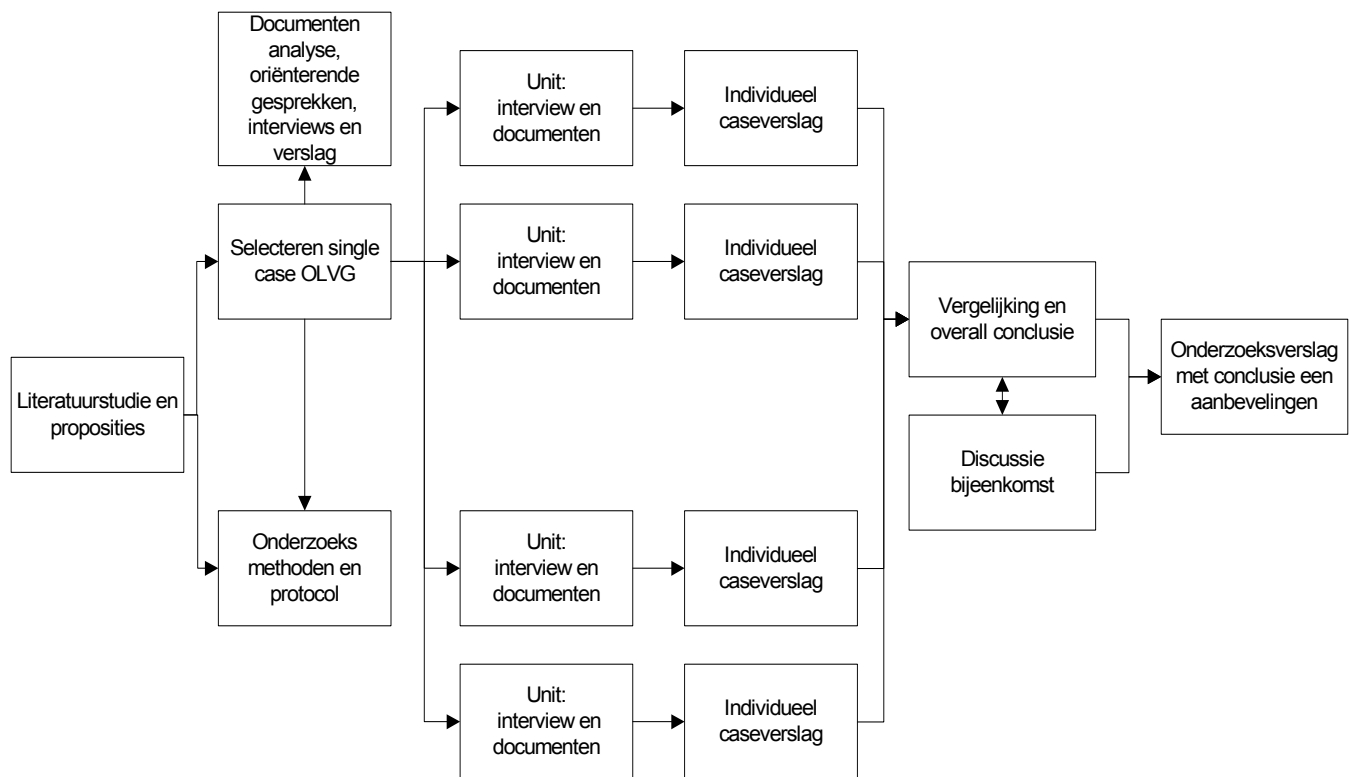
Figuur 4.1: Onderzoekstraject

Voor het onderzoek is gekozen voor een *single case study* met een *embedded design* (Yin 2003). Het onderzoek betreft een kritische toets van de bestaande theorie. Voor het onderzoek is één case, het OLVG, geselecteerd en binnen deze case zijn units geselecteerd als aparte 'gevallen'. Deze units zijn geselecteerd aan de hand van een niet-willekeurige selectiemethode: de gevallen zijn geselecteerd op basis van bepaalde karakteristieken (Bowling 2002). De units, bestaande uit vakgroepen, zijn geselecteerd op basis van de omzet in het B-segment ten opzichte van de totale omzet. Het onderzoek is gericht op de financiële risico's van de concurrentie in het B-segment en de risico's zullen het meest merkbaar zijn bij de vakgroepen die voor hun omzet grotendeels afhankelijk zijn van de afzet van DBC's uit het B-segment⁴.

De units hebben een uitgebreide analyse ondergaan om de inzichten in de *single case*, het OLVG, te vergroten. Het onderzoek is een organisatiestudie en de focus ligt niet alleen op de units; de holistische aspecten zijn meegenomen en de geselecteerde 'gevallen' zijn binnen een gemeenschappelijke context vergeleken.

Voor de theorievorming en het formuleren van de proposities, is een uitgebreide literatuurstudie verricht. Deze wordt besproken in paragraaf 4.1. Vervolgens heeft er een kwalitatief onderzoek plaatsgevonden in een natuurlijke setting. Deze methode komt in paragraaf 4.2 aan de orde. De validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek worden beschreven in paragraaf 4.3 en 4.4. Tot slot worden in paragraaf 4.5 de analysemethode en dataverwerkingsmethode besproken. Eerst volgt figuur 4.1 waarin de opzet van het onderzoek grafisch wordt weergegeven.

⁴ De units die geselecteerd zijn, zijn de top 4 units wat betreft B-segment omzet in verhouding tot de totale omzet van de unit: Oogheelkunde 50%, KNO 39%, Orthopedie 25% en Urologie 18%.



4.1 Onderzoeksmodel

4.1 Literatuurstudie

Bij de verzameling van het theoretisch materiaal is gebruik gemaakt van een breed scala aan (wetenschappelijke) publicaties en databronnen. De literatuur is gevonden door raadpleging van PiCarta, PubMed, en internet. Er is voor gekozen om de literatuurverkenning te beperken tot control, management control systemen (in de non-profit sector), management accounting, casemixmanagement, inter-doktervariatie, DBC's, DRG's en (financiële risico's van) concurrentie in het B-segment. Dit in verband met de afbakening van het onderzoek.

De literatuurstudie heeft het theoretisch kader van dit onderzoek gevormd en vanuit dit theoretisch kader zijn de proposities opgesteld. Deze theoretische verwachtingen vormden het vertrekpunt van het onderzoek en zijn vervolgens in natuurlijke setting getoetst aan de hand van een kwalitatief onderzoek.

4.2 Kwalitatief onderzoek

Het kwalitatief onderzoek is uitgevoerd aan de hand van een documentenanalyse en interviews. Voor de documentenanalyse is gebruik gemaakt van bestaande documenten van het OLVG over de planning en control (p&c) cyclus, mcs, strategie, unitrapportages, jaarverslagen en jaarrekeningen. De documentenanalyse had het doel om de situatie van het huidige mcs binnen het OLVG te beschrijven. Aan de hand van de strategische kaderbrief 2006-2009 is onderzocht of en in welke mate er een strategie aanwezig is en in hoeverre deze vertaald is in concrete doelstellingen. Interne documenten over het unitmodel hebben inzicht gegeven in de

organisatiestructuur en de verdeling van taken en verantwoordelijkheden en de coördinatie hiervan. De unitrapportages hebben inzicht gegeven in de aanwezigheid van (het type) managementinformatie en de wijze van plannen en begroten.

Vervolgens is de documentenanalyse aangevuld met oriënterende gesprekken en interviews om te onderzoeken hoe het huidige mcs in de praktijk werkt. Tevens is in de gesprekken en interviews gevraagd naar de gewenste situatie wat betreft het mcs. Er hebben in totaal 6 oriënterende gesprekken plaatsgevonden op organisatieniveau en er zijn in 4 units interviews afgenomen. Op organisatieniveau zijn er gesprekken gevoerd met een concerncontroller, een unitcontroller, 3 adviseurs van de concernstaf en de adviseur bedrijfsinformatie. Deze gesprekken hadden het doel om de holistische aspecten van het mcs te onderzoeken. Hierin is gevraagd naar de werking, de behoeften en de context van het mcs. Op het niveau van de units, hebben er interviews plaatsgevonden met de bedrijfsleiders van deze units. Deze interviews hadden het doel om het inzicht in de *single case* te vergroten. Aan de hand van een topiclijst⁵ zijn de proposities vertaald in concrete vragen. Tijdens de interviews is gevraagd naar de wijze van plannen en begroten, (prestatie)beoordeling en feedback, het beloningssysteem, informatievoorziening en contextfactoren. Tevens is gevraagd naar de behoeften omtrent aanvulling(en) van het mcs gezien de financiële risico's van het B-segment. Dit heeft indicaties opgeleverd over het al dan niet aanwezig zijn en in welke mate van de in de proposities geformuleerde verwachtingen en onderdelen van het mcs.

De respondenten zijn geselecteerd met behulp van een doelgerichte steekproef: ze zijn geselecteerd op functie (Bowling 2002:380). Er is gekozen voor de bedrijfsleiders van de units, omdat zij het grootste deel van de managementtaken van de unit uitvoeren en hiermee een onderdeel van het mcs zijn. Door de keuze van vergelijkbare respondenten, zijn de resultaten onderling vergelijkbaar; de onderlinge overeenkomsten en verschillen kunnen in kaart worden gebracht (Segers en Hutjes 1999).

Tot slot zijn een aantal resultaten van de kwalitatieve studie teruggekoppeld naar de respondenten. Dit heeft plaatsgevonden op een discussiebijeenkomst. Tijdens deze bijeenkomst zijn de resultaten van propositie 5, 6, 7, 8 en 10 met betrokken 'gevallen' besproken en is nagegaan welke algemene conclusies getrokken kunnen worden: waaraan dient het mcs van het OLVG te voldoen om de financiële risico's van het B-segment te beheersen en in hoeverre is dit in overeenstemming met de theorie. Gezien de tijdsduur van de discussiebijeenkomst is het niet mogelijk geweest om alle proposities en adviezen te bespreken; die onderdelen die grote aanpassing behoeven en waarvan de urgentie hoog is, zijn geselecteerd voor de discussiebijeenkomst.

4.3 Validiteit

Dit onderzoek had niet tot doel de resultaten statistisch te generaliseren tot algemeen geldende gevolgen van de financiële risico's in het B-segment voor het mcs van ziekenhuizen. Het onderzoek is een theoretietoetsend onderzoek en de generalisatie van de theorie staat centraal.

⁵ Zie bijlage 3: Vragenlijst bedrijfsleiders PBU

4.3.1 Interne validiteit

Onderdeel van de interne validiteit is de constructvaliditeit: dekken de waarnemingen de onderzoeksconcepten die onderzocht worden (Den Hartog & Van Sluijs 1995). De constructvaliditeit is in dit onderzoek vergroot door het gebruik van bronnentriangulatie: de literatuurstudie is gecombineerd met een documentenanalyse en een kwalitatieve studie. Tevens is de constructvaliditeit verhoogd door de respondenten te confronteren met de resultaten en door consistent te werken (Yin 2003). Het onderzoek heeft plaatsgevonden in de natuurlijke setting. De interviews zijn face to face afgenomen en vonden plaats in het OLVG op de werkplaats van de respondenten. Door dicht bij de natuurlijke setting te blijven, kan er meer gedetailleerde informatie verzameld worden dan wanneer de omgeving anders is dan de werkomgeving (Creswell 2003:181).

Tijdens de face to face interviews is er gebruikt gemaakt van open gestructureerde vragen. Vooraf waren de vragen en volgorde van de vragenlijst bekend. Dit heeft ervoor gezorgd dat bij ieder interview dezelfde vragen gesteld zijn. Door deze consistentie zijn de resultaten onderling vergelijkbaar. Daarnaast was er geen richting aan de vragen gegeven om te voorkomen dat de respondenten gestuurd werden in hun antwoorden (Creswell 2003).

Om de interne validiteit verder te vergroten is zelfreflectie toegepast en er is met meerdere 'gevallen' gewerkt. Hierdoor konden de afzonderlijke gevallen vergeleken worden waardoor er meer zicht is verkregen op de plausibiliteit van de bevindingen bij de afzonderlijke gevallen (Segers & Hutjes 1999). Tevens zijn theoretische verwachtingen vergeleken met empirische patronen: er heeft *pattern matching* plaatsgevonden. Vervolgens zijn de onderzoeksresultaten voorgelegd aan de respondenten en is getoetst in hoeverre de uitkomsten overeenkomen met de theorie. Op grond van de overeenkomsten en verschillen tussen theorie en empirie, zijn de theoretische proposities bijgesteld: de interne validiteit is vergroot door *explanation building* (Yin 2003).

4.3.2 Externe validiteit

De theorie vormt het referentiekader van het onderzoek. De resultaten worden niet afgezet tegen het 'universum', maar tegen de analytische validiteit: passen de uitkomsten in een vooraf expliciet gemaakte theorie. Replicatie in andere gevalstudies is vervolgens weer nodig om die generaliseerbaarheid verder op te bouwen (Yin 2003).

4.4 Betrouwbaarheid

Voor betrouwbaarheid geldt dat een andere onderzoeker die hetzelfde onderzoeksproces doorloopt, bij dezelfde resultaten uitkomt. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten, is er een onderzoeksprotocol opgesteld. Hierin is vastgelegd wat het doel van het onderzoek is, het theoretisch kader, de onderzoeksmethoden, de vragenlijsten, databronnen en de wijze van verwerking van de resultaten. Hierdoor blijft de focus van het onderzoek helder en wordt de consistentie vergroot; dit leidt tot een verhoogde betrouwbaarheid (Yin 2003). Door het opstellen van een protocol zijn de precieze stappen, uitgevoerd tijdens het onderzoek, gevolgd en was er een duidelijke gegevensbank aanwezig.

4.5 Verwerking en analyse

Aan de hand van de literatuurstudie is de theorie beschreven. Hieruit zijn de proposities afgeleid en deze vormen het referentiekader van het onderzoek. Vervolgens zijn er interne documenten van het OLVG geanalyseerd. Dit betroffen jaarverslagen, jaarrekeningen en beleidsnotities over het mcs en de planning & control (p&c) cyclus. Vanuit deze analyse is het huidige mcs van het OLVG beschreven. Vervolgens zijn de interviews afgenomen om de praktijksituatie te beschrijven en de wensen van de gebruikers te inventariseren. De interviews zijn opgenomen op tape en in het geheel uitgetypt. Vervolgens zijn de interviews gecodeerd aan de hand van onderwerpen die relateren aan het theoretisch kader en de proposities. Van iedere case is een individueel verslag gemaakt en vervolgens zijn deze resultaten getoetst aan de proposities. Tevens zijn de individuele cases onderling vergeleken en vanuit deze vergelijking zijn overall conclusies getrokken. Tot slot zijn de overall conclusies teruggekoppeld naar de respondenten. De resultaten van deze terugkoppeling hebben uiteindelijk geleid tot algemene conclusies en deze zijn verwerkt in het onderzoeksverslag. De resultaten van het onderzoek kunnen door het OLVG en (indirect) door andere ziekenhuizen gebruikt worden om hun mcs aan te vullen om de financiële risico's van het B-segment (in de toekomst) beter te beheersen.

In het volgende hoofdstuk worden de eerste resultaten van het kwalitatieve onderzoek besproken: het huidige mcs van het OLVG.

5. Het management control systeem

In dit hoofdstuk volgt een antwoord op deelvraag 1. In paragraaf 5.1 wordt eerst een korte beschrijving gegeven van het OLVG als topklinisch ziekenhuis, waarna in paragraaf 5.2 het mcs van het OLVG besproken wordt.

5.1 Het OLVG

Het OLVG is één van de ziekenhuizen met praktisch alle voorkomende specialismen en enkele bijzondere functies zoals open hartchirurgie, Aids-centrum en de gespecialiseerde orthopedie. Het OLVG is gelegen in Amsterdam en ligt tussen het centrum en oosten van de stad. Het OLVG is een opleidingsziekenhuis met een groot aanbod aan medisch-specialistische, paramedische en verpleegkundige opleidingen en initieert toegepast patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek. Het OLVG heeft daarbij de exclusieve status van *Teaching Hospital* gekregen en tevens is het één van de negentien topklinische ziekenhuizen die samenwerken in de Vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ). Het OLVG heeft een opnamecapaciteit van 555 bedden en er werken circa 2600 medewerkers. Het ziekenhuis heeft in Amsterdam twee vestigingen voor patiëntenzorg. Het hoofdgebouw waar alle algemene ziekenhuisfuncties vertegenwoordigd zijn, is gelegen aan het Oosterpark. De tweede locatie aan de Prinsengracht fungeert als poliklinisch en dagbehandelingscentrum voor de binnenstad. Daarnaast heeft het OLVG in samenwerking met het Slotervaart Ziekenhuis een buitenpolikliniek in stadsdeel Amsterdam Oud-Zuid: Stichting Medisch Centrum Jan van Goyen.

5.2 Management control systeem van het OLVG

5.2.1 Strategie

Het OLVG heeft in een strategische kaderbrief haar strategische doelstellingen geformuleerd voor de jaren 2006-2009. De eerste kerndoelstelling van het OLVG luidt als volgt:

'Het voorzien in de behoefte aan professionele medische dienstverlening in de breedste zin. Het OLVG richt zich op Amsterdam, en in het bijzonder op het centrum en het oostelijke deel van de stad. Voor de meer topklinische zorg richt het OLVG zich op een breder verzorgingsgebied.'

Het OLVG ziet zichzelf primair als een Amsterdams ziekenhuis. Gezien de ligging van de locaties ziet het OLVG het centrum en het oostelijke deel van de stad als haar thuismarkt voor de basiszorg. Het OLVG acht deze thuismarkt van essentieel belang voor het gehele ziekenhuis en mag niet ondergeschikt zijn aan andere ambities.

De tweede kerndoelstelling van het OLVG luidt als volgt:

'Het OLVG is een Teaching Hospital dat onderwijs, opleiding en onderzoeksmogelijkheden biedt aan medische en andere zorgprofessionals.'

Hoewel deze kerndoelstelling ondergeschikt is aan de eerstgenoemde kerndoelstelling, ziet het OLVG onderwijs, opleiding en onderzoek een eigenstandige kerndoelstelling. Deze tweede kerndoelstelling is overigens een essentiële randvoorwaarde om de eerste kerndoelstelling te kunnen (blijven) realiseren.

Met deze kerndoelstellingen geeft het OLVG haar bestaansrecht weer, haar *raison d'être*. De kerndoelstellingen verwoorden de strategische visie van het OLVG en zij definiëren de functie die het ziekenhuis voor zichzelf ziet in de maatschappij. Deze visie is tot stand gekomen door strategieconferenties en –bijeenkomsten die met de Raad van Bestuur (RvB), unitvoorzitters, het medisch stafbestuur, de Raad van Toezicht (RvT) en de Ondernemingsraad (OR) zijn gehouden. Bij het formuleren van de kerndoelstellingen heeft het OLVG de verander(en)de omgeving en omstandigheden beschreven die het meest relevant zijn voor het realiseren van de doelstellingen.

Vanuit deze veranderende omstandigheden heeft het OLVG haar ambities geformuleerd. Het OLVG wil een toonaangevend en vernieuwend ziekenhuis zijn. Ze wil op vrijwel alle aspecten van medische dienstverlening en organisatie steeds tot de top vijf van Nederland behoren, een ziekenhuis waaraan andere ziekenhuizen zich spiegelen.

Om de strategische visie en haar ambitie te kunnen realiseren, heeft het OLVG een aantal uitgangspunten voor beleid geformuleerd.⁶ De units stellen binnen deze kaders van de RvB hun eigen strategische doelstellingen op.

5.2.2 Structuur

Het OLVG heeft een gedecentraliseerd besturingsmodel waarbij het primaire proces het uitgangspunt is. De kern in de structuur van het OLVG zijn de decentrale *businessunits*, die integraal verantwoordelijk zijn voor de organisatie, besturing en uitvoering van de medische dienstverlening aan de externe klant. De *businessunits* worden onderscheiden in zeventien Primaire Business Units (PBU's) en deze worden ondersteund door negen Medisch Ondersteunde Units (MOU's)⁷. De PBU's vertegenwoordigen poortspecialismen en de MOU's werken vooral voor de interne klant (de PBU's). De PBU's verwerven externe inkomsten, terwijl de MOU's in belangrijke mate hun inkomsten intern verwerven. Voor dienstverlening aan externe klanten zijn de MOU's echter wel als primaire businessunit te beschouwen.

Alle units⁸ beschikken over hun eigen productiemiddelen teneinde voldoende beleidsruimte te hebben. De medische specialisten binnen de unit vormen samen de vakgroep die collectief verantwoordelijk is voor de professionele kwaliteit, het medisch beleid, de productie en resultaatbeheer binnen de unit. Binnen de unit fungeert één medische specialist als voorzitter die volledig aanspreekbaar is voor de integrale organisatie en bedrijfsvoering. De unitvoorzitter wordt ondersteund door een bedrijfsleider voor de meer operationele managementtaken. Tevens worden de unitvoorzitter en bedrijfsleider op verschillende functionele terreinen ondersteund door staffunctionarissen als een unit personeelsfunctionaris en unitadministrateur⁹. Het OLVG kent door de sterke decentralisatie een eenduidige bestuursvorm en een platte organisatie. De units worden rechtstreeks aangestuurd door de Raad van Bestuur (RvB) zonder coördinerende tussenlagen. Doordat de unitvoorzitter integrale verantwoordelijkheid heeft, staat de medisch specialist in de lijn van de organisatie.

⁶ Zie voor detaillering strategische kaderbrief OLVG 2006-2009

⁷ Zie bijlage 4: organogram OLVG

⁸ Wanneer gesproken wordt over units worden hiermee zowel de PBU's als MOU's bedoeld

⁹ Zie bijlage 5: Organogram PBU

5.2.3 Planning en budgettering

De RvB van het OLVG stelt de kaders voor de units waarbinnen zij hun eigen beleid kunnen vaststellen. De units organiseren het werk naar eigen inzicht binnen de centraal geformuleerde kaders. Er wordt iedere vier jaar een strategische kaderbrief opgesteld door de RvB. De units geven vervolgens in een businessplan aan hoe invulling wordt gegeven aan de strategische doelen. Dit plan wordt vertaald in een begroting en in een jaarlijks werkplan, ofwel het managementcontract met de RvB.

De jaarlijkse operationele plannen worden vertaald in geldelijke termen door de units. Iedere unit stelt een begroting op: de verwachte productie op basis van FB parameters voor het betreffende jaar vermenigvuldigd met het tarief voor die parameters zoals door de RvB wordt gehanteerd. Dit vormt de inkomstenbegroting voor de unit. De kostenbegroting bestaat uit eigen lasten, interne medische dienstverlening en indirecte kosten als vast percentage van totale lasten.

De units begroten de productie van het B-segment op basis productieparameters van het FB. Voor 2006 zijn de productieparameters incrementeel omgerekend naar B-segment DBC's. Dit betreft echter een rekensom en er is geen sprake van outputgericht begroten.

5.2.4 Afrekeneenheden

Het OLVG is opgedeeld in PBU's en MOU's. Deze units zijn aan te merken als Resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's). Iedere unit heeft een medisch specialist als voorzitter en deze is integraal verantwoordelijk voor het financiële resultaat, het unitbeleid en de uitvoering daarvan. Dit alles echter wel binnen de kaders die zijn gesteld door de RvB. De verantwoordelijkheid van de unitvoorzitter van een PBU is gericht op zowel kosten als opbrengsten en de PBU dient een rendement te halen van 2% op de externe omzet. Een PBU kan derhalve aangemerkt worden als winstcentrum: de omzet versus de ingezette middelen is de ratio die wordt gehanteerd. MOU's zijn verantwoordelijk voor de kosten die ze maken en zijn aan te merken als standaard uitgavencentra. De MOU's zijn units die met name interne diensten leveren aan PBU's en zijn tevens aan te merken als servicecentrum. Een PBU is missiecentrum en haar output draagt direct bij aan de doeleinden van het OLVG.

Gezien het feit dat de MOU's de PBU's ondersteunen door het intern leveren van diensten, hanteert het OLVG *transferpricing*. De transferprijs wordt gebruikt om diensten van de MOU door te berekenen aan de PBU die gebruik maakt van de diensten van een MOU. Voor de transferprijs is een kostprijs berekend. Deze kostprijs is berekend op basis van de totale kosten van een geleverde dienst en gebaseerd op standaardkosten.

5.2.5 Prestatie-indicatoren

Het OLVG hanteert de prestatie-indicatoren zoals opgesteld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Deze indicatoren zijn niet specifiek voor het B-segment. Er zijn ook units die, naast de IGZ indicatoren, een aantal indicatoren en kengetallen als wachttijd, herhaaloperaties, klanttevredenheid en telefonische bereikbaarheid registreren en analyseren. Deze prestatie-indicatoren zijn echter onvoldoende gestructureerd door fragmentatie en de toepassing ervan is niet consequent in iedere unit. Tevens zijn voor deze prestatie-indicatoren

geen normen benoemd. Tot slot wordt door iedere unit gerapporteerd over personele kengetallen als ziekteverzuim en de verdeling van FTE's over de unit.

5.2.6 Informatieset

In het OLVG worden de volgende rapportages opgesteld en aan de RvB geleverd:

Rapportage	Frequentie	Opgesteld door:
Productierapportage OLVG en per unit	Maandelijks	Beleidsstaf financiële zaken (BFZ)
Financiële OLVG rapportage	Maandelijks	BFZ
Unitsummary, samenvatting prestaties	Maandelijks	BFZ
Unitrapportage	Maandelijks	Unit
DBC rapportage als onderdeel van de unitrapportage	Maandelijks	Unit
FTE rapportage (als onderdeel van de unitrapportage)	Maandelijks	Human Resource (HR) Services
Personeel niet in loondienst (PNIL)	Wekelijks	FIP (Flexibele Inzet Personeel) bureau

Tabel 5.1: Rapportages OLVG ten behoeve van de Raad van Bestuur

De maandelijkse productierapportage is de eerst te verschijnen rapportage in een maand ten behoeve van de RvB. Deze rapportage geeft inzicht in de productieparameters van het FB per unit, afgezet tegen de begroting. De OLVG maandrapportage bestaat uit de cumulatieve productie per unit, cumulatieve winst en verlies verhandeling per regel, een risicoparagraaf en bijlagen met een balans, investeringen en cash flow. Dit rapport is gestandaardiseerd. De unitsummary ten behoeve van de RvB bestaat uit een consolidatie van de unitrapportages tot een OLVG *overall* rapportage. De unitrapportages worden door de units zelf opgesteld. Er geldt tot op heden geen uniform format; dit is in ontwikkeling. Wel wordt er nu als vast onderdeel van de unitrapportage een resultatenrekening toegevoegd. In deze resultatenrekening worden de FB parameters voor het A-segment weergegeven en de omzet in het B-segment. De opbrengsten van de B-segment DBC's voor de unit bestaan uit de vergoeding van de variabele kosten, het honorarium van het poortspecialisme en het honorarium van de ondersteunende specialismen. De kapitaalslasten die in de B-DBC zijn opgenomen, zijn niet bestemd voor de unit en worden derhalve niet genoemd in de resultatenrekening. Naast de resultatenrekening worden de baten en lasten uitgesplitst en niet of zeer beknopt toegelicht in de rapportage. Deze baten zijn gebaseerd op FB parameters EPB's, opnamen, verpleegdagen en (zware) dagbehandelingen. De lasten zijn onderverdeeld in personele lasten, algemene kosten, overige kosten en interne medische dienstverlening. De DBC rapportage voor het B-segment als onderdeel van de unitrapportage wordt door de units niet of nauwelijks toegevoegd. Wanneer er gerapporteerd wordt over het B-segment, worden de aantal gerealiseerde B-DBC's genoemd. Andere informatie over het B-segment is niet terug te vinden in de maandrapportages. Tot slot is niet-financiële informatie specifiek voor het B-segment niet aanwezig in de maandrapportages van de units.

De FTE rapportage en de FIP rapportage worden aan de RvB geleverd en de units hebben deze personele kosten opgenomen in de maandrapportages.

5.2.7 Toegankelijke managementrapportages

De bedrijfsleiders van de units hanteren de maandrapportages ten behoeve van de RvB als managementrapportage met (stuur)informatie voor de eigen unit. Er wordt geen onderscheid gemaakt in de informatie die naar de RvB gaat en de informatie die door de unit gebruikt wordt voor ondersteuning in het beoordelen van de uitkomsten.

In de managementrapportages worden naast de maandresultaten ook de cumulatieve resultaten (grafische) gepresenteerd. Hierdoor zijn trends waarneembaar.

5.2.8 Beoordeling en feedback

De rapportages die worden opgesteld ten behoeve van de RvB dienen als stuurinformatie op OLVG niveau: de werkelijke prestaties van het gehele OLVG worden vergeleken met de vooraf gestelde doelen. De rapportages die units zelf opstellen, worden ingezet als stuurinformatie. Aan de hand van deze informatie wordt gekeken in hoeverre een unit in de lijn ligt met de vooraf gestelde productie (omzet) en kosten. Wanneer er een negatieve afwijking wordt geconstateerd, tracht het unitmanagement hierop te reageren door te achterhalen wat de oorzaak hiervan is. De oorzaken worden gezocht in de markt (patiënten gaan naar andere ziekenhuizen in de regio voor B-segment ingrepen) of in de DBC registratie (achterstand of hoog uitvalpercentage). De rapportages zoals genoemd in paragraaf 2.5.6 worden ook besproken door de RvB met de verantwoordelijke unitmanagers. De jaaragenda ziet er als volgt uit:

Wat	Wie	Frequentie
Resultaten OLVG	RvB, directeur Concernstaf, Hoofd BFZ en directeur Sociale zaken	Maandlijks
Resultaten units	RvB, unitmanagement, directeur Concernstaf en directeur Sociale zaken	Per kwartaal
Begroting	RvB, unitmanagement, directeur Concernstaf en directeur Sociale zaken	Jaarlijks

Tabel 5.2: Feedbackcyclus prestaties OLVG en units

In de kwartaalgesprekken tussen de RvB en het unitmanagement worden de resultaten van de unit besproken en bestaat de mogelijkheid tot mondelinge toelichting hierop. In deze fase van het mcs is er ruimte voor discussie over de resultaatontwikkeling van de units en op geaggregeerd niveau over het resultaat van het OLVG.

5.2.9 Beloningssystemen

Het OLVG heeft het doel om 2% rendement te halen op de (semi)variabele externe inkomsten. Wanneer een unit meer dan 2% rendement hierop behaalt, mag een unit een bepaald deel van dit extra rendement houden en het andere deel is voor het OLVG. Over deze verdeling van de winst zijn echter geen vaste afspraken. Afhankelijk van de hoogte van het behaalde resultaat, wordt het percentage dat de unit mag besteden vastgesteld. Met enkele units is afgesproken dat éénderde besteed mag worden aan bonussen, éénderde voor investeringen en éénderde voor het concern om toe te voegen aan het EV.

Wanneer de 2% rendement niet gehaald wordt door een unit, moet de unit hier verantwoording over afleggen bij de RvB. Wanneer een unit meer kosten heeft gemaakt dan opbrengsten heeft gegenereerd en er sprake is van een negatief saldo, dient er een verbeterplan opgesteld te worden. Dit verbeterplan dient voorgelegd te worden aan de RvB.

5.2.10 Context

In het verzorgingsgebied van het OLVG bevinden zich nog zes andere ziekenhuizen, waarvan twee academische ziekenhuizen, een kanker instituut en vier algemene ziekenhuizen. Ook bevinden zich een aantal Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) in de omgeving van het OLVG. Het OLVG heeft binnen een straal van 25 kilometer meer dan vier potentiële concurrenten en er is sprake van mogelijkheden voor een markt met effectieve concurrentie. ZBC's vallen onder de WTZi en leveren uitsluitend tweede compartimentzorg in dagbehandeling of in poliklinische zorg. ZBC's leveren vooral wachtlijstverrichtingen zoals cataract, knie- en heupoperaties (Tweede Kamer 2003b). Deze behandelingen vallen in het B-segment en ZBC's bewegen zich met name op het terrein van B-DBC's.

Het OLVG kent een sterk gedecentraliseerde structuur (zie paragraaf 5.2.2). Het mcs dient hierop afgestemd te zijn. De PBU's zijn verantwoordelijk voor het eigen resultaat en worden hier ook op afgerekend: het zijn winstcentra. Door de unitstructuur zijn de hiërarchische lijnen en verwachtingen van de units duidelijk.

Wat betreft de cultuur van het OLVG, staan vooral de functies en specialismen centraal. De randvoorwaarden voor ondernemersgerichtheid zijn aanwezig, het unitmodel met RVE's, maar de cultuur is (nog) niet (geheel) meegegroeid. In de top van het OLVG en het unitmanagement is de ondernemende mentaliteit wel aanwezig, maar het daadwerkelijk handelen op de werkvloer is hierop nog niet afgestemd.

6. Toetsing

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de deelvragen 2 en 3: het management control systeem van het OLVG wordt getoetst aan de theoretische verwachtingen zoals geformuleerd in paragraaf 3.6. Voorafgaand aan de toetsing wordt in paragraaf 6.1 kort ingegaan op de financiële risico's van het B-segment voor het OLVG.

6.1 Financiële risico's van het B-segment voor het OLVG

De marktpositie van het OLVG wordt beïnvloed door de risico's die voortvloeien uit de concurrentie in het B-segment. De belangrijkste risico's die zijn ontstaan voor het OLVG door de invoering van het B-segment zijn voornamelijk te herleiden naar de onzekerheid in de afzet en daarmee instabiliteit in de inkomsten. Het OLVG leidt de volgende risico's af:

- Onzekerheid in de afzet en daarmee in de omzet: voor de omzet van het B-segment is het OLVG afhankelijk van de werkelijk gerealiseerde productie B-DBC's; er is geen sprake van gegarandeerde inkomsten en het OLVG bevindt zich in een omgeving met meerdere ziekenhuizen waarin concurrentie mogelijk is ⇒ verhoogd resultaatrisico en marktrisico;
- Een afgeleid risico van instabiliteit in de omzet is dat er voldoende B-segment DBC's geproduceerd dienen te worden gezien de functie van Teaching Hospital van het OLVG. Voldoende reguliere en electieve zorgproductie is een voorwaarde voor deze onderwijsfunctie ⇒ marktrisico;
- Het niet juist en tijdig registreren van B-DBC's: dit leidt tot een inkomstenrisico ⇒ registratierisico en krapper wordende liquiditeitspositie;
- Het EV van het OLVG voldoet nog niet aan de eis van 20-40% van het balanstotaal; de vermogensbuffer van het OLVG is nog te gering ⇒ ondernemingsrisico.

6.2 Toetsing en adviezen

Propositie 1: strategie

Een ziekenhuis dient het mcs niet alleen te gebruiken om de eenmaal gekozen strategie uit te voeren, maar ze dient het mcs ook toe te passen om veranderingen in de interne en externe omgeving van het ziekenhuis die van invloed zijn op de strategie en de afgeleide doelen hiervan, tijdig te signaleren en actie te ondernemen.

De ontwikkelingen in de gezondheidszorg veroorzaken veranderingen in de omgeving van het OLVG. De kansen en bedreigingen die hierdoor ontstaan, zijn van invloed op de strategie. Het OLVG heeft de veranderingen in haar omgeving gesignaleerd en geanalyseerd¹⁰. Vanuit deze analyse heeft ze haar strategie geformuleerd. Het OLVG heeft de duidelijke keuze gemaakt om een breed aanbod van zorg te (blijven) leveren teneinde haar gewenste marktpositie te behalen en te behouden: een gasthuis zijn dat voorziet in de behoefte aan professionele medische dienstverlening in de breedste zin. Een brede basis wordt door het OLVG noodzakelijk geacht om de meer topklinische zorg te kunnen (blijven) financieren. Voor wat betreft deze topklinische

¹⁰ Zie voor uitwerking hiervan strategische kaderbrief OLVG 2006-2009

zorg heeft het OLVG expliciet gekozen om hierin duidelijke keuzes te maken. Dit zijn de functies waarin het OLVG zich in de komende jaren bij uitstek wil profileren. Onder de financieringssysteematiek zijn deze topklinische functies in bedrijfseconomische zin veelal niet rendabel. Juist door hierin keuzes te maken en de inhoud en uitkomsten van de topklinische functies inzichtelijk te maken, verwacht het OLVG haar kans te vergroten hiervoor aanvullende financiering te verkrijgen. De strategie van het OLVG zoals geformuleerd in de strategische kaderbrief wordt jaarlijks geëvalueerd, vernieuwd en waar zinvol aangepast of uitgebreid.

De units vertalen deze strategie van het OLVG naar een businessplan en deze businessplannen worden uitgewerkt in jaarplannen. Voor het opstellen van de businessplannen bestaat een format en ze worden getoetst aan de strategie van het OLVG. Hieruit blijkt dat de unit Oogheelkunde zich concentreert op specialistische oogheeskundige zorg (en niet streeft naar topklinische zorg). De unit Oogheelkunde heeft ervoor gekozen het verzorgingsgebied in de breedte te bedienen. Ze wil excelleren in kwalitatief hoogwaardige reguliere zorg op de specifieke aandachtsgebieden, waaronder de B-segment DBC cataract. Gezien het feit dat de omzet van de unit Oogheelkunde voor 50% uit het B-segment bestaat en in het B-segment voor Oogheelkunde alleen de cataract zit, wil ze de productie verhogen en meerjarenafspraken met zorgverzekeraars realiseren. De unit KNO heeft in haar plan aangegeven zich te richten op de medische basis- en pluszorg. Specifiek aandachtspunt is onder andere het realiseren van reële en redelijke kostprijzen voor de dienstverlening in het B-segment. Ze heeft zich tot doel gesteld om bij de goedkoopste 4 van de regio te willen behoren wat betreft de kostprijs van amandeloperaties (B-segment DBC unit KNO). De unit Urologie heeft in haar plan aangegeven de ambitie na te streven om makkelijk toegankelijke brede urologische zorg te willen leveren en de functionele urologie als topzorg aan te willen bieden. Zij heeft echter niet expliciet het B-segment behandeld. De laatste unit die in dit onderzoek betrokken is, PBU Orthopedie, heeft (nog) geen businessplan opgesteld.

Toetsing:

Het OLVG reageert op de veranderingen in de omgeving. Ze maakt een analyse van de interne en externe ontwikkelingen in de strategische kaderbrief en vanuit deze analyse vertaalt ze de ontwikkelingen in een strategie. In haar strategie heeft ze aandacht voor marktpositie, positionering en concurrentie waardoor ze niet alleen een korte termijn strategie hanteert maar ook het overleven op de langere termijn centraal stelt. Echter worden niet alle ambities in de strategie vertaald naar concrete doelstellingen; ze geeft niet voor alle ambities aan wanneer ze wat bereikt wil hebben. Dit maakt sturing op de niet geconcretiseerde ambities lastig. Door de jaarlijkse evaluatie vormt de strategie wel een onderdeel van het mcs.

De businessplannen van de units worden opgesteld binnen de kaders van de OLVG-brede strategie. De units hebben duidelijk de keuze gemaakt om een breed dienstenpakket te blijven aanbieden; dit is in lijn met de OLVG strategie. De units KNO en Oogheelkunde hebben daarnaast voor het B-segment specifiek aangegeven waar het aandachtspunt ligt. KNO gaat zich richten op reële en realistische kostprijzen en Oogheelkunde wil zich profileren op de cataractzorg. De unit Urologie heeft zich echter geen expliciet doel gesteld voor het B-segment; hierdoor is sturing lastig. Tevens zijn er units die nog geen businessplan hebben (waaronder de unit orthopedie) en dus geen strategie hebben geformuleerd (voor het B-segment). Dit betekent

dat er geen helderheid bestaat over de keuzes en dat er niet gestuurd kan worden; de beoogde resultaten (doelen) zijn immers niet bekend. Tevens zorgt het ontbreken van een businessplan ervoor dat een unit de invloed van externe en interne ontwikkelingen niet kan vertalen in actie omdat de strategie en afgeleide doelen ontbreken.

Tot slot bestaat er een format voor het opstellen van een businessplan, maar dit wordt niet door iedere unit gehanteerd. KNO en Oogheelkunde hebben zich wel aan het format gehouden, maar Urologie (deels) niet en Orthopedie heeft geen plan. Dit zorgt ervoor dat eenduidige sturing van de units op OLVG niveau lastig is: niet iedere unit behandelt dezelfde onderwerpen uit de strategische kaderbrief van de RvB waardoor niet helder te monitoren is in hoeverre invulling wordt gegeven aan de strategische koers van het OLVG. Er wordt wel naar de units teruggekoppeld welke onderwerpen ontbreken en/of niet in overeenstemming zijn met de OLVG-brede strategie, maar feedback op de uitvoering van de strategische doelen is niet structureel ingebouwd in het mcs.

Advies bij propositie 1:

In de omgeving van het OLVG bevinden zich meerdere ziekenhuizen en ZBC's, waardoor effectieve concurrentie mogelijk is. In deze omgeving is de waarde die het OLVG aan haar klanten levert belangrijk. Deze waarden als onderdeel van de strategie van het OLVG dienen dan ook op die onderdelen waar dit nog niet het geval is, vertaald te worden in een concrete doelstellingen waarmee ze aangeeft wanneer ze wat bereikt wil hebben. Hierdoor wordt concrete sturing op de resultaten mogelijk.

De businessplannen van de units dienen onderdeel van het mcs te worden door deze jaarlijks te evalueren en units te verplichten met een businessplan te werken. Hierdoor kunnen de units reageren op de interne en externe veranderingen in de omgeving en hierop actie ondernemen door hun strategie en afgeleide doelen aan te passen waar zinvol. Tevens zorg een jaarlijkse evaluatie van de strategie van de units ervoor dat er aansluiting blijft bestaan met de OLVG-brede strategie.

Om eenduidige sturing van de units mogelijk te maken, is het te adviseren om verplichte onderwerpen te hanteren in de businessplannen van de units. Dit geeft de Raad van Bestuur houvast bij de besturing en beheersing en de units behouden hun zelfstandigheid; de verplichte onderwerpen dienen opgenomen te worden in het businessplan zodat de plannen in lijn zijn met de OLVG-brede strategie, maar de units behouden zelf de vrijheid hoe en waar ze de verplichte velden verwerken in het businessplan.

Tot slot dient de RvB de voortgang van de gestelde strategische doelen op zowel OLVG niveau als op unit niveau te monitoren door inbouw in de controlcyclus. Dit kan door het opstellen van concrete (meetbare) doelen voor de beleidsambities op zowel OLVG niveau (in de strategische kaderbrief) als op unitniveau (in de businessplannen). De voortgang hiervan kan besproken worden in respectievelijk de maandgesprekken met de RvB, directeur concernstaf, hoofd BFZ en directeur Sociale zaken en in de kwartaalgesprekken met de units.

Propositie 2: organisatiestructuur en afrekeenheden

Om de risico's van de concurrentie in het B-segment te beheersen, dienen ziekenhuizen Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's) op te richten die aangemerkt worden als winstcentra. De RVE's dienen verantwoordelijk te zijn voor zowel kosten als opbrengsten. Hierbij is sprake van flexibele budgettering waarbij binnen een ziekenhuis op afdelingsniveau een relatie wordt gelegd tussen de productie van die afdeling en de kosten die voor die productie als rechtvaardig worden gezien en die gedekt kunnen worden uit de opbrengsten van de DBC's waaraan een bijdrage geleverd wordt.

Het OLVG heeft een sterk gedecentraliseerde unitstructuur. De kern van deze structuur wordt gevormd door decentrale businessunits die integraal verantwoordelijk zijn voor de organisatie, besturing en uitvoering van de medische dienstverlening. Hierdoor zijn de units aan te merken als RVE's: de units zijn verantwoordelijk voor hun eigen acties. De PBU's worden afgerekend op de gerealiseerde 'winst': deze units zijn voor zowel de kosten als de opbrengsten verantwoordelijk. Derhalve zijn de units aan te merken als winstcentra. De MOU's zijn standaard uitgavencentra en verantwoordelijk voor de kosten.

Het OLVG is met de invoering van RVE's middels implementatie van het unitmodel afgestapt van budgetten. De units maken ieder jaar een inkomsten- en kostenbegroting. De inkomstenbegroting bestaat uit de verwachte productie op basis van FB parameters vermenigvuldigd met de door de RvB voorgeschreven tarieven voor deze parameters. Hierbij is sprake van een begrotingswijze op basis van de oude parameters van het FB. De kostenbegroting bestaat uit eigen lasten, interne medische dienstverlening en indirecte kosten als vast percentage van de totale lasten. Voor het jaar 2006 is de begroting opgesteld zonder onderscheid te maken tussen het A- en B-segment. Vervolgens is het onderscheid A- en B-segment weergegeven door de totale begroting te schonen voor het B-segment. De schoning van het B-segment is de begroting zoals opgenomen in de resultatenrekening. De begroting van het B-segment wordt afgezet tegen de realisatie; de realisatie wordt echter wel weergegeven in aantallen B-segment DBC's vermenigvuldigd met de verkoopprijs.

Toetsing:

De structuur van het OLVG en de indeling van RVE's in winstcentra voor PBU's en uitgavencentra voor MOU's komt overeen met de theoretische verwachting zoals geformuleerd in propositie 2. De wijze van begroten sluit echter niet aan bij de structuur en de indeling van PBU's in winstcentra. Er is sprake van inputgericht begroten voor het B-segment: niet de output, aantal DBC's, maar de FB parameters vormen de basis voor de begroting. Deze wijze van begroten zorgt ervoor dat er geen betrouwbare en valide stuurinformatie beschikbaar is voor het B-segment; de realisatie op basis van aantallen B-DBC's maal de verkoopprijs wordt afgezet tegen de begroting op basis van schoning (oude FB parameters en schoningsprijs).

Advies bij propositie 2:

De wijze van begroten komt niet overeen met de structuur en indeling van RVE's. De input, de FB parameters, is de basis voor de inkomstenbegroting en de kostenbegroting bestaat uit eigen lasten (salariskosten, patiëntgebonden kosten, algemene kosten, locatiegebonden kosten, hotelmatige kosten), de kosten voor interne medische dienstverlening en de indirecte kosten.

Ondanks dat er in het OLVG niet gewerkt wordt met budgetten, maar met begrotingen, kan de idee van flexibele budgettering toegepast worden op de kostenbegroting; dit is echter niet het geval. In de kostenbegroting is geen onderscheid gemaakt in A- en B-segment en in variabele en vaste kosten: de directe relatie tussen productie (opbrengsten) en kosten ontbreekt.

Gezien deze wijze van begroten is het te adviseren om de inkomsten voor het B-segment op basis van output te begroten (zie ook advies propositie 5). Tevens verdient het de aanbeveling om over te gaan op flexibel begroten voor de kosten: een vast bedrag voor de vaste kosten hanteren en een bedrag per eenheid product voor de variabele kosten hanteren.

De flexibele begroting kan opgesteld worden door de volgende stappen:

- Gemiddeld zorgprofiel bepalen per DBC;
- Verwachte productieafspraken maken met de unit op basis van DBC's;
- Kostprijzen per verrichting bepalen;
- Activiteitenbegroting bepalen \Rightarrow verwachte productieniveau per verrichting;
- Activiteitenbegrotingen omzetten in kostenbegrotingen per unit aan de hand van kostprijzen per verrichting;

De flexibele begroting geeft aan wat een unit aan kosten mag maken gezien de (verwachte) productie. Een vergelijking met de flexibele begroting en de werkelijk gerealiseerde kosten geeft aan of en in hoeverre een unit in lijn loopt met de begroting. Deze vergelijking kan uitgevoerd worden aan de hand van de volgende procedure:

- Kostprijzen per verrichting nacalculatorisch bepalen via werkelijke kosten en werkelijke productie \Rightarrow inlezen in het datawarehouse Business Objects (BO)
- Gerealiseerde productie uit BO halen: unit, activiteitencode, periode, aantal;
- Gerealiseerde productie vermenigvuldigen met gerealiseerde variabele kosten.

\Rightarrow Praktische opmerkingen bij dit advies:

Het OLVG heeft ervoor gekozen om voor de begroting van 2006 het A-segment te schonen voor het B-segment, omdat op dat moment nog niet duidelijk was wat het B-segment in zou houden. Uit praktisch oogpunt is in 2005 aan de units gevraagd een begroting op te stellen zonder het onderscheid A- en B-segment en vervolgens is deze begroting geschoond voor het B-segment. Dit schoningsbedrag is aan de inkomstenkant te zien op de resultatenrekening. Deze wijze van begroten is echter conservatief gebleken en komt niet overeen met de werkelijke opbrengsten voor het B-segment. Tevens is de kostenkant niet uitgesplitst naar A- en B-segment, waardoor het rendement op B-DBC's niet zichtbaar is. Het OLVG is zich bewust van deze situatie en is zich aan het ontwikkelen op dit onderdeel van het mcs.

Propositie 3: planning en budgettering

Voor de beheersing van de financiële risico's van de concurrentie in het B-segment zijn zorgprofielen noodzakelijk. De zorgprofielen bevatten alle verrichtingen die ten behoeve van een DBC uitgevoerd moeten worden.

Het OLVG heeft zorgprofielen opgesteld voor B-segment DBC's. Deze zorgprofielen zijn opgesteld door de bedrijfsleiders en medisch specialisten van de units, ondersteund door stafmedewerkers die het zogenaamde DBC-team vormden. De zorgprofielen betreffen een

gemiddeld behandelprofiel van een DBC; alle verrichtingen in een patiëntencategorie verdeeld over het aantal DBC's voor die patiënten.

Toetsing:

De theoretische verwachting zoals geformuleerd in propositie 3 komt overeen met de situatie in het OLVG. Echter ontbreekt in het mcs van het OLVG een evaluatie van de zorgprofielen. De units KNO, en Urologie hebben de zorgprofielen jaarlijks geëvalueerd met het normprofiel, Oogheelkunde heeft eenmalig de zorgprofielen vergeleken met het landelijk gemiddelde en de unit Orthopedie heeft de zorgprofielen niet geëvalueerd.

Advies bij propositie 3:

Het advies is om een evaluatie van de zorgprofielen in te bouwen in het mcs. Evaluatie van de zorgprofielen wordt nu door een aantal units wel jaarlijks gedaan, maar ook door een aantal units niet. De evaluatie is niet structureel voor iedere unit en wordt niet op dezelfde wijze uitgevoerd (vergelijking met normprofiel of landelijk gemiddelde); hiermee is het geen onderdeel van het mcs. Door een jaarlijkse evaluatie van de zorgprofielen is het mogelijk om de opbouw van de kostprijs aan te passen en de kostprijs (meer) aan te laten sluiten bij de werkelijkheid. Dit zorgt voor een betere basis bij de begroting en de onderhandeling met zorgverzekeraars. De evaluatie kan uitgevoerd worden door het gemiddeld gerealiseerd zorgprofiel van een DBC op te vragen in BO en dit vergelijken met het normprofiel; waar nodig kan het zorgprofiel bijgesteld worden (zie verder advies bij propositie 9).

Propositie 4: planning en budgettering en afrekenenheden

Voor de beheersing van de financiële risico's van de concurrentie in het B-segment zijn kostprijsberekeningen per verrichting noodzakelijk. Dit betekent dat er naast kostprijzen voor verrichtingen aan klanten ook kostprijzen voor de interne dienstverlening aanwezig moeten zijn: transferpricing.

Het OLVG heeft in 2004 kostprijzen berekend voor DBC's op basis van het landelijk kostprijzenmodel. Op basis van de totale kosten van hoofdkostenplaatsen, de patiëntgebonden afdelingen, zijn met behulp van wegingsfactoren de kostprijzen per verrichting bepaald van zowel de PBU's als de MOU's. De verrichtingen zijn geclusterd tot kostenhomogene groepen (DBC-clusters). De indirecte kosten, overhead, directoraat services en nog niet toegerekende baten en lasten, zijn als vast percentage van respectievelijk 3,573%, 18,253% en 12,667% van de totale lasten van een unit verdeeld over de afdelingen van de unit, waarna per DBC-cluster de indirecte kosten zijn vastgesteld. De totale kosten per cluster hebben de kostprijs per verrichting bepaald.

Toetsing:

Het OLVG heeft kostprijzen berekend op basis van het landelijk kostprijzenmodel en de kosten van de ondersteunende units zijn opgenomen in de DBC kostprijs. Door zowel de directe als indirecte en overheadkosten mee te nemen in de kostprijs, is er een integrale kostprijs gehanteerd die alle kosten omvat. Het is echter zo dat de berekening van de kostprijzen niet

aansluit bij de realiteit door onjuiste inputgegevens waardoor in het OLVG niet gesproken kan worden over de aanwezigheid van (juiste) kostprijzen.

Advies bij propositie 4:

Het advies is om de input van het kostprijsmodel te evalueren en te actualiseren en deze evaluatie in te bouwen in het mcs. De kostprijzen zijn berekend in 2004 en vervolgens nooit aangepast aan de (eventuele) veranderingen in de brongegevens van de kostprijs. Hierdoor bestaat de kans dat de gehanteerde kostprijs niet correspondeert met de werkelijke kostprijs (zie verder advies bij propositie 9).

Tevens is het te adviseren om de doorbelastingsmethode van indirecte kosten via het unitmodel af te stemmen met het DBC kostprijsmodel. In het DBC kostprijsmodel zijn de inkomsten van het WTG budget niet meegenomen. In het unitmodel worden de WTG inkomsten die deze indirecte kosten financieren wel toebedeeld aan de units. De afschrijvingskosten zijn daarentegen wel in de DBC systematiek doorbelast en in het unitmodel niet. Vanwege deze verschillen in systematiek zijn de indirecte kosten per hoofdkostenplaats (PBU of MOU) veel hoger dan in het unitmodel worden doorbelast. Het advies is om het unitmodel opnieuw door te rekenen met de indirecte kosten doorbelastingsmethode van het DBC kostprijsmodel. Dit maakt het mogelijk om de doorbelasting van indirecte kosten meer te laten aansluiten bij de daadwerkelijke indirecte kosten. Tevens zorgt het meenemen van de indirecte kosten in het unitmodel voor betere (vergelijkbare) informatie over de indirecte kosten: dekken de inkomsten van de DBC's (integrale kostprijs inclusief indirecte kosten) de indirecte kosten.

⇒ Praktische vraagstukken bij dit advies:

- Om de kostprijzen nacalculatorisch te bepalen, is goed ordermanagement(systeem) essentieel. Dit geeft aan welke verrichtingen door MOU's per DBC uitgevoerd zijn en geeft een realistische weergave van een gemiddeld zorgprofiel weer. Dit zorgprofiel is de basis van een kostprijs. In het OLVG wordt X/Care gebruikt voor ordermanagement. Dit systeem is echter nog in ontwikkeling en hierop kan nog geen nacalculatie uitgevoerd worden. Wel zijn in Business Objects (BO) de verrichtingen, zoals geregistreerd in X/Care, ingelezen en kan een gemiddeld zorgprofiel opgevraagd worden. Hierop kan het OLVG wel een nacalculatie uitvoeren;
- Uit de discussiebijeenkomst is gebleken dat er niet gesproken kan worden over realistische kostprijzen. De behoefte en urgentie is dan ook zeer hoog om deze te evalueren en actualiseren;
- Omdat de reikwijdte van de kostprijzen vragen oproept binnen het OLVG, is het de vraag welke functie kostprijzen kunnen dienen. Het landelijk kostprijsmodel sluit niet (geheel) aan bij het unitmodel. In het advies wordt aanbevolen om aansluiting te vinden bij het landelijke model. Het OLVG beschikt echter voor een aantal units over gedetailleerde informatie, zoals de OK met uurtarieven, maar in het landelijke kostprijsmodel wordt gewerkt met verrichtingen. Het OLVG kan een eigen kostprijsmodel ontwikkelen en zo komen tot kostprijzen die aansluiten bij de werkelijkheid. De toepassing van kostprijzen kan dan bestaan uit het intern doorvertalen van externe begrotingen: verwacht aantal te leveren DBC's vermenigvuldigen met de kostprijs.

Propositie 5: toegankelijke managementrapportages

Om de financiële risico's van het B-segment te beheersen, dient een ziekenhuis outputgericht te begroten. Bij deze wijze van begroten dient een ziekenhuis een norm te stellen.

Het OLVG heeft voor de begroting van 2006 het B-segment begroot op basis van input (FB parameters). De begroting voor het A-segment op basis van de FB parameters is geschoond voor B-segment productie op basis van historische gegevens. Dit schoningsbedrag is gehanteerd als begroting voor het B-segment. De norm die de RvB heeft gesteld, is dat er minimaal 2% rendement op de externe omzet behaald dient te worden.

Toetsing:

Het OLVG heeft outputgericht begroten niet opgenomen in haar mcs. Er is sprake van inputgericht begroten voor het B-segment op incrementele wijze. Wel heeft zij een norm gesteld, maar deze norm is niet specifiek voor het B-segment.

Advies bij propositie 5:

Het advies bij deze propositie is om het B-segment te gaan begroten op basis van output. De eindproducten zijn bekend aan de hand van DBC's en door outputgericht te begroten kan aanvullende managementinformatie verkregen worden. Door de output als basis voor de begroting te gebruiken, kan het OLVG het principe van flexibele budgettering toepassen op het kostenbudget en zijn verschillenanalyses mogelijk (zie advies bij propositie 6). Dit zorgt op haar beurt weer voor betere stuurinformatie en betere beheersbaarheid van de financiële risico's van het B-segment. Voor outputgericht begroten is het noodzakelijk om minimaal over de volgende gegevens te beschikken:

- Een gemiddeld behandelprofiel per DBC;
- Een (interne) productieafpraak op basis van DBC's;
- Kostprijzen per verrichting.

Het OLVG beschikt over behandelprofielen, maar niet over (juiste) kostprijzen. Voor een realistische begroting is het te adviseren deze gegevens eerst te evalueren en actualiseren (zie advies bij propositie 3, 4 en 9). Tevens dienen er productieafspraken gemaakt te worden met de units. Extern zijn er volumeafspraken gemaakt met zorgverzekeraars; er geldt echter geen productieplanfond. De verwachting van de productie zoals die overlegd is met zorgverzekeraars kan gelden als interne productieafpraak met de units.

Tevens maakt outputgericht begroten het mogelijk de capaciteit te plannen. Via het verwachte aantal DBC's per periode en het gemiddelde zorgprofiel per DBC, kan het verwachte aantal verrichtingen per afdeling per periode worden bepaald. Op basis van deze activiteitenraming kan de unitvoorzitter een goed onderbouwde inschatting maken van het benodigd aantal FTE's aan personele formatie. Aan de hand van de output kan geschat worden hoeveel beslag die DBC's zullen gaan leggen op verpleegafdelingen, OK, laboratoria en andere medische diensten. Tevens is de inzet van medisch specialisten bepaald voor DBC's en op basis hiervan en het verwachte aantal DBC's per periode kan de behoefte aan medisch specialistische inzet bepaald worden.

Tot slot is het aan te bevelen bij het outputgericht begroten een norm te hanteren. Deze norm kan bestaan uit de toegestane variabele kosten gezien gerealiseerd aantal DBC's (flexibele begroting).

⇒ Praktische vraagstukken bij dit advies voortvloeiend uit de discussiebijeenkomst:

- Waarom niet voor het A- en B-segment outputgericht begroten ⇒ zorgprofielen voor het A-segment ontbreken en het A-segment wordt nog gefinancierd op basis van de FB parameters, waardoor eenduidige vergelijking begroting – realisatie niet mogelijk is.
- Door alleen het B-segment outputgericht te begroting ontstaan er twee begrotingen, twee geldstromen en twee administraties (extra werk) ⇒ dit zorgt voor helderheid en het resultaat behaald op zowel A- als B-segment is zichtbaar. De scheiding in segmenten levert tot slot meer managementinformatie op waardoor betere sturing op de financiële risico's van het B-segment mogelijk wordt: zie advies bij propositie 6.
- Door het scheiden van geldstromen zou er ook gekozen kunnen worden voor het oprichten van een Besloten Vennootschap (BV) voor B-segment DBC's ⇒ deze constructie sluit echter niet aan bij het unitmodel van het OLVG; dan worden de zelfstandige units voor bepaalde zorgonderdelen weer samengevoegd. Het advies blijft dan ook om de geldstromen in het unitmodel te scheiden voor het A- en het B-segment om meer managementinformatie te genereren en betere sturing mogelijk te maken.

Propositie 6: afrekeneenheden informatieset, toegankelijke managementrapportages en beoordeling en feedback

Om de financiële risico's van het B-segment te beheersen, dient er een verschillenanalyse ingebouwd te worden in het mcs voor die DBC's die verantwoordelijk zijn voor het grootste deel van de kosten. Deze verschillenanalyse bestaat uit een zorgprofielverschil, prijsverschil en een bezettingsverschil. De uitkomsten van de verschillenanalyse dienen opgenomen te worden in de managementrapportage.

In het OLVG wordt niet gewerkt met een verschillenanalyse. Dit komt omdat er voor het jaar 2006 nog een begroting is opgesteld voor het B-segment op basis van de schoning. Deze begroting wordt vergeleken met de gerealiseerde output; aantal gerealiseerde B-segment DBC's vermenigvuldigd met de verkoopprijs (exclusief kapitaallasten en rentekosten).

Toetsing:

Doordat het OLVG nog inputgericht heeft begroot voor het jaar 2006, is het niet mogelijk om een verschillenanalyse te maken. Tevens zorgt de vergelijking van een inputbegroting met een outputrealisatie voor gebrekkige stuurinformatie omdat de inputbegroting op basis van de FB systematiek (parameters) is en de outputrealisatie op basis van het aantal geleverde DBC's maal de verkoopprijs (exclusief kapitaallasten en rentekosten). Hierdoor is het niet mogelijk om de oorzaak van een verschil te kwantificeren en aan te geven wie voor dit verschil verantwoordelijk is.

Advies bij propositie 6:

De theoretische verwachtingen zoals geformuleerd in de propositie komen niet overeen met de situatie in het OLVG. Het advies is om een verschillenanalyse in het mcs in te bouwen voor die DBC's die voor een unit verantwoordelijk zijn voor het grootste deel van de kosten (de zogenaamde 80/20 regel) of voor die DBC's die heel erg duur zijn. Gezien het feit dat de meeste units op dit moment maar één of twee B-segment DBC's leveren, is het te adviseren de verschillenanalyse uit te voeren voor de verrichtingen die veel voorkomen in een DBC of die heel duur zijn. Denk hierbij aan implantaten, medicatie, bloedproducten en verpleegdagen. Op deze verrichtingen kan een nacalculatie uitgevoerd worden aan de hand van een verschillenanalyse en de resultaten van de nacalculatie kunnen dienen als input voor het volgende jaar. Het analyseniveau van de verschillenanalyse is DBC niveau en niet afdelingsniveau. De units zijn de RVE's en zijn verantwoordelijk voor het gerealiseerde resultaat. De medisch specialist is verantwoordelijk voor de medische efficiency (realiseren normprofiel), de verantwoordelijkheid voor de productieafspraken ligt bij de unitvoorzitter (is een medisch specialist in het OLVG) en de technische efficiency is de verantwoordelijkheid van het unitmanagement: productie van de output tegen minimale kosten (prijsverschil).

Voordat een verschillenanalyse mogelijk is, dient het OLVG over te gaan op outputgericht begroten (advies bij propositie 5). De meerwaarde van deze wijze van begroten is dat een prijsverschil, bezettingsverschil en zorgprofielverschil zichtbaar gemaakt kunnen worden¹¹. Deze verschillen kunnen de afwijkingen kwantificeren en de oorzaak ervan aangeven. Een dergelijke analyse van de afwijkingen ten opzichte van de begroting wordt meer van belang bij uitbreiding van het B-segment en het toerekenen van kapitaalslasten aan DBC's. Vanaf 2012 dient een ziekenhuis de vaste kapitaalslasten uit haar productie terug te verdienen en is inzicht in het bezettingsverschil essentieel voor overleving.

De verschillenanalyse kan gecreëerd worden in het datawarehouse van het OLVG, Business Objects (BO). In BO dient een overzicht gemaakt worden met daarin het normprofiel, de kostprijs van een DBC uitgesplitst naar variabele en vaste kosten, de productieafspraken in aantallen en in geld gewaardeerd. Deze overzichten dienen afgezet te worden tegen de werkelijk gerealiseerde aantallen DBC's (per periode per specialisme), aantallen verrichtingen en personele kosten (variabele kosten) en de vaste kosten (overhead). Het uitvoeren van een verschillenanalyse op het zorgprofiel, de bezetting en/of de prijs kan vervolgens de afwijking kwantificeren en de oorzaak aanduiden.

⇒ Praktische vraagstukken bij de verschillenanalyse voortvloeiend uit de discussiebijeenkomst:

Algemeen:

- Slechts 7%-8% van de totale opbrengsten via B-segment DBC's ⇒ alleen verschillenanalyse uitvoeren voor die DBC's die frequent voorkomen en/of heel duur zijn en uit die DBC alleen die verrichtingen pakken die veel voorkomen en/of duur zijn;
- Matching tijdsvensters: onderhanden werk ⇒ kiezen voor gerealiseerde verrichtingen bij analyse zorgprofiel en bij productieaantal vergelijk je begroting met aantal geopende DBC's (gebruik de openingsdatum van een DBC);

¹¹ Zie bijlage 6: voorbeeld van een verschillenanalyse

- Risico zorgprofielverschil door parallelle DBC's: bij parallelle DBC's wordt de verrichting niet altijd aan de juiste DBC gekoppeld. Hierdoor kan er een zorgprofielverschil optreden, terwijl dit in werkelijkheid niet het geval is ⇒ er wordt een tool ontwikkeld die meer algoritmes bevat waardoor toekenning van de verrichting bij parallelle DBC's nauwkeuriger wordt, maar de dekking is nog niet 100%.

Modellering:

- Basis kostprijsmodel: in het OLVG eenmalig berekend in 2004 en niet nagecalculeerd ⇒ input kostprijs nacalculeren en aanpassen middels data uit BO. Dit wordt als kritiek punt ervaren en heeft hoge urgentie;
- Gebruik van historische ervaringscijfers in plaats van normen ⇒ advies is om een norm te stellen bij de begroting: productieafpraak als norm, het zorgprofiel als norm (na evaluatie en actualisatie), flexibele begroting als norm voor de kosten (na evaluatie en actualisatie van de input van het kostprijsmodel);
- Registraties: aansluiten coderingen productie, relaties productie en kosten en tijdigheid ⇒ invoeren en effectueren administratieve organisatie en interne controle en normen stellen aan DBC registratie (binnen x aantal dagen na laatste verrichting DBC afsluiten).

Propositie 7: informatieset en beoordeling en feedback

Om de financiële risico's van het B-segment te beheersen dient een registratie aanwezig te zijn van:

- *de aantallen DBC's per periode per specialisme;*
- *de aantallen verrichtingen per afdeling per periode;*
- *de kosten per DBC per unit per periode uitgesplitst in vaste en variabele kosten;*
- *aantal geopende en gesloten DBC's per specialisme in verband met onderhanden werk;*
- *aantal gesloten DBC's en gefactureerde DBC's per specialisme in verband met het uitvalpercentage door validatie.*

Deze informatie dient opgenomen te worden in de managementrapportage en afgezet te worden tegen de begrootte aantallen en kosten (verschillenanalyse propositie 5).

In het OLVG wordt gewerkt met het registratieprogramma X/Care, voor OK verrichtingen wordt het programma OPL gebruikt, voor laboratoria het programma Glims en voor radiologie het programma Qdoc. In X/Care worden B-segment DBC's geregistreerd:

- Datum openen DBC;
- Alle verrichtingen per DBC (met uitzondering van de OK, laboratorium en radiologie verrichtingen; deze worden in andere systemen geregistreerd);
- Datum sluiten DBC.

De verrichtingen van de OK, radiologie en laboratoria worden ingelezen in X/Care. Vanuit X/Care is het mogelijk om het aantal geopende en gesloten DBC's op te vragen en het aantal gefactureerde DBC's is zichtbaar. Dit zorgt ervoor dat het uitvalpercentage door validatie gegenereerd kan worden.

Het datawarehouse BO heeft nu nog niet de functionaliteit om een overzicht te genereren van de aantallen verrichtingen per afdeling per periode en de kosten per DBC per unit per periode, uitgesplitst in vaste en variabele kosten. Het normprofiel van B-segment DBC's is niet in BO opgenomen, waardoor vergelijkingen tussen de norm en gemiddelde realisatie niet mogelijk zijn.

Tevens zijn de kosten per verrichting wel bekend, maar kunnen niet in een overzicht in BO gegenereerd worden. Hierdoor is het niet mogelijk om de gerealiseerde kosten van een DBC af te zetten tegen de gerealiseerde opbrengsten, uitgesplitst in vaste en variabele kosten.

Toetsing:

X/Care genereert data (input), maar dit is nog geen managementinformatie. BO is het datawarehouse van het OLVG en dient de data om te zetten in stuurinformatie. BO is echter nog niet zo ingericht dat het mogelijk is adequate stuurinformatie te genereren voor het B-segment.

Advies bij propositie 7:

BO dient aangevuld te worden met het normprofiel en de kostprijzen per verrichting. Door het normprofiel toe te voegen worden vergelijkingen met het gemiddeld gerealiseerde zorgprofiel mogelijk. Dit geeft inzicht in de efficiency en door de kostprijzen per verrichting toe te voegen is het mogelijk het zorgprofielverschil uit te drukken in euro's. Inzicht in het gerealiseerde zorgprofiel zorgt er tevens voor dat een vergelijking gemaakt kan worden met de landelijke profielen; dit kan informatie genereren over de positie van het OLVG met betrekking tot die DBC. Wanneer blijkt dat het OLVG met een bepaalde DBC sterk afwijkt van het landelijk gemiddelde kunnen kosten-batenanalyses uitgevoerd worden voor verschillende alternatieven. Bij gelijkblijvende kwaliteit kan het alternatieve zorgprofiel gekozen worden dat de minste kosten genereert. Bij deze procesherinrichting van behandelprocessen kunnen naast medisch inhoudelijke ook economische afwegingen worden meegenomen.

Tot slot is het aan te bevelen de managementinformatie met betrekking tot B-segment DBC's te differentiëren naar doelgroep. De units maken maandrapportages voor de RvB en deze rapportages hanteren de units ook voor interne sturing van de unit. Voor de RvB is geaggregeerde informatie interessant en voor de units is meer gedetailleerde informatie nodig voor adequate sturing. De RvB is geïnteresseerd in het gehele OLVG resultaat en de bijdrage van de units aan dit resultaat. Met betrekking tot B-segment DBC's is het aan te bevelen aan de RvB te rapporteren over:

- Gerealiseerde aantallen B-segment DBC's ten opzichte van de begroting (afwijking in percentage);
- Gerealiseerde omzet in het B-segment ten opzichte van de begroting (afwijking in percentage);
- Overzicht met het aantal gefactureerde DBC's en onderhanden werk (aantallen en euro's);
- De gerealiseerde kosten in het B-segment ten opzichte van de begroting: flexibel begrotingsoverzicht (afwijking in percentage);
- Gerealiseerd resultaat (winst / verlies) ten opzichte van de begroting (afwijking in percentage);
- Uitvalpercentage;
- Aantal te laat afgesloten DBC's ⇒ dit laat zien dat DBC's een onnodig (te) lange doorlooptijd kennen en dit is ongunstig voor de liquiditeitspositie van het OLVG. Hierbij dient 'te laat' geoperationaliseerd te worden in een norm ⇒ de landelijke norm voor doorlooptijd van een DBC kan gehanteerd worden;

- Korte toelichting op de afwijkingen.

Voor de units is het aan te bevelen deze rapportage aan de RvB aan te vullen met de volgende informatie:

- Voor die DBC's die verantwoordelijk zijn voor het grootste deel van de kosten een verschillenanalyse toevoegen;
- Aantal en soort niet-gekoppelde essentiële verrichtingen ('afval') ⇒ dit geeft informatie over essentiële verrichtingen die niet gekoppeld zijn aan een DBC en niet gefactureerd kunnen worden; dit zorgt voor een inkomensverlies.

Voorwaarden bij deze rapportage zijn dat:

- Er outputgericht begroot wordt;
- In BO normprofielen opgenomen zijn;
- In BO de productieafspraken opgenomen zijn;
- In BO de kostprijzen per verrichting opgenomen zijn;
- In BO onderscheid gemaakt is tussen de vaste en variabele kosten per DBC
- In BO de gerealiseerde aantallen DBC's, verrichtingen, vaste en variabele kosten, en omzet opgenomen zijn.

Hier is nog niet aan voldaan en dit dient eerst gerealiseerd te worden voordat de bovengenoemde stuurinformatie gegenereerd kan worden.

⇒ Praktische opmerkingen bij dit advies voortvloeiend uit de discussiebijeenkomst:

De benchmark van zorgprofielen met (landelijk) gemiddelde van andere ziekenhuizen is zeer wenselijk. Dit geeft de mogelijkheid kritisch naar het zorgprofiel van een bepaalde DBC te kijken en geeft een incentive voor (proces)verbeteringen. Wel dienen er hiervoor recente gemiddelde (landelijke) zorgprofielen van ziekenhuizen beschikbaar te zijn.

Tevens wordt BO (nog) niet veel gebruikt door het unitmanagement omdat het nog in ontwikkeling is en het nog geen adequate stuurinformatie genereert. Ondersteuning door BO voor het genereren van managementinformatie is echter wel wenselijk en hiermee sluit het advies aan bij de behoefte van het unitmanagement.

Propositie 8: prestatie-indicatoren en beoordeling en feedback

Om de financiële risico's van het B-segment te beheersen, dient een ziekenhuis naast financiën, ook te sturen op kwaliteit. Hiervoor dienen meetbare prestatiecriteria ontwikkeld te worden. Dit zijn zowel service als medische criteria. Deze prestatiecriteria dienen opgenomen te worden in de managementrapportage.

Het OLVG heeft nog geen prestatiecriteria ontwikkeld die specifiek voor het B-segment gelden en die structureel door de betreffende units gemeten worden. Het OLVG hanteert de landelijke prestatie-indicatoren van de IGZ en ze is op centraal niveau een project voor telefonische bereikbaarheid gestart. Tevens zijn er in de productcatalogus van het B-segment een aantal prestatie-indicatoren opgenomen, maar deze worden niet (structureel) gemeten.

Daarnaast is er een aantal units die prestatie-indicatoren hanteert. De PBU Oogheelkunde heeft voor haar eigen unit een aantal prestatie-indicatoren benoemd waarbij ook normen gesteld zijn (klanttevredenheid, inroepen anesthesist en wachttijden). De PBU Orthopedie meet op decentraal niveau de prestatie-indicator wachttijd; hier is geen norm bij gesteld. De PBU

Urologie heeft voor het OK proces van haar behandelingen prestatie-indicatoren benoemd (bedbezetting OK en uitval van patiënten van het OK programma). Hierbij zijn geen normen gesteld en deze indicatoren zijn niet structureel opgenomen in de maandrapportage. De PBU KNO heeft op decentraal niveau geen prestatie-indicatoren benoemd.

Toetsing:

Kwaliteitsbeheersing is vooralsnog niet opgenomen in het mcs van het OLVG. Het benoemen en meten van prestatie-indicatoren is gefragmenteerd en niet procesmatig opgenomen in het mcs. De kwaliteitsbeheersing verloopt via de (dienstdoende) artsen en gehanteerde richtlijnen en protocollen.

Advies bij propositie 8:

Het OLVG dient voor de veel voorkomende en dure DBC's prestatie-indicatoren te ontwikkelen op zowel medische als service criteria. De units dienen over deze prestatie-indicatoren te rapporteren aan de RvB. Voor iedere unit kan een norm gesteld worden waartegen de realisatie wordt afgezet (monitoren van prestatie-indicator). De externe prestatie-indicatoren voor de zorginkoop zoals ontwikkeld door de Orde van Medisch Specialisten (OMS)¹², kunnen wellicht als normatief kader dienen bij de interne besprekingen van de units; dit betreffen indicatoren over de kwaliteit van de medisch inhoudelijke zorgverlening. De service criteria bestaan uit de service die geboden wordt door het OLVG. Deze kunnen bestaan uit: toegangstijden polikliniek en kliniek, wachttijden dagbehandeling en kliniek, doorlooptijden, telefonische bereikbaarheid en het percentage door de unit afgezegde consulten, OK's en opnames.

⇒ Praktische vraagstukken bij dit advies voortvloeiend uit de discussiebijeenkomst:

Het OLVG levert een breed dienstenpakket met zowel A- als B-segment behandelingen en het ziekenhuis wil hierin geen onderscheid maken wat betreft kwaliteit; het OLVG wil kwaliteit leveren voor zowel A- als B-segment producten. De medisch inhoudelijke prestatie-indicatoren zoals door de OMS zijn ontwikkeld, zijn niet bekend bij alle aanwezigen, maar na toelichting staan ze hiervoor wel open. Deze prestatie-indicatoren kunnen een optie zijn om het eigen zorgproces te ontwikkelen en te verbeteren op zowel logistiek als kwalitatief gebied. Wat betreft de service criteria wordt vastgehouden aan geen onderscheid tussen A- en B-segment. Dit is in lijn met de strategie: het OLVG wil een gasthuis zijn dat voorziet in de behoefte aan professionele medische dienstverlening in de breedste zin. Het OLVG wil zich naar buiten toe profileren als een gasthuis waar men snel terecht kan, een snelle doorlooptijd kent en waar kwalitatief goede zorg geleverd wordt, ongeacht voor welke behandeling (zorgproduct) de patiënt komt. Dit kan het ziekenhuis naar buiten uitdragen en intern verbijzonderen op unitniveau. Zo kunnen de units per diagnose of behandeling (ongeacht of dit A- of B-segment betreft) normen formuleren voor toegangstijd, doorlooptijd en complicaties passend bij het zorgtraject. Hiermee worden voor zowel A- als B-segment producten prestatie-indicatoren ontwikkeld, maar indien gewenst, bijvoorbeeld in onderhandeling met zorgverzekeraars, kan het

¹² Zie verder: Orde van Medisch specialisten. 2006. Kwaliteit van zorg in de etalage. Utrecht.

OLVG wel specifiek over het B-segment spreken en/of interventies toepassen op het zorgtraject van een B-DBC voor logistieke en kwalitatieve verbeteringen.

Propositie 9: beoordeling en feedback en beloning

Om de financiële risico's van het B-segment te beheersen, dienen de werkelijk gerealiseerde zorgprofielen jaarlijks vergeleken te worden met de ex ante gestelde norm. De uitkomsten hiervan kunnen vergeleken worden met andere ziekenhuizen (concurrenten). De hieruit af te leiden conclusie kan de basis zijn om de norm van zorgprofielen aan te passen waardoor de kostprijs verandert. Tevens kan de conclusie van de benchmark aanleiding zijn voor interne (proces)verbeteringen wanneer blijkt dat het ziekenhuis structureel afwijkt van het (landelijk) gemiddelde.

Tot slot dient het kostprijsmodel jaarlijks geëvalueerd te worden. Wanneer de kostprijzen van de verrichtingen ontoereikend zijn, wordt een ontoereikende kostprijs voor een DBC berekend en leidt dit tot tekorten.

De units KNO en Urologie hebben jaarlijks de zorgprofielen vergeleken met het gemiddeld gerealiseerd zorgprofiel. De unit Oogheelkunde vergelijkt jaarlijks haar eigen zorgprofiel met het landelijk gemiddeld zorgprofiel. De unit Orthopedie heeft nog geen evaluatie van de zorgprofielen uitgevoerd.

Het kostprijsmodel dat in het OLVG gehanteerd is, is het landelijke uniforme kostprijsmodel voor DBC's. De kostprijzen zijn berekend in 2004 en vervolgens is jaarlijks een opslagpercentage gehanteerd voor prijsstijgingen; er heeft nooit een evaluatie plaatsgevonden van de brongegevens die als input dienen voor het kostprijsmodel.

Toetsing:

Het OLVG heeft een jaarlijkse evaluatie van de zorgprofielen en de kostprijs niet ingebouwd in haar mcs (zie propositie 3 en 4).

Advies bij propositie 9:

Het is te adviseren een structurele evaluatie in te bouwen van zorgprofielen en de brongegevens die als input dienen voor het kostprijsmodel in het mcs. De evaluatie van zorgprofielen genereert informatie voor kwaliteitsverbetering en procesverbeteringen; waar kan efficiëntieverbetering gerealiseerd worden rekeninghoudend met de kwaliteits- en kostenimplicaties. Tevens zorgen de evaluatiegegevens voor de mogelijkheid om een benchmark met andere (concurrerende) ziekenhuizen uit te voeren. Dit geeft informatie over de marktpositie van het OLVG; wat is de positie van die DBC van het OLVG ten opzichte van andere ziekenhuizen en waar kan het OLVG zich in verbeteren. Tot slot zorgt de evaluatie van de zorgprofielen voor aanpassing in het normprofiel waar nodig. Deze aanpassingen dienen in het kostprijsmodel geëffectueerd te worden; het zorgprofiel geeft het behandelprofiel met de verrichtingen weer en dient als input voor de kostprijs. Hierdoor wordt de kostprijs aangepast aan de gerealiseerde veranderingen in het zorgprofiel en sluit de kostprijs aan bij de werkelijkheid; dit is nu niet het geval. De input van de kostprijs is verouderd (2004 laatste kostprijsberekeningen) en correspondeert niet meer met de werkelijke kosten van een DBC.

⇒ Conclusie voortvloeiend uit discussiebijeenkomst:

De behoefte is enorm groot om de kostprijzen te herzien. De kostprijzen zijn geen realistische weergave van de werkelijkheid. Om goede stuurinformatie te genereren, is het van groot belang de kostprijzen op orde te hebben. De urgentie is dan ook hoog.

Propositie 10: beloningssysteem

Om het EV te kunnen laten groeien, dient een ziekenhuis dit te verdisconteren in de DBC-prijzen van B-segment DBC's. Het positieve rendement op de variabele kosten van de DBC prijs kan vervolgens ten goede komen aan de individuele medewerkers van de unit die dit positieve rendement behaald hebben (incentive voor efficiëntie).

Wanneer een unit meer dan 2% rendement behaald op de externe omzet, mag een unit een bepaald deel van dit extra rendement houden en het andere deel is voor het OLVG. Over deze verdeling van de winst zijn echter geen vaste afspraken. Afhankelijk van de hoogte van het behaalde resultaat, wordt het percentage dat de unit mag besteden vastgesteld. Met enkele units is afgesproken dat éénderde besteed mag worden aan bonussen, éénderde voor investeringen en éénderde voor het concern om toe te voegen aan het EV. Wanneer de 2% rendement niet behaald wordt en er sprake is van een negatief resultaat, dient een unit hierover verantwoording af te leggen aan de RvB.

Toetsing:

Het OLVG heeft in haar DBC prijzen de toename van het EV als gevolg van het verhoogd resultaatrisico niet verdisconteerd. Het OLVG hanteert een methodiek om achteraf, na realisatie van meer dan 2% rendement op de externe omzet, een deel daarvan te reserveren voor bedrijfsrisico's (verliesgevende units). De units zelf mogen ook een bepaald deel van dit rendement besteden. Deze methodiek heeft een beperkte invloed op het gedrag van de medewerkers; wanneer ze immers extra rendement behalen, dienen ze een deel hiervan af te dragen aan verliesgevende units (die wellicht minder efficiënt werken en financieel gesteund worden door het OLVG). Tevens geeft dit de incentive om bij een positief resultaat in de halfjaarrapportage deze winst in het tweede halfjaar te besteden aan de eigen unit zodat het eind van het jaar met een gematigd resultaat of op nul wordt afgesloten: zo 'profiteert' een unit van de eigen 'winst' en is er geen of een geringe afdracht voor andere (verliesgevende) units.

Advies bij propositie 10:

De verhoogde risicograad door introductie van het B-segment zorgt ervoor dat een risicodragend eigen vermogen meer noodzakelijk wordt. Hiervoor zal moeten worden gereserveerd; het EV van het OLVG ten opzichte van het extern budget bedraagt 6,6% en is hiermee onvoldoende (dient te gaan groeien naar 20%-40%). Het OLVG heeft deze reservering voor het EV niet in de prijzen van DBC's verdisconteerd. Het is te adviseren om bij de prijsonderhandelingen met zorgverzekeraars over het B-segment te verdisconteren voor het EV. Deze marge in de verkoopprijs ten opzichte van de kostprijs, dient bestemd te worden voor het EV. Wanneer voor het EV is verdisconteerd, is er voorafgaand aan een productiejaar helder welk deel van een B-segment DBC afgedragen dient te worden aan de RvB. De winst die gemaakt wordt door een unit is vervolgens voor de unit zelf en er dient achteraf niet een deel

van de winst te worden afgedragen. Dit sluit aan bij de context van het OLVG: een decentrale structuur met winstcentra die verantwoordelijk zijn voor zowel de kosten als opbrengsten. De winst van een unit kan de basis zijn voor prestatiebonussen voor de medewerkers. Alle medewerkers van het OLVG, inclusief de medisch specialisten, zijn in loondienst. Door het introduceren van prestatiebonussen worden medewerkers gestimuleerd om efficiënt te produceren; prestatiegericht werken vraagt echter wel om een cultuuromslag in het OLVG: van een rollencultuur met functies en specialismen centraal naar een meer ondernemende, resultaatgerichte cultuur (op het uitvoerend niveau).

⇒ Praktische vraagstukken bij dit advies voortvloeiend uit de discussiebijeenkomst:

- (Individuele) prestatiebeloning is lastig in ziekenhuizen; diffuse verantwoordelijkheidsstructuur ⇒ advies is om de beloning toe te kennen aan de unit en niet aan individuele medewerkers. De basis voor de beloning dient naast het rendement op de variabele kosten van een DBC te bestaan uit het resultaat op kwaliteitsindicatoren (zie advies bij propositie 8). Dit zorgt ervoor dat er naast financiële sturing ook een incentive bestaat voor sturing op kwaliteit(sverbetering).
- Om het EV te laten groeien kan ook voorafgaand aan een productiejaar vastgesteld worden hoeveel EV het OLVG na dat jaar wil hebben en vervolgens afleiden hoeveel rendement op de externe omzet behaald dient te worden door de units en dit rendement als norm hanteren ⇒ het advies blijft echter om vooraf in de DBC prijs te verdisconteren voor toename van het EV. Dit geeft meer zekerheid, omdat per gerealiseerde DBC een vast deel wordt afgedragen voor het EV (de marge tussen kostprijs en verkoopprijs). Bij het idee van het rendement op de externe omzet afstemmen op gewenste toename van het EV, is het onzeker of het EV daadwerkelijk toe zal nemen; indien units het rendement niet halen, wordt er niets toegevoegd aan het EV. Bij verdiscontering is de hoogte van de toename van het EV te benaderen middels de verwachte productie; de werkelijke productie kan afwijken van de begrootte productie, maar het EV neemt, in mindere of meerdere mate van de verwachting, wel toe. Hierbij is het wel noodzakelijk te beschikken over juiste kostprijzen om een goede basis te hebben voor de onderhandelingen met zorgverzekeraars over de verkoopprijs.

7. Conclusie en discussie

7.1 Conclusie

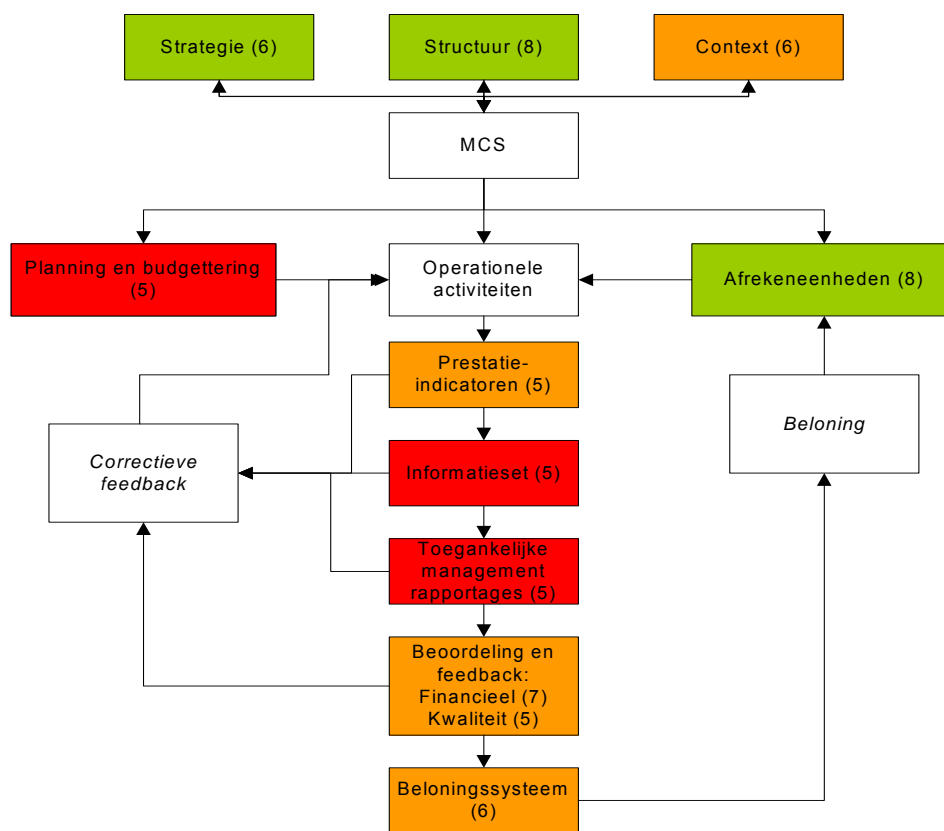
In deze paragraaf wordt een antwoord geformuleerd op de probleemstelling van het onderzoek.

De probleemstelling luidt als volgt:

'Hoe dient het management control systeem van het OLVG aangevuld te worden om de financiële risico's die het B-segment met zich meebrengt, te beheersen?'

Naar aanleiding van het onderzoek kan geconcludeerd worden dat het mcs van het OLVG op een aantal punten overeenkomt met de theoretische verwachtingen, maar dat er op een aantal onderdelen van het mcs behoefte bestaat tot aanvulling om tot betere beheersing van de financiële risico's van het B-segment te komen. Ook kan geconcludeerd worden dat een aantal theoretische verwachtingen niet tot gewenste interventies leidt in het OLVG; de theorie komt niet overeen met de behoeften in de praktijk.

Om de ontwikkeling van het mcs van het OLVG per onderdeel aan te geven, wordt een 10-puntsschaal gehanteerd en de kleuren geven de urgentie van aanpassing van het mcs aan.



- Aanpassing op langere termijn (>1<2 jaar)
- Aanpassing op korte termijn (< 1 jaar)
- Aanpassing zo snel mogelijk; hoge urgentie

(0 – 10): mate van ontwikkeling van het mcs gezien de beheersing van de financiële risico's van het B-segment; oplopend van 0 (slecht) tot en met 10 (zeer goed).

Conclusies per onderdeel van het mcs:

1. Strategie: het OLVG gebruikt het mcs niet alleen om de eenmaal gekozen strategie uit te voeren, maar ze past het ook toe op veranderingen in de interne en externe omgeving. Een aantal strategische doelen ontbreekt het echter aan concretisering tot meetbare doelen en voor de units ontbreken verplichte velden bij de strategieformulering (advies bij propositie 1).
2. Structuur: de structuur van het OLVG komt overeen met de theoretische verwachtingen: RVE's zijn verantwoordelijk voor zowel kosten als opbrengsten. Echter de wijze van begroten sluit niet aan bij de structuur; dit behoeft aanvulling (advies bij propositie 2).
3. Planning en budgettering: er bestaan zorgprofielen, maar geen (juiste) kostprijzen in het OLVG die gebruikt kunnen worden bij de planning en begroting. De opstelling en de berekening van de zorgprofielen en kostprijzen zijn gedateerd en evaluatie hiervan is niet opgenomen in het mcs; hier dient het mcs aangepast te worden (advies bij propositie 3,4 en 9)
Tevens komt de wijze van begroten voor het B-segment niet overeen met de theoretische verwachting; er wordt begroot op basis van input aan de hand van de FB parameters. Deze wijze van begroten behoeft aanpassing (advies bij propositie 5).
4. Afrekenenheden: er zijn RVE's gedefinieerd in het OLVG die aangemerkt worden als winstcentra. Tevens heeft het OLVG kostprijzen voor zowel haar externe dienstverlening aan klanten als voor interne dienstverlening berekend. Deze kostprijzen zijn echter gedateerd en dienen geactualiseerd te worden (advies bij propositie 4 en 9).
5. Prestatie-indicatoren: hier behoeft het mcs van het OLVG aanpassing. De sturing is voornamelijk gericht op financiën en niet op kwaliteit. Gefragmenteerd in de organisatie is er sprake van prestatie-indicatoren, maar dit is niet structureel voor iedere unit. Er dienen meetbare prestatie-indicatoren opgenomen te worden in het mcs (advies bij propositie 8). Het advies wijkt echter af van de propositie: het OLVG wil niet specifiek het onderscheid maken tussen A- en B-segment op het gebied van kwaliteit. Prestatie-indicatoren zullen voor zowel A- als B-segment producten gehanteerd worden.
6. Informatieset: de informatieset is niet gedifferentieerd naar doelgroep: voor de RvB is geaggregeerde stuurinformatie wenselijk en voor het unitmanagement is gedetailleerde stuurinformatie benodigd (advies bij propositie 6 en 7).
7. Toegankelijke managementrapportages: het ontbreekt in het OLVG aan informatie die adequate sturing op het B-segment mogelijk maakt (advies bij propositie 6 en 7).
8. Beoordeling en feedback: in het OLVG wordt alleen het financiële resultaat beoordeeld. Structurele feedback op de zorgprofielen, kostprijs en de kwaliteit ontbreekt. Tevens zorgt het ontbreken van een adequate informatieset voor gebrekkige beoordeling van het resultaat in het B-segment; het mcs behoeft hier aanvulling (advies bij propositie 6, 7, 8 en 9).
9. Beloningssysteem: het beloningssysteem van het OLVG sluit niet aan bij het unitmodel. Er dient achteraf een deel van het positieve rendement te worden ingeleverd. Het mcs behoeft de aanpassing dat vooraf verdisconteerd wordt voor het ondernemersrisico van het B-segment en dat het positieve rendement ten goede komt aan de unit. Echter puur financiële sturing is niet wenselijk, dus het resultaat op de kwaliteitsindicatoren dient ook

beoordeeld te worden. Tot slot is het in het OLVG niet wenselijk om met individuele prestatiebeloning te gaan werken. Het ziekenhuis kent een diffuse verantwoordelijkheidsstructuur en beloning dient daarom ten goede te komen aan de unit; dit wijkt af van de theoretische verwachting (advies bij propositie 10).

10. Context: het OLVG reageert op veranderingen in de omgeving en zij heeft een expliciete keuze gemaakt om een breed dienstenpakket aan te bieden. De cultuur van het OLVG is echter (nog) niet voldoende ondernemersgericht en afgestemd op het unitmodel met winstcentra; dit behoeft aanpassing (advies bij propositie 10).

Een aantal adviezen zijn randvoorwaardelijk aan andere adviezen. Het is dan ook niet altijd (direct) mogelijk om een bepaald advies uit te voeren en een ander advies niet. Gezien de situatie in het OLVG, is het aan te bevelen om te starten met het evalueren en actualiseren van de kostprijzen. Juiste kostprijzen vormen voor veel adviezen een randvoorwaarde. Gezien het feit dat het opnieuw berekenen van kostprijzen (en het ontwikkelen van een kostprijsmodel) veel tijd kost, is het OLVG eerst gestart met de adviezen omtrent de managementinformatie: er is een unit dashboard in ontwikkeling waarin ook specifiek prestatie-indicatoren voor het B-segment in worden opgenomen¹³; dit betreffen indicatoren die zonder (juiste) kostprijzen te meten zijn en (in de toekomst) uit BO gehaald kunnen worden¹⁴.

Tot slot van de conclusie dient opgemerkt te worden dat de implementatie van het unitmodel en de DBC financiering in het OLVG pas recent afgerond zijn en dat er een aantal onderdelen met betrekking tot management control in ontwikkeling zijn. Het laatste advies is dan ook om de toetsing van de proposities in 2007 te herhalen en na te gaan welke ontwikkeling het mcs van het OLVG heeft doorgemaakt.

7.2 Discussie

In dit onderzoek is in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis onderzocht hoe de financiële risico's van het B-segment beheerst kunnen worden middels aanpassing van het mcs. Om deze probleemstelling te kunnen beantwoorden, is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Aan de hand van een documentenanalyse, oriënterende gesprekken en interviews, is (de werking van) het huidige mcs van het OLVG beschreven. De oriënterende gesprekken en interviews hebben tevens gediend om inzicht te krijgen in de behoeften wat betreft het mcs. In de analyse is het huidige mcs van het OLVG getoetst aan theoretische verwachtingen voortvloeiend uit de literatuur. De resultaten van de toetsing hebben laten zien dat aanpassing van het mcs op een aantal onderdelen gewenst is en gezien de toekomstige ontwikkelingen (uitbreiding B-segment) noodzakelijk. De aanpassingen zijn geformuleerd in adviezen. Deze adviezen zijn afgestemd op de situatie in het OLVG en ze zijn niet (direct) één op één te generaliseren naar andere (gelijksoortige) ziekenhuizen. Hiervoor is nader onderzoek vereist binnen meerdere, verschillende cases. In dit onderzoek heeft dan ook de theoretische generaliseerbaarheid centraal gestaan en niet de statistische generaliseerbaarheid.

¹³ Zie bijlage 7: Unit dashboard

¹⁴ Zie bijlage 8: Overzichten Business Objects

Tevens kent het merendeel van de adviezen die geformuleerd zijn naar aanleiding van het onderzoek, een niet-willekeurige volgorde; een bepaald advies is een randvoorwaarde voor een ander advies. Het is daarom niet (altijd) mogelijk om een bepaald advies wel op te volgen en een ander advies niet. Tevens betreft het adviezen voor de financiële risico's van het B-segment; er is geen onderzoek gedaan naar andere (financiële) risico's die ziekenhuizen kunnen lopen (door recente andere veranderingen in het zorgstelsel).

Tot slot zijn de theoretische verwachtingen alleen geformuleerd en getoetst op onderdelen van het mcs zoals beschreven in het theoretisch kader. Andere initiatieven en instrumenten om het financieel risico van het B-segment te beheersen, zijn niet meegenomen. Een marketinginitiatief zou bijvoorbeeld de afzet kunnen vergroten door het aanboren van (nieuwe) patiënten en/of markten; dit is echter geen onderdeel van het mcs zoals gehanteerd in dit onderzoek en is niet meegenomen in de proposities en analyses.

Literatuurlijst

- Algemene Rekenkamer. 2000. *Bekostiging ziekenhuiszorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 490, 2000.
- Anthony, R.N. 1965. *Planning and control systems*. Boston: Harvard Business School Press.
- Anthony, R.N. 1988. *The Management control function*. Boston: Harvard Business School Press.
- Anthony, R.N. & D.W. Young. 2003. *Management control in nonprofit organizations*. New York: McGraw-Hill Irwin.
- Anthony, R.N. & D.W. Young. 1999. *Management control in nonprofit organizations*. New York: McGraw-Hill Irwin. 6th edition.
- Borgsteede, H. 2001. 'Ik wens ons veel succes.' In: *DBC 2003. Stand van zaken revalidatiezorg: 1-2*. Utrecht: Drukkerij Bouman.
- Bowling, A. 2002. *Research Methods in health. Investigation health and health services*. Buckingham: Open University Press
- Cardinaels, E. & A.A. Smith. 2005. 'Financiële risico's van de DBC. Naar een herdefiniëring van bank-zorgaanbiederrelatie?' *Management control en accounting* (9)4:12-15.
- (Casemix). 2006. 'Casemixmanagement: werken met Diagnosebehandelingcombinaties.' J.J. Zuurbier, M. de Groot & R. Spanjers, 2003. [aangehaald 24 maart 2006]. Bereikbaar op http://www.casemix.nl/media/med_view.asp?med_id=141
- CBZ. 2005. *Wetsvoorstel Wet Toelating zorginstellingen*. Utrecht.
- Creswell, J.W. 2003. *Research design. Qualitative, Quantitative and Mixed methods approaches*. Sage Publications.
- CTG/ZAio. 2006. *De Zichtbare hand. Uitvoeringstoets ziekenhuiszorg*. Utrecht.
- CTG/ZAio. 2004. *Consultatiedocument ziekenhuiszorg: analyse en aanbevelingen voor concurrentie in het B-segment*. Utrecht.
- CTZ. 2003. *Toezichttoets: bekostigingssysteem op basis van DBC's*. Amstelveen.
- (DBC onderhoud). 2006. 'Wat is een DBC?' [Internet]. DBC onderhoud, [aangehaald 24 maart 2006]. Bereikbaar op <http://www.dbconderhoud.nl/informatie/wat>.
- Elsinga. 1998. 'Financiering van zorginstellingen. *ZM magazine* 14(7/8):8-12.
- Finlay, P. 2000. *Strategic management. An introduction to business and corporate strategy*. England: Prentice Hall.
- Flamholtz, E. 1996. 'Effective Organizational Control: a framework, applications and implications.' *European Management Journal* 14(6): 596-611.
- Flamholtz, E. 1996. *Effective Management control: theory and practice*. Boston: Kluwer Academic Publishers
- Flamholtz, E., T.K. Das & A.S. Tsui. 1985. 'Toward an integrative framework of organizational control.' *Accounting, Organizations and Society* 10(1):35-50.
- Gapenski, L.C. & B. Langland-Orban. 1998. 'The financial risk to hospitals inherent in DRG, Per Diem, and Capitation Reimbursement Methodologies.' *Journal of healthcare management* 43(4):323-337.

- Geelhoed, J. 2005. *Control deficiencies in Dutch Health Care sector. An analysis of the planning and control cycle in hospitals and the Dutch Ministry of Health and the relationship between them.* Enschede: Febodruk.
- Groot, T.L.C.M. & G.J. van Helden. 2003. *Financieel Management van non-profit-organisaties.* Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Halder, B. van. 1999. *Management control: confectie of maatwerk.* Amsterdam: Vossiuspers.
- Hartog, F. den & E. van sluijs. 1995. *Onderzoek in organisaties. Een methodologische reisgids.* Assen: Van Gorcum & comp.
- Hasselbekke, B.J., Kertzman, E.N. & Janssen, R.T.J.M. 2004. 'Contracteren op de markt van ziekenhuiszorg.' In: T.E.D. van der Grinten et al (red.), *Handboek onderhandelen en contracteren in de zorg: structuur en financiering gezondheidszorg*, II 1.9-1 – II 1.9-19 . Utrecht: De Tijdstroom.
- Hofstede, G. 1981. 'Management control of public and not-for-profit activities.' *Accounting, Organizations and Society* 6(3): 193-211
- Hoogervorst, J.F. 2005. 'Regeling vrij onderhandelbare DBC's.' *Staatscourant* 31-01-2005 (21):11.
- Jaspers, C.A. & G.J. Vermaeten. 1995. 'Waartoe bestaat het ziekenhuis. De rollen van de overhead en het ziekenhuisbestuur.'
- Langfield-Smith, K. 1997. 'Management Control Systems and Strategy: a critical review.' *Accounting, Organizations and Society* 22(2):207-232.
- Maarsse, H. 2004. 'Marktwerking in de gezondheidszorg'. In: J. Zuurbier & Y. Krabbe-Alkemade (red). *Onderhandelen over DBC's: een thematische benadering*, 12-27. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Merchant, K.A. 1998. *Modern management control systems. Text and cases.* Prentice Hall.
- Ministerie van VWS. 2005. *Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg.* Den Haag.
- Ministerie van VWS. 2004. *De nieuwe zorgverzekering in kort bestek.* Den Haag.
- Mintzberg, H. 1983. *Structures in fives: designing effective organizations.* New York: Prentice Hall Inc.
- Nixon, W.A.J. & J. Burns. 2005. 'Management control in the 21st century.' *Management Accounting Research* 16:260-268.
- Otley, D. 1999. 'Performance management: a framework for management control system research.' *Management accounting Research* 10: 363-382.
- Otley, D. 1994. 'Management control in contemporary organizations: towards a wider framework. *Management Accounting Research* 5:289-299.
- Otley, D.T. & A.J. Berry. 1980. 'Control, organization and accounting.' *Accounting, Organizations and Society* 5(2):231-244.
- Palley, M.A. 1990. 'Payment changes require integrating records.' *Healthcare Financial Management* 44(6):52-60.
- Porter, M.E. 1996. 'What is strategy?' *Harvard Business review* 74(6):61-78.

- Schaepekens, F.F.J.M. 2004. 'Marktwerving in de ziekenhuiszorg; enige beschouwingen.' *Management, control en accounting* 8(6):6-11
- Schaepekens, F.F.J.M. 2002. 'Ziekenhuisbekostiging in Nederland; van FB naar DBC.' *Management, control en accounting* 6(5):13-25
- Segers, J. & Hutjes, J. 1999. 'De gevalsstudie'. In: *Methoden voor de maatschappijwetenschappen*, 339-366. Assen: Van Gorcum.
- Simons, R. 1999. *Performance measurement and control systems for implementing strategy*. New Jersey: Prentice Hall.
- Simons, R. 1995. *Levers of control: how to use innovative control systems to drive strategic renewal*. Boston: Harvard Business School Press.
- Taheri, P., D. Butz, R. Dechert & L. Greenfield. 2001. 'How DRGs hurt academic health systems.' *American College of surgeons* 193(1):1-8.
- Tweede Kamer. 2003b. 'Vaststelling van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2004.' Den Haag: SDU uitgevers. Vergaderjaar 2003-2004, 29200 XVI, nr 24.
- Varkevisser, M., S.A. van der Geest, F.T. Schut & E. Dijkgraaf. 2003. *Gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg. De deelmarkten spoedeisende zorg en de electieve zorg in dagbehandeling*. Studies in Economic Policy, nr. 11. OCFEB/iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam. Den Haag.
- Vosselman, E.G.J. 1996. *Ontwerp van management control-systemen: een economische benadering*. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen.
- Whitley, R. 1999. 'Firms, institutions and management control: the comparative analysis of coordination and control systems. *Accounting, Organizations and Society* 24:507-524.
- Wit, H. de. 2004. *Gevolgen latere ingangsdatum WTG-ExPres voor DBC-invoering B-segment*. Utrecht: CTG/ZAio.
- Yin, R.K. 2003. *Case study research. Design and methods*. United States of America: Sage Publications.
- Zuurbier, J.J. 2004. 'Prestatiegerichte bekostiging op basis van DBC's. In: J. Zuurbier & Y. Krabbe-Alkemade (red). *Onderhandelen over DBC's: een thematische benadering*, 29-42. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Zuurbier, J.J. 1995. Intern financieel beheer in ziekenhuizen: ontwikkelingen en veranderingen. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie* 69(11):665-670.
- Zuurbier, J.J. 1994. *Financial control in hospitals: the changing structure of internal financial control in Dutch hospitals*. Enschede.
- Zuurbier, J.J. & R. Spanjers. 2004. 'Casemixmanagement.' In: J. Zuurbier & Y. Krabbe-Alkemade (red). *Onderhandelen over DBC's: een thematische benadering*, 83-98. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Documenten

- 2006. 'Maandrapportage PBU Orthopedie april 2006'. [managementrapportage]. April 2006.
- 2006. 'Maandrapportage PBU Oogheelkunde April 2006'. [managementrapportage]. April 2006.

- 2006. '*Maandrapportage PBU KNO maart 2006*'. [managementrapportage]. Maart 2006.
- 2006. '*Maandrapportage PBU Urologie februari 2006*' [managementrapportage]. Februari 2006.
- 2006. '*Bericht van de Raad van Bestuur*'. [interne memo]. 17 mei 2006.
- 2006. '*P&C cyclus*'. [interne memo]. Maart 2006.
- 2006. '*Jaarverslag OLVG 2005*'. [jaarverslag]. Mei 2006.
- 2005. '*Jaarverslag OLVG 2004*'. [jaarverslag]. Mei 2005.
- 2005. '*Strategische kaderbrief RvB OLVG 2006-2009*'. [strategische kaderbrief]. November.
- 2003. '*Evaluatie pilotfase herinrichting primair proces*'. [intern verslag]. Augustus 2003.
- 2001. '*Organisatieontwikkelingen Onze Lieve Vrouwe Gasthuis*'. [interne memo]. Augustus 2001.

Bijlage 1 Lijst met afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten
BFZ	Beleidsstaf Financiële Zaken
BO	Business Objects
CBZ	College Bouw Zorginstellingen
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CTZ	College Toezicht Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DRG	Diagnoses Related Group
EEE-model	Economy Efficiëntie & Effectiviteit model
EPB	Eerste Polikliniek Bezoek
EV	Eigen Vermogen
FB	Functiegericht Budget
FIP	Flexibele Inzet Personeel
FTE	Fulltime Equivalent
HR	Human Resource
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNO	Keel-, Neus en Oorziekten
MARAP	Managementrapportage
MCS	Management Control Systeem
MC	Management Control
MOU	Medische Ondersteunende Unit
OK	Operatie Kamer
OLVG	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
OMS	Orde van Medisch Specialisten
OR	Ondernemingsraad
PBU	Primaire Business Unit
P&C	Planning en Control
PNIL	Personeel niet in loondienst
RvB	Raad van Bestuur
RVE	Resultaat Verantwoordelijke Eenheid
RvT	Raad van Toezicht
STZ	Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen

VWS	Volksgezondheid Welzijn & Sport
WHOZ	Wet Herzieningen Overeenkomstenstelsel Zorg
WMBV	Wet op de Bijzondere Medische Verrichtingen
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WTGExPres	Wet Tarieven Gezondheidszorg Experiment Prestatiebekostiging
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZAio	Zorgautoriteit in oprichting
ZBC	Zelfstandig Behandelcentrum
ZFW	Ziekenfondswet
ZVW	Zorgverzekeringswet

Bijlage 2 Oriënterende gesprekken en interviews

Oriënterende gesprekken

- 04-05-2006: Mw. E. Hoedemaker, adviseur Concernstaf
- 08-05-2006: Dhr. W.F. van den Brink, concerncontroller Beleidsstaf Financiële zaken
- 11-05-2006: Mw. M.A. Witteveen-Roggema, adviseur Concernstaf
- 11-05-2006: Mw. A. Schroeder-Bakker, adviseur bedrijfsinformatie
- 18-05-2006: Mw. D. Ottenheim, unitcontroller Beleidsstaf Financiële zaken
- 15-05-2006: Mw. Y.E. Bakker, adviseur Concernstaf
- 26-06-2006: Dhr. E. Schulte, unitadministrateur PBU KNO en interne geneeskunde

Interviews

- 08-06-2006: Dhr. J.A.M. de Vet, bedrijfsleider a.i. PBU Orthopedie
- 14-06-2006: Mw. H.J.J. Touwen, bedrijfsleider PBU KNO
- 15-06-2006: Mw. M. Poel, bedrijfsleider PBU Urologie
- 19-06-2006: Mw. I.D. Booster, bedrijfsleider Oogheelkunde

Discussiebijeenkomst

- 18-07-2006: Mw. E. Hoedemaker, adviseur Concernstaf
 - Mw. M.A. Witteveen-Roggema, adviseur Concernstaf
 - Dhr. W.F. van den Brink, concerncontroller Beleidsstaf Financiële zaken
 - Dhr. J.A.M. de Vet, bedrijfsleider a.i. PBU Orthopedie
 - Mw. H.J.J. Touwen, bedrijfsleider PBU KNO
 - Mw. M. Poel, bedrijfsleider PBU Urologie
 - Mw. I.D. Booster, bedrijfsleider Oogheelkunde

Bijlage 3 Vragenlijst bedrijfsleiders PBU

Strategie

1. Welke kansen en risico's ziet u in de concurrentie in het B-segment voor het OLVG in het algemeen en voor uw unit in het bijzonder?
2. Is de strategie van uw unit veranderd door de invoering van concurrentie in het B-segment? Zo ja, hoe en waarom?

Planning en budgettering

3. Op welke wijze worden de B-segment DBC's van uw unit gebudgetteerd: hoe wordt bepaald hoeveel budget uw unit ontvangt (begroting)? En is deze wijze van budgetteren / begroten wenselijk?

Informatieset, managementrapportages en prestatie-indicatoren

4. Wat wordt er geregistreerd met betrekking tot de B-segment DBC's? En van welke systemen wordt gebruik gemaakt op uw unit?
5. Welke waarborgen zijn er dat de registratie tijdig, volledig en juist wordt uitgevoerd?
6. Welke (management)informatie rapporteert u aan de RvB? Betreft dit naast een resultatenrekening nog andere (niet)financiële informatie/toelichting? Is dit inclusief een DBC rapportage?
7. Welke managementinformatie gebruikt u om de financiële risico's van het B-segment te beheersen?
 - a. Welke managementinformatie gebruikt u op unitniveau en ziekenhuisniveau?
 - b. Op welke productiegegevens stuurt u momenteel?
 - c. Op welke financiële gegevens stuurt u momenteel?
 - d. Op welke niet-financiële gegevens stuurt u momenteel?
 - e. Welke managementinformatie mist u op dit moment voor adequate sturing op de financiële risico's van de concurrentie in het B-segment?

Beoordeling en feedback

8. Als blijkt dat de prestaties niet overeenkomen met de gestelde doelen en begroting, kijkt u dan ook waar de afwijking vandaan komt en welke bijsturingssactie worden ondernomen?

Beloningssysteem en context

9. Hoe staat u tegenover de prikkels die zijn ingebouwd in het huidige mcs?
10. Wat vindt u van het huidige mcs (ingebouwde prikkels, werking)?

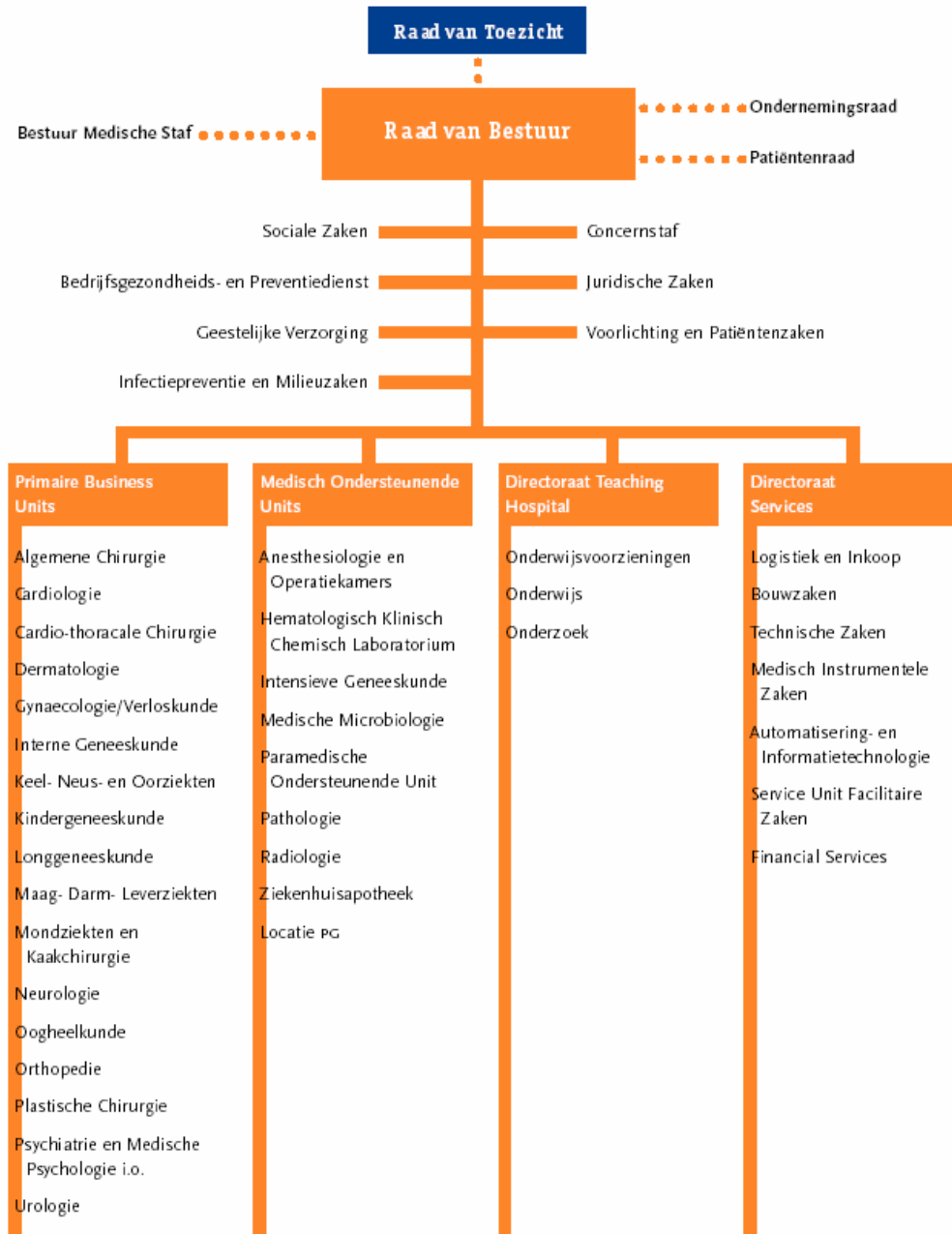
Behoeften

11. Is het voor u en uw unit wenselijk dat er een verschillenanalyse wordt toegevoegd in de managementinformatie voor die B-segment DBC's die verantwoordelijk zijn voor het grootste deel van de kosten? Waarom wel / niet wenselijk?
12. Hoe staat u tegenover een jaarlijkse evaluatie van de zorgprofielen met de ex ante gestelde normen en een vergelijking van deze uitkomst met (concurrerende) ziekenhuizen? En wat vindt u ervan als deze uitkomsten de basis vormen voor de beloning van de unit?
13. Vindt u een jaarlijkse evaluatie van het kostprijsmodel wenselijk? Waarom wel / niet wenselijk?

14. Heeft u nog onderwerpen die niet besproken zijn, maar wel van belang zijn voor de beheersing van de financiële risico's in het B-segment?
15. Heeft u nog op- of aanmerkingen (t.a.v. de gestelde vragen)? En heeft u nog tips voor mij voor mijn volgende interviews en /of voor mijn verder onderzoek?
16. Graag ontvang ik een voorbeeld van een unitrapportage die maandelijks naar de RvB gestuurd wordt en wanneer deze anders is ontvang ik ook graag een overzicht van de informatie waarop u uw unit stuurt.

Vervolgstappen: ik ga nog bedrijfsleiders van andere units interviewen. Van ieder interview maak ik een verslag en vanuit de individuele verslagen zal ik een overall verslag schrijven met overall conclusies. Deze bevindingen wil ik graag voorleggen in een discussiebijeenkomst met alle respondenten (en andere betrokkenen). Dus ook wil ik u graag benaderen voor deze discussiebijeenkomst. Wanneer bent u afwezig ivm vakantie? Dan kan ik daar zoveel mogelijk rekening mee houden met de planning van deze discussiebijeenkomst.

Bijlage 4 Organogram Onze Lieve Vrouwe Gasthuis

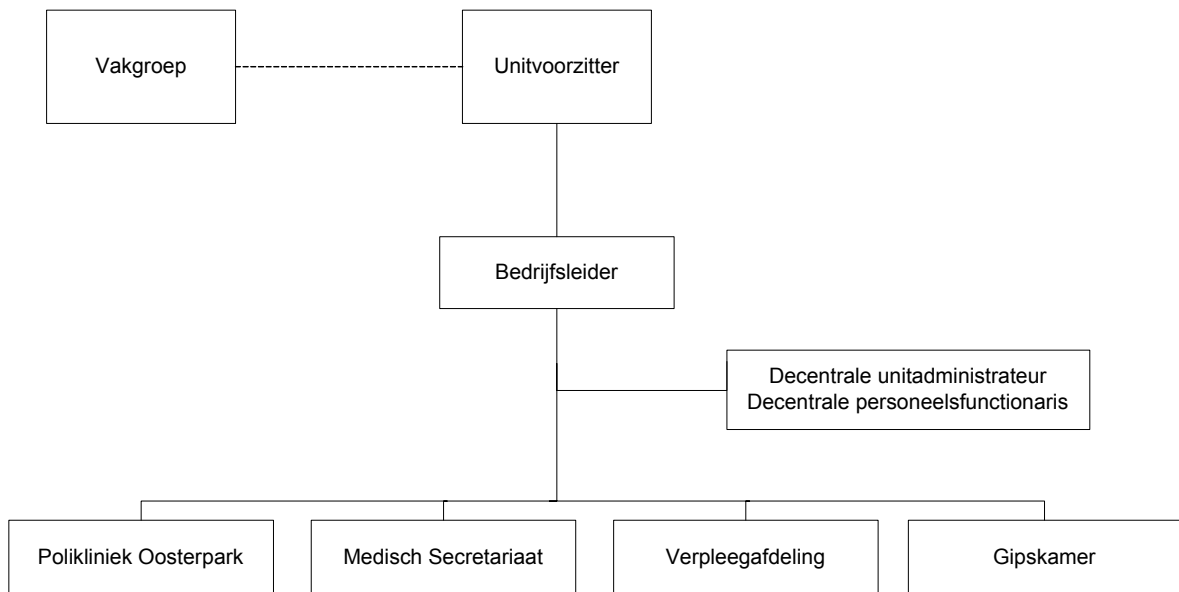


Bijlage 5 Organogram PBU

Organogram PBU Orthopedie

----- Functioneel

————— Hiërarchisch



Bijlage 6 Verschillenanalyse

Voorbeeld verschillenanalyse knie

1. Voorcalculatie

Vaste Kosten

Afschrijving apparatuur		160.000,00
Overhead		<u>120.000,00</u>
Totaal vaste kosten		280.000,00

Variabele Kosten

Poli(herhalings)bezoek	(4x20,28)	81,12
Kliniek	(11x178,74)	1966,14
OK	(3x1821,26)	5463,77
Lab	(1x22,81)	22,81
Radiologie	(3x45,21)	<u>135,63</u>
Totaal variabele kosten per knie		7669,47

Begrootte kostprijs per knieoperatie:

$$(800 \times 7669,47) + 280.000 = 6.415.576 / 800 = 8.019,47$$

Flexibel budget: $750 \times 8.019,47 = 6.014.602,50$

In werkelijkheid zijn er 750 knieoperatie uitgevoerd in plaats van de begrootte 800. Tevens hebben er 8 herhaalbezoeken plaatsgevonden in plaats van 4, is de knieprothese duurder dan verwacht waardoor de gemiddelde OK kosten hoger uitvallen en zijn er 6 in plaats van 3 radiologische verrichtingen uitgevoerd.

2. Nacalculatie

Vaste Kosten

Afschrijving apparatuur		160.000,00
Overhead		<u>120.000,00</u>
Totaal vaste kosten		280.000,00

Variabele Kosten

Poli(herhalings)bezoek	(8x20,28)	162,24
Kliniek	(11x178,74)	1966,14
OK	(3x2410,05)	7230,15
Lab	(1x22,81)	22,81
Radiologie	(6x55,62)	<u>333,72</u>
Totaal variabele kosten per knie		9715,06

Werkelijke kostprijs per knieoperatie:

$$(750 \times 9715,06) + 280.000 = 7.566.295 / 750 = 10.088,39$$

3. Te verklaren verschil

$$(8.019,47 \times 750) - (10.088,39 \times 750) = -1.551.690$$

4. Analyse

Vaste Kosten

Bezettingsverschil (vaste kosten per eenheid x (normale – werkelijke bezetting)):

Apparatuur	((160.000 / 800) x (750-800))	- 10.000,00
Overhead	((120.000 / 800) x (750-800))	<u>- 7.500,00</u>
Totaal bezettingsverschil		- 17.500,00

Variabele Kosten

Prijsverschil ((standaardprijs – werkelijke prijs) x werkelijke hoeveelheid):

Poli(herhalings)bezoek	(20,28 – 20,28) x 8	0,00
Kliniek	(178,74 – 178,74) x 11	0,00
OK	(1821,26 – 2410,05) x 3	- 1.766,37
Lab	(22,81 – 22,81) x 1	0,00
Radiologie	(45,21 – 55,62) x 6	<u>- 62,46</u>
Totaal prijsverschil		- 1828,83

Zorgprofielverschil ((standaardhoeveelheid – werkelijke hoeveelheid) x standaardprijs):

Poli(herhalings)bezoek	(4 – 8) x 20,28	- 81,12
Kliniek	(11 – 11) x 178,74	0,00
OK	(3 – 3) x 1821,26	0,00
Lab	(1 – 1) x 22,81	0,00
Radiologie	(3 – 6) x 45,21	<u>- 135,75</u>
Totaal zorgprofielverschil		-216,75

5. Controle

Te verklaren verschil	- 1.551.690,00
Totaal bezettingsverschil	- 17.500,00
Totaal prijsverschil	- 1828,83
Totaal zorgprofielverschil	<u>-216,75</u>
	-2045,58

$$(750 \times -2045,58) + (-17.500) = -1.551.685$$

Dit verschil komt overeen met het te verklaren verschil (\Rightarrow 5 euro verschil door afronding).

Bijlage 7 Unit dashboard

december 2005

Unit Dashboard: UNIT

Marktpositie	Eenheid	Maand				Cumulatief t/m huidige maand			
		Werk.	Norm	Abs.	%	Werk.	Norm	Abs.	%
eerste polikliniekbezoeken	aantal								
aantal geopende DBC's (A+B-segment) (bron: BO)	aantal						begroting		

Productie en capaciteitsbenutting	Eenheid	Maand				Cumulatief t/m huidige maand			
		Werk.	Norm	Abs.	%	Werk.	Norm	Abs.	%
Omzet A-segment	€ x 1.000								
Omzet B-segment (bron: BO)	€ x 1.000						begroting		
gemiddelde bedbezetting kliniek	%								
OK-bezetting	%								

Financiën	Eenheid	Maand				Cumulatief t/m huidige maand			
		Werk.	Norm	Abs.	%	Werk.	Norm	Abs.	%
resultaat > begroting (bron:: BO)	€ x 1.000								
% goed gevalideerde DBC's (bron: BO)	%								
% te laat afgesloten DBC's (bron: BO)	%								
% niet afgesloten DBC (brond: BO)	%								
Aantal ontbrekende DBC's (bron: BO, rapport is in ontwikkeling)	aantal								

Personeel	Eenheid	Maand				Cumulatief t/m huidige maand			
		Werk.	Norm	Abs.	%	Werk.	Norm	Abs.	%
ziekteverzuim gemiddelde frequentie	%								
ziekteverzuim gemiddelde in dagen	dag								
personeelsverloop	%								
FTE's	aantal								

Professionele kwaliteit	Eenheid	Maand				Cumulatief t/m huidige maand			
		Werk.	Norm	Abs.	%	Werk.	Norm	Abs.	%
% van het aantal protocollen opgenomen in DKS	%								
complicatieregistratie in X/Care	ja/nee								

Waardering klant / maatschappij	Eenheid	Maand				Cumulatief t/m huidige maand			
		Werk.	Norm	Abs.	%	Werk.	Norm	Abs.	%
toegangstijd polikliniek	dag								
gemiddelde wachttijd voor een consult	minuten								
telefonische bereikbaarheid	minuten								
% door de unit afgezegde c.q. verplaatste consulten	%								
% door de unit afgezegde c.q. verplaatste OK's	%								
% door de unit afgezegde c.q. verplaatste opnames	%								

Toelichting:

- Rood = B-segment
- Waar norm ontbreekt, is deze nog in ontwikkeling.

Bijlage 8 Overzichten Business Objects

Validatie

Specialisme	Aantal fout	Aantal goed	Totaal aantal	Percentage fout	Percentage goed
Totaal					

Niet gekoppelde verrichtingen

Interne verrichtingencode	Specialisme uitvoerder	Type aanvrager	Specialisme aanvrager	Aantal verrichtingen
Totaal				

Rechte tellingen B-segment DBC's

Intern specialisme	Aantal DBC's gestart in rapportageperiode	Waarvan afgesloten	Waarvan openstaand	Totaal afgesloten in rapportage periode	Totaal openstaand in rapportage periode
Totaal					

Doorlooptijd B-segment DBC's

DBC dataset	Gesloten			Geopend			Totaal	
	Aantal DBC's	Totale duur (dagen)	Gemiddelde duur (dagen)	Aantal DBC's	Totale duur (dagen)	Gemiddelde duur (dagen)	Aantal DBC's	Gemiddeld duur (dagen)
02.11...								

Niet gekoppelde verrichtingen

Interne verrichtingencode	Specialisme uitvoerder	Type aanvrager	Specialisme aanvrager	Aantal verrichtingen
			Totaal	

Deze rapporten kunnen per specialisme opgevraagd worden en geselecteerd worden op periode. Tevens zijn er in BO een aantal drillfilters aanwezig waardoor de rapporten op verschillende niveaus (totaal, specialisme, specialisten) weergegeven kunnen worden.