

Dé Diagnose Behandel Combinatie

Is het werkelijk 'What you see is what you get'?

Een onderzoek naar de invoering van de Diagnose Behandel Combinatie en de invloed op het aansturen van de afdeling oncologie binnen de Universitaire Medische Centra in Nederland



Naam	Nienke Bults
Studentnummer	313559
Begeleider	Dr. J. Geelhoed en drs. R. Teng
Meelezer	Prof. dr. R. Bal
Datum	15 juni 2009
Afstudeerrichting	Master Management en Beleid in de Gezondheidszorg
Adres	Derde Helmersstraat 26-3, 1054 BH Amsterdam
Email	nienkebults@gmail.com

Voorwoord

Graag had ik een afstudeerstage willen doen bij een consultancybureau, maar door mijn werk als fysiotherapeut bleek dit praktisch niet haalbaar. Daarop is via het consultancy bureau 'Protiviti' en de daar werkzame Claudia Brandenburg contact gelegd met de Nederlandse Federatie Universitaire Medische Centra.

Claudia Brandenburg was bereid mee te denken over mijn onderwerp. Na enkele brainstormsessies met zowel mijn afstudeerbegeleiders Jeroen Geelhoed en Roy Teng, als met Claudia Brandenburg werd mijn onderwerp concreet: *“De invoering van diagnose behandel combinatie en de invloed daarvan op het management controle systeem van de afdeling oncologie binnen de Universitaire Medische Centra's.”*

Na een periode van ruim zes maanden ligt voor u het eindresultaat, mijn scriptie. Deze periode kan ik omschrijven als één van diepe dalen maar ook met mooie pieken. Eén piek, in ieder geval de goedkeuring van mijn projectvoorstel.

Dit voorwoord wil ik tevens gebruiken als dankwoord. Allereerst wil ik de zeven de Universitaire Medische Centra bedanken die hebben meegewerkt aan mijn onderzoek en in het bijzonder de afdelingen Planning en Control van deze UMC's.

Voorts wil ik mijn afstudeerbegeleiders Jeroen Geelhoed en Roy Teng bedanken voor hun geduld en deskundige begeleiding. Meelezer prof. dr. R. Bal wil ik graag bedanken voor zijn adviezen bij de opstart van het onderzoek.

Veel dank gaat ook uit naar Claudia Brandenburg, die het mogelijk heeft gemaakt dat bijna alle Universitaire Medische Centra hebben meegewerkt. Ook was zij bereid mijn eindeloze emailverkeer te beantwoorden en hier altijd bemoedigend op in te spelen.

Ook dank ik Maartje Kuijpers, mijn werkgever die bereid is geweest altijd even te luisteren tijdens de vele stress periodes gedurende het werk.

Nienke Bults
Amsterdam, 2009

Samenvatting

Afgelopen jaren heeft in de Nederlandse gezondheidszorg een stelselwijziging plaatsgevonden betreffende de financiering van zorg. Door het grote uitgavenpatroon in de gezondheidszorg ontstond er vanuit de overheid de behoefte aan herstructurering en is op 1 januari 2005 gereguleerde marktwerking geïntroduceerd. Op dit moment wordt gereguleerde marktwerking mede mogelijk gemaakt door de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). Financiering en productie worden door de DBC aan elkaar gekoppeld. In 2011 wil de minister van VWS ter vervanging van de huidige DBC structuur de vernieuwde productiestructuur DBC Op weg naar Transparantie (DOT) invoeren met als doel de kostenhomogeniteit van de zorgproducten te verbeteren. Het belang van beheerssystemen, waarmee inzichtelijk kan worden gemaakt wat de ziekenhuizen produceren en tegen welk kostenniveau dat gebeurt, neemt daarmee toe. De invoering van DBC's en de toekomstige DOT structuur zal daarmee zijn weerslag hebben op de beheersing en aansturing van ziekenhuizen en daarmee op het management control systeem (MCS) van het ziekenhuis.

In dit onderzoek is de invloed van de invoering van DBC's onderzocht op het MCS van de afdeling oncologie binnen Universitaire Medische Centra (UMC) en welke veranderingen daardoor zijn opgetreden. Dit betreft een kwalitatief onderzoek binnen vijf UMC's in Nederland voor de afdeling oncologie. Het onderzoek bestaat uit zowel literatuur onderzoek, enquêtes, semi- gestructureerde interviews als documenten. De literatuur heeft hierbij gediend als toetsingskader met als uitgangspunt het management control drielুক om een indicatie te kunnen geven over de huidige kwaliteit van de MCS van de afdelingen oncologie van de UMC's. Hierbij is zowel onderzocht wat de huidige kwaliteit is van het MCS als de verschuiving binnen het management control drielুক als gevolg van de invoering van de DBC's.

De resultaten afkomstig uit voorgenoemde onderzoeken leiden tot de volgende conclusie: de invoering van de DBC's heeft nog géén grote invloed gehad op het MCS van de afdeling oncologie van de UMC's. Er kan worden gesteld dat met betrekking tot de invoering van de toekomstige DOT-structuur in 2011 de afdelingen van de UMC's bewuster bezig zijn met het inrichten van hun control systemen. De belangrijkste aspecten die hierbij genoemd worden zijn de bewustwording en het betrekken van de medisch specialisten bij deze control systemen, decentralisatie binnen de UMC's, juiste registratie van administratieve gegevens en de toenemende rol van kwalitatieve gegevens. Er zijn UMC's die bovenstaande aspecten al hebben doorgevoerd en UMC's die nagenoeg niets veranderd hebben. De afdeling oncologie binnen een UMC behoort tot de afdelingen die een relatief laag percentage B-DBC's produceren die vrij onderhandelbaar zijn tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis. Aanbevolen wordt een onderzoek uit te voeren naar afdelingen met meer productie in het B-segment. Deze zullen naar verwachting eerder een motief hebben om hun MCS te veranderen dan de afdeling oncologie, omdat de financiële prikkel groter is.

Summary

For the past year the Dutch healthcare system has undergone a change in the way the system is financed. Due to the growing healthquote the government had the desire to restructure the healthcaresystem and on the 1st of January 2005 'gerugeleerde marktwerking' was introduced. The current system is possible due to the use of 'Diagnose Behandeling Combinatie' or DBC, which links financing and production. In 2011 the Dutch secretary of Healthcare wants to replace the current DBC-system by a new productionstructure named 'DBC Op weg naar Transparantie' or DOT. The main focus of 'DOT' is to increase cost-homogeneity of healthcare products. The overall importance of control-systems that offer insight in the production of hospitals and the level of costs at which they produce is thereby increasing. The currently used 'DBC' system and the 'DOT' system will influence the way hospitals are managed and controlled. This will resort to changes in the management control system (MCS) of the Hospital.

In this study the influence of the implementation of the DBC- system on the MCS of the department of oncology within the Dutch University Hospitals (UMC's) has been researched. Qualitative research was performed within five University Hospitals in the Netherlands focus on their respective departments of oncology. A literature study was done, semi- structured interviews and various documents. The literature served as a departure point for the study that was conducted using the 'management control drielুক' as a point reference, in order to be able to evaluate the current quality of the MCS of the respective departments of oncology of the UMC's. The current quality of the MCS was examined as well as the changes that resulted from the implementation of the 'DBC's'.

The results of these separate studies led to the following conclusion: The implementation of the 'DBC' system has not yet had a major influence on the MCS of the department of oncology of the researched hospitals. Concerning the implementation of the 'DOT-system' in 2011 it can be concluded that the various departments of oncology are more conscious about the way the MCS is organised. The most important aspects are the awareness and involvement of medical professionals in the control systems, decentralization of the organisations of the UMC's, correct administration and the growing importance of qualitative information. Several UMC's have already implemented these elements in their MCS and there are UMC's who have yet to change anything. Oncology departments are typically departments with very little production in 'B-DBC's', which are freely negotiable between Healthcare insurance companies and the hospital. Therefore it is recommended that further research is conducted at/in a department with more production in the B-segment. It is to be expected that these departments have a stronger motivation than oncology departments to adapt their MCS, because of a more substantial financial incentive.

Hoofdstukindeling

1. Inleiding	6
2. Probleemstelling en deelvragen	7
3. Theoretisch kader	9
Hoofdstuk 1 De weg naar DBC's	9
1.1 Verandering in financiering van zorg	9
1.2 Prestatiebekostiging	10
1.3 Diagnose Behandel Combinatie	11
1.4 Toekomstige verandering in de financiering	12
Hoofdstuk 2 Hoe te sturen?	13
2.1 Management control	13
2.2 Management control en medisch specialisten	13
Hoofdstuk 3 Management Control System	15
3.1 Modellen ter toetsing van kwaliteit	15
3.2 Management control drieluik model	17
4. Methoden	22
4.1 Onderzoekslocatie	22
4.2 Methoden van onderzoek	22
4.3 Analyse	25
4.4 Validiteit en betrouwbaarheid	26
5. Resultaten	28
5.1 Respons	28
5.2 Huidige situatie en inrichting van het management control systeem	30
5.3 Veranderingen MCS door invoering DBC's	38
6. Conclusie en discussie	44
6.1 Conclusie	44
6.2 Discussie	46
7. Aanbevelingen	48
8. Literatuur	49
9. Bijlage	54
Bijlage 1. Quickscan	54
Bijlage 2. Enquête	58
Bijlage 3. Semigestructureerde interviews	61
Bijlage 4. Taartdiagram	62

1. Inleiding

Afgelopen jaren heeft in de Nederlandse gezondheidszorg een stelselwijziging plaatsgevonden betreffende de financiering van zorg. Door het grote uitgavenpatroon in de gezondheidszorg ontstond er vanuit de overheid de behoefte aan herstructurering van deze sector (Lethonen 2007).

Sinds 1982 vormde functiegerichte budgettering (FB) de basis voor de contacten tussen de zorgverzekeraar en de ziekenhuizen. Het FB-systeem werd gereguleerd vanuit de overheid en verzekeraars en richtte zich, door te sturen op financiële prikkels, op een systeem waarbij de kwaliteit van zorg in het geding dreigde te komen (Zuurbier en Krabbe-Alkemade 2007). Daarnaast zorgde het FB systeem dat naast de bureaucratische regelgeving tevens 'perverse gedragseffecten' gestimuleerd werden. Maarsse (2004:11) geeft hier als voorbeelden falend bestuur, wachtlijsten in de zorg en gebrek aan doelmatig, innovatief en vraaggericht gedrag bij zowel zorgaanbieders als verzekeraars

In de jaren negentig gingen ziekenhuizen op zoek naar een systeem dat voor zowel het ziekenhuis als de medisch specialisten aantrekkelijk zou zijn (Zuurbier en Krabbe- Alkemade 2007). Voor medisch specialisten was daarbij van belang dat het honorarium component zou worden meegewogen in de nieuwe financiering, voor het ziekenhuis speelde mee dat ze in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars konden voldoen aan de vraag naar zorg.

Voorts waren de zorgverzekeraars op zoek naar een middel waarmee transparantie, zowel voor consument, zorgverzekeraar, ziekenhuis en overheid zou kunnen worden bewerkstelligd. Transparantie moest er voor zorgen dat de concurrentie tussen ziekenhuizen zou toenemen, zodat de ziekenhuizen door de zorgverzekeraar met elkaar konden worden vergeleken. Deze transparantie kon worden gecreëerd indien inzicht verkregen werd in de geleverde productie die betaald werd door de zorgverzekeraar. Om deze productie inzichtelijk, en daarmee transparant, te maken zijn de afgelopen jaren stappen gezet om prestatiebekostiging te bewerkstelligen en daarmee de consument centraal te stellen. Zo is in 2005 de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) ingevoerd als onderdeel van prestatiebekostiging.

Voor de overheid was het van groot belang dat zowel transparantie, marktwerking en prestatie gerichte bekostiging door invoering van de DBC als onderdeel van de vrije marktwerking gerealiseerd zou worden. Het doel van deze stelselwijziging was dat de zorgaanbieders zouden worden afgerekend op de geleverde prestaties, ook wel prestatiebekostiging genoemd (NZa 2008). Door de invoering van de DBC's moet het voor ziekenhuizen inzichtelijk worden wat de kostprijs, het volume en de kwaliteit is van de geleverde zorg. Deze vastgestelde inzichten fungeren vervolgens als basis voor contractonderhandelingen met de zorgverzekeraar (Zuurbier en Krabbe- Alkemade 2007). Op basis van prijs en kwaliteit kunnen vergelijkingen worden gemaakt tussen ziekenhuizen door zowel zorgvragers als zorgverzekeraars (Hasselbekke, Kertzman en Janssen 2004). Ziekenhuizen moeten inspelen op het leveren van kwaliteit en doelmatigheid om contracten aan te kunnen gaan met de verschillende zorgaanbieders.

In 2011 wil de minister van VWS de vernieuwde productstructuur '*DBC Op weg naar Transparantie*' (DOT) invoeren (NZa 2009). Doel van deze nieuwe productstructuur is de kostenhomogeniteit van de ziekenhuizen te verbeteren. De verwachting is dat de DOT een omzetsdaling zal betekenen voor de academische ziekenhuizen (NZa 2009).

Door de invoering van de DBC en in de toekomst de DOT treden er voor de ziekenhuizen risico's op. De prijs van zorg is afgesteld op productie van de activiteiten die op dat moment nog niet bekend zullen zijn. Het belang van beheerssystemen, waarmee inzichtelijk kan worden gemaakt waar de ziekenhuizen staan qua productie en daarmee qua kostenniveau, neemt daarmee toe. De vernieuwde bekostigingssystematiek zal daarmee zijn weerslag hebben op de beheersing en aansturing van ziekenhuizen en daarmee op het management control systeem (MCS) van het ziekenhuis.

2. Probleemstelling en deelvragen

Binnen de Universitaire Medische Centra (UMC) in Nederland wordt op dit moment nog veel geproduceerd in het A- segment, het niet vrije onderhandelbare gedeelte binnen de DBC's. In de toekomst zal het gedeelte wat vrij onderhandelbaar is, het B-segment, worden uitgebreid voor de UMC's. Voor sommige afdelingen binnen de UMC's wordt nu al gedeeltelijk in het B-segment geproduceerd.

De afdeling oncologie van de UMC's produceert op dit moment nog weinig zorg in het vrij onderhandelbare gedeelte van de DBC. Kanker is in Nederland een ziekte die alleen maar toeneemt. Kanker is een complexe ziekte die weinig voorspelbaar is en het exacte verloop moeilijk vast te leggen is. Sinds 1990 stijgt de prevalentie van kanker met drie tot drie en een half procent per jaar (Coebergh 2004). Op basis van twintig jaars prevalentie zal naar verwachting het aantal mensen met kanker in de periode van 2000 tot 2015 stijgen van 366000 naar 692000 in 2015. In vijftien jaar tijd is dit een verdubbeling van het aantal (ex) patiënten met kanker (Coebergh 2004). Het aantal nieuwe gevallen zal in 2015 met ongeveer veertig procent zijn toegenomen ten opzichte van 2000 (Coeburgh 2004).

Het inzichtelijk maken van deze ziekte en daarmee de kosten onder controle kunnen houden, vergt veel van sturingssystemen van de UMC's. Het gedeelte wat wel vast te leggen is en waarop wél gestuurd kan worden door de UMC's, wordt daarom van groot belang. De doelstelling van mijn scriptie is een onderzoek naar welke invloed de invoering van DBC's afgelopen jaren heeft gehad in het MCS van de afdeling oncologie binnen de UMC's en welke veranderingen daardoor zijn opgetreden.

Voortvloeiend uit het bovenstaande is de volgende probleemstelling opgesteld voor het onderzoek:

“Welke invloed heeft de invoering van DBC's gehad op de inrichting van het management control systeem van de afdeling oncologie van de Universitaire Medische Centra in Nederland?”

De deelvragen zijn:

1. *Hoe kan de kwaliteit van een MCS volgens de literatuur worden getest?*
2. *In hoeverre is ten tijde van dit onderzoek het MCS van de afdeling oncologie van de UMC's in control op basis van het management control drieluik?*
3. *Wat zijn de veranderingen geweest door de invoering van de DBC structuur binnen het MCS gebaseerd op het management control drieluik?*

In hoofdstuk twee wordt het theoretisch kader beschreven. Vanuit het theoretisch kader zal antwoord gegeven worden op deelvraag één. Vervolgens zal in hoofdstuk drie worden ingegaan op de onderzoeksmethoden. In hoofdstuk vier zullen de resultaten worden beschreven, gevolgd door de discussie. Tenslotte zal hoofdstuk zes ter afsluiting dienen met daarin de conclusie en de aanbevelingen.

2. Theoretisch kader

Hoofdstuk 1. De weg naar DBC's

Vóór de invoering van marktwerking, werd de Nederlandse gezondheidszorg sinds 1982 aangestuurd door functionele budgettering (FB). Bij dit systeem werden de budgetten gebaseerd op de kosten van het jaar daarvoor. Indien ziekenhuizen bij de nacalculatie uitkwamen op een negatief saldo gebaseerd op het jaar daarvoor, sprong de overheid bij en compenseerde dit door het budget aan te vullen tot nul. Hierdoor kregen ziekenhuizen met een hoger uitgavenpatroon een groter budget. In de daarop volgende jaren werd de automatische nacalculatie van de overheid voor ziekenhuizen afgeschaft en werden de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de financiering van de zorg. De ziekenhuizen kregen van te voren een budget opgelegd en dienden met hun kosten binnen dit budget te blijven. In de tarieven van de zorgverzekeraar werd het verschil tussen de financiering en het budget verrekend in het daarop volgende jaar (Crom 2005:32).

Door dit vernieuwde systeem bleef de prikkel tot een hogere productie voor ziekenhuizen achterwege en namen de wachtlijsten in de zorg toe (Crom 2005:33). Spanningen tussen het ziekenhuis en de professionals liepen op omdat het ziekenhuis gebonden was aan een budget, terwijl de professionals per verrichting werden betaald (Klompshouwer en Vos-Deckers 2005:7). Het ziekenhuis kon door het ingevoerde systeem niet genoeg aan de vraag naar zorg voldoen omdat het budget niet voldoende toereikend was.

1.1 Verandering in financiering van zorg

In 1987 verscheen het rapport *Bereidheid tot Verandering* van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, ook wel bekend onder de naam commissie Dekker. Hierin werd een eerste opzet gemaakt over de wenselijkheid van gereguleerde concurrentie, vraagsturing en zorgvernieuwing. Aanleiding voor de vraag naar verandering in het zorgstelsel was ondoelmatigheid, te veel regels en een toename van bureaucratie (Verkade 2008). Daarnaast kon de regeling *vernieuwde budgettering* niet voldoen aan de verschillende en veranderende behoeften van de bevolking (Van der Grinten en Kasdorp 1999:16).

Het voorstel van de commissie Dekker had als uitgangspunt een basisverzekering voor alle Nederlanders. Door een basisverzekering in te voeren zou concurrentie tussen zorgverzekeraars tot stand worden gebracht, waardoor volgens Grit en Meurs efficiëntere zorg zou ontstaan (Grit en Meurs 2005). Tevens werd een beperking van de regelgeving van de overheid en een start van marktwerking van zorg door middel van een systeem van gereguleerde concurrentie bepleit (Zuurbier en Krabbe-Alkemade 2007). Van der Grinten en Kasdorp (1999:27) voegen daaraan toe dat principes als keuzevrijheid, solidariteit en doelmatigheid in het vernieuwde verzekeringsstelsel een plaats konden krijgen.

In de jaren negentig werden onder verschillende staatssecretarissen beleidsplannen ontwikkeld om die marktwerking binnen de gezondheidszorg te introduceren. Adviezen uit het rapport van de commissie Dekker werden gedeeltelijk overgenomen. Uiteindelijk kwam in 2001 onder leiding

van de toenmalige minister van VWS Borst de nota *Vraag aan bod* uit. Hierin werd een advies beschreven waardoor een wijziging van het zorgstelsel noodzakelijk werd. Thema's die hierbij centraal stonden waren marktwerking en het bewerkstelligen van concurrentie tussen aanbieders van zorg. Deze nota kan gezien worden als een nieuwe fase in de stelselwijziging (Zuurbier en Krabbe-Alkemade 2007). De nota *Vraag aan bod* heeft uiteindelijk geleid tot (gereguleerde) marktwerking in de zorgsector. Hierin wordt de patiënt centraal gesteld en wordt zorg op deze manier, meer dan voorheen, vraaggestuurd (ministerie van VWS 2005).

1.2 Prestatiebepaling

De nadelen van functiegerichte ziekenhuisbudgettering, zoals eerder genoemd, hebben geleid tot een onderzoek naar en ontwikkeling van een systeem dat in Nederland zou kunnen worden geïntroduceerd (Baas et al 1998 in: Lapré, Rutten en Schut 2006:203). Door de toenemende uitgaven in de gezondheidszorg werd de aandacht verplaatst naar het gebruik van 'accounting' informatie (Lethonen 2007). Accounting informatie moet informatie geven over de toewijzing van kosten aan handelingen die worden verricht. In België werd al eerder gewerkt met een systeem dat op deze manier kosten aan handelingen kon toewijzen, het Diagnoses Related Groups- systeem (DRG) (ministerie van VWS 2004). Bij DRG wordt een patiënt na het zorgproces, na het einde van de behandeling door de behandelde afdeling ingedeeld in een schaal naar aandoening. Hierdoor valt de patiënt onder één DRG. Onafhankelijke afdelingen binnen ziekenhuizen kunnen op deze manier verantwoordelijk worden gehouden voor efficiënte productie en de aanvraag van middelen die nodig zijn voor de behandeling van de patiënt (Lethonen 2007).

In Nederland is op basis van dit systeem de DBC ontwikkeld. Bij dit systeem wordt bij binnenkomst van de patiënt in een ziekenhuis, na anamnese en afspraken over de behandeling, een DBC geopend. Hier kunnen vervolgens verschillende activiteiten aan worden toegevoegd waardoor meerdere DBC- producten ontstaan. Vervolgens worden bij het beëindigen van de behandeling de ontstane DBC's gesloten en gefactureerd aan de zorgverzekeraar. Op basis van deze facturatie krijgen ziekenhuizen uiteindelijk betaald.

Beiden vormen, zowel DRG als DBC, zijn onderdeel van case mix accounting. Het doel van case mix accounting houdt is dat er een compleet financieel plaatje van de kosten van behandelingen, zowel van de individuele patiënt als de behandeling van verschillende patiëntengroepen ontstaat. Bij DRG is er sprake van het toewijzen van een diagnose, aan het einde van de behandeling. Bij DBC's worden patiënten niet alleen ingedeeld naar diagnose maar ook op basis van de daarbij voorgenomen behandelingen (Lapré, Rutten en Schut 2006:203). Van belang bij beiden systemen is dat het allebei frameworks zijn om controle op de uitgaven te realiseren (Lethonen 2007).

Lethonen (2007) geeft aan dat er ook nadelen zijn: Complexere patiënten worden niet aangenomen met als doel kosten te besparen, daarnaast worden patiëntenaandoeningen gemanipuleerd om een hogere bekostiging te krijgen. Als voordelen worden genoemd dat de voorspelbaarheid van de kosten toenemen, het bewustzijn ten aanzien van de financiële middelen wordt verhoogd en het wordt mogelijk zorgaanbieders te vergelijken (Lethonen 2007). Door het

vergelijken van zorgaanbieders kan inzicht verkregen worden in hoe kostenbeheersing bij prestatiebekostiging beter kan.

1.3 Diagnose Behandel Combinatie

In Nederland wordt op dit moment prestatiebekostiging mogelijk gemaakt door de DBC (ministerie van VWS 2004). Dit systeem heeft als doel het faciliteren van een aanbodgereguleerd naar vraaggestuurd zorgstelsel te realiseren (Zuurbier en Krabbe- Alkemade 2007). Met de invoering van DBC's per 1 januari 2005 is de functiegerichte budgettering van ziekenhuizen gedeeltelijk vervangen. Financiering en productie worden door de DBC aan elkaar gekoppeld. De ziekenhuismarkt is door de invoering van de DBC's op te delen in twee segmenten, het A,- en B-segment.

Het A-segment is gebaseerd op verschillende onderdelen: de acute zorg en de beschikbaarheidfunctie van het ziekenhuis, de bevoegdheden voortvloeiend uit de Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen zorg (WBMV) en topreferente zorg als in academische ziekenhuizen (Zuurbier en Krabbe- Alkemade 2007). Het A- segment is niet vrij onderhandelbaar, de tarieven staan vast en zijn gelijk gebleven aan de FB- parameters. Bij declaratie verandert er wel wat: ziekenhuizen zijn verplicht te declareren volgens vastgestelde DBC-prijzen, opgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg/ Nederlandse Zorgautoriteit (CTZ/ NZa). Ter dekking van de lumpsum van de medisch specialisten is een uniform honorariumtarief opgesteld (Zuurbier 2005).

Het B-segment, wat werd ingevoerd op 1 februari 2005, is wél vrij onderhandelbaar. Het B-segment focust zich op kiesbare zorgproducten, waarin ziekenhuizen en zorgverzekeraars verplicht worden tot niet-collectieve, vrije prijsonderhandelingen (Zuurbier en Krabbe- Alkemade 2007.) Hierdoor wordt het mogelijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar kunnen onderhandelen en contracten met elkaar kunnen sluiten over productie, kwaliteit en prijs. Dit wordt uitgedrukt in B- DBC's. Onder deze DBC's, vallend onder het B-segment, vallen de volgende onderdelen: het gereguleerde honorarium van de medisch specialisten tegen uurtarief, de kapitaallasten van het ziekenhuis en de variabele kosten van het ziekenhuis (CTG/ ZAio 2004). De variabele kosten geven de verrichtingen aan die per ziekenhuis kunnen verschillen en waarover met de zorgverzekeraar in onderhandeling kan gaan. Het CTZ (2003) meent dat op deze manier een betere relatie ontstaat tussen de vergoeding van de kosten en de geleverde prestatie door de zorgaanbieder i.c. het ziekenhuis.

Door de verschillen in activiteiten tussen ziekenhuizen, kunnen er op basis van de variabele kosten verschillende kostprijzen per ziekenhuis tot stand komen. De zorgaanbieder, het ziekenhuis, 'verkoopt' zijn DBC's aan de zorgverzekeraar en geeft daarbij aan tegen welke prijs. Op basis van de prijs en het productievolume worden afspraken gemaakt tussen beiden partijen. Hierdoor wordt afgestapt van een systeem waarbij voorheen gegarandeerde terugbetaling voorop stond en doet marktwerking zijn intrede.

Bij de invoering van de DBC's bestond het A-segment uit 90% en het B-segment uit 10% van de totale DBC's. Derhalve was de ruimte voor zowel algemene als academische ziekenhuizen om vrij

te onderhandelen met de zorgverzekeraars zeer beperkt. Op dit moment bedraagt het B-segment 34% in de algemene ziekenhuizen en 10% in de UMC's.

1.4 Toekomstige verandering in de financiering

Op dit moment zijn er in Nederland ongeveer 30.000 DBC's gedefinieerd. De complexiteit en hoeveelheid van de DBC's leidt er toe dat men binnen het ziekenhuis en daardoor binnen de afdelingen, het overzicht verliest over de registratie van de DBC's. Verschillende problemen ontstaan door een onjuiste registratie van DBC's. Het wordt bijvoorbeeld moeilijk kosten te voorspellen en zorgt het te laat en niet goed registreren, voor een onjuiste (of géén) facturatie naar de zorgverzekeraar. Dit veroorzaakt voor de ziekenhuizen een inkomstenrisico en neemt de balanspost onderhanden werk toe (Knop 2006:27). De hoeveelheid DBC's maakt het moeilijk voor externe partijen inzicht te verkrijgen in de risico's van het ziekenhuis, waardoor er informatieasymmetrie ontstaat tussen het ziekenhuismanagement en eventuele externe stakeholders (Cardinaels en Smith 2005).

Om deze hoeveelheid DBC's te verminderen is een nieuwe productstructuur ontwikkeld, welke structuur begin 2011 zijn intrede zal doen. Door VWS, DBC- Onderhoud (DBC-O), NZa, College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en andere betrokkenen is eind 2006 besloten te werken aan een aangepast DBC- systeem, 'DBC Op weg naar Transparantie' (DOT) (Nza 2009). De DOT moet zorgen voor een forse vermindering van het aantal DBC's (van 30.000 naar 3.000). Daarnaast moet het zorgen voor een betrouwbaardere afleiding van DBC's uit de basisadministratie van de ziekenhuizen (Zorgverzekeraars Nederland 2008). In 2011 wil de minister van VWS de vernieuwde productiestructuur DOT invoeren met als doel de kostenhomogeniteit van de zorgproducten te verbeteren (NZa 2009).

De NZa (2009) meent dat de kostenhomogeniteit sterk zal verbeteren ten opzichte van de huidige productstructuur, de DBC-structuur. Uit een voorlopig inhoudelijke beoordeling van de invoering van de DOT- productstructuur door de NZa, is naar voren gekomen dat er grote omzetverschuivingen te zien zullen zijn voor de ziekenhuizen. Omzetsdaling die gemiddeld voor de academische ziekenhuizen -14% zullen bedragen (NZa 2009). Ten opzichte van andere ziekenhuizen, groot algemeen 0%, klein algemeen 0% en topklinisch -4%, betekent dit een forse daling (NZa 2009). De NZa verklaart de omzetsdaling bij academische en topklinische ziekenhuizen door hun slechte huidige registratie van de DBC's. Door de gebrekkige registratie vindt geen betaling plaats van wel verleende zorg of de verleende zorg wordt gefactureerd onder goedkopere zorgproducten. De NZa verwacht indien de registratie van DBC's verbeterd, dit zal leiden tot een hogere omzet (NZa 2009).

Hoofdstuk 2. Hoe te sturen?

Door de invoering van prestatiebekostiging treden er voor de ziekenhuizen risico's op. De prijs van zorg is immers afgesteld op de productie van de activiteiten die op dat moment nog niet bekend zijn. Het belang van systemen om inzichtelijk te maken op bepaalde momenten waar de ziekenhuizen staan qua productie neemt daarmee toe. Bij een non-profit organisatie dienen de financiële resultaten vaak als randvoorwaarde om andere doelstellingen te behalen (Franssen en Schepers 2006:30). Hierdoor speelt een zowel kwalitatief als een kwantitatief goede inrichting van beheersings- en sturingssystemen een belangrijke rol binnen ziekenhuizen.

Naast meer transparantie in de praktijkvoering van het ziekenhuis, hebben de invoering van de DBC's geleid tot meer inzicht in de kosten en sturing van deze kosten door het ziekenhuismanagement (Zuurbier, De Groot en Spanjers 2003). De financiële informatie die DBC's opleveren kunnen worden gebruikt door ziekenhuizen om te plannen, kosten te beheersen en aan geleverde diensten kosten toe te wijzen. Prestatiebekostiging wordt dan ook wel management accounting genoemd. Zuurbier, De Groot en Spanjers (2003) geven als kernpunten van management accounting aan dat het mogelijk wordt te sturen, te verbeteren en financiële aspecten te beheersen op basis van gegevens over aantallen, kosten en opbrengsten. De resultaten worden teruggekoppeld naar de divisie managers om in te kunnen spelen op uitkomsten en processen te verbeteren of aan te passen.

2.1 Management Control

Doordat de zorgkosten afgelopen jaren zijn gestegen, is de behoefte ontstaan aan de invoer van nieuwe en vooruitstrevende management control (MC) binnen de zorgsector (Preston et al 1995). Dit om een poging te doen om de zorgkosten te reduceren en te beheersen. Het vakgebied MC houdt zich bezig met de invoering van (strategische) doelstellingen voor een organisatie i.c. het ziekenhuis (Franssen en Schepers 2006:15). Hoe beter een organisatie in staat is zijn doelstellingen te realiseren, hoe beter een organisatie wordt beheerst. In de gezondheidszorg is de afgelopen jaren een gerichte toepassing van MC vormgegeven in management control systemen (MCS). De beheersing van uitgaven van ziekenhuizen is een steeds grotere noodzaak geworden (Schaepekens 2002). De veronderstelling is dat MCS informatie verschaft, dat het gedrag van zorgverleners/medische specialisten ten opzichte van het behalen van de doelstellingen van de organisatie, positief beïnvloedt (Merchant en Van der Stede 2003; Anthony en Govindarajan 2003 in: Lethonen 2007).

2.2 Management control en medisch specialisten

Voorwaarde om de doelstellingen zoals gesteld door het ziekenhuis te behalen is de betrokkenheid van de medisch specialisten bij het management (Abernethy en Stoelwinder 1995). Medisch specialisten zijn hebben de gewoonte onafhankelijk op te treden en zelfstandig beslissingen te nemen. Deze houding is ontstaan doordat de taken die men uitvoert nog niet uniform zijn vastgelegd in een formele structuur. De medisch specialisten zijn geëngageerd aan een model van controle wat

voornamelijk 'zelf- controle' inhoudt (Abernethy en Stoelwinder 1995). Waar voorheen de medisch specialist voornamelijk zichzelf of zijn vakgenoten als uitgangspunt nam, wordt nu geëist dat ook zij verantwoording dienen af te leggen over de door hen geleverde prestaties aan de organisatie. Hierdoor neemt de behoefte aan systemen om prestaties tot uitdrukking te kunnen brengen toe (Abernethy en Stoelwinder 1995). De invoering van DBC's is hier een voorbeeld van.

Om tot een succesvolle implementatie van DBC's te komen is het van belang dat medisch specialisten betrokken worden bij het management en de ontwikkeling van control systemen (Lethonen 2007). De interesse naar medisch specialisten die werkzaam zijn in meer decentrale niveaus binnen de organisatie komt daarmee meer op de voorgrond te staan. Waar voorheen het midden,- en seniormanagement meer betrokken waren bij de strategische componenten van de organisatie, spelen de medisch specialisten meer dan vroeger een belangrijke rol bij de inrichting van MCS (Langfield- Smith 1997). De grenzen tussen de operationele kant van de organisatie, management en strategische control moeten worden vervaagd waardoor meer één proces ontstaat (Langfield- Smith 1997).

Om tot één gezamenlijke visie te komen dient samenwerking te zijn tussen het management en de medisch specialist. De kosten van de verrichtingen dienen door het management in kaart te worden gebracht. Hier gaat het om het inzichtelijk maken van bijvoorbeeld de afspraken die gemaakt zijn tussen medisch specialist en het management over bepaalde handelingen (procesontwerp), de bezettingsgraad en het werkklimaat. Het aantal verrichtingen per patiënt kunnen worden beschreven door de medisch specialist. Hier spelen ervaring, protocollen en beschikbaarheid een rol. Door zo secuur mogelijk te beschrijven welke verrichtingen worden uitgevoerd of nodig zullen zijn kan inzichtelijk worden gemaakt welke kosten er gemaakt zullen worden per patiënt. Dit is van belang voor het opstellen van een juiste DBC.

MC wordt al jaren toegepast binnen zowel profit en non-profit organisaties en kent verschillende omschrijvingen (Hofstede 1978; Anthony 1988; Otley 1999; Geelhoed 2005). Tegenwoordig is het van belang dat er meer aandacht wordt geschonken aan de strategische en operationele elementen van MC (Langfield- Smith 1997).

De reden dat er meer aandacht moet worden geschonken aan de strategische en operationele elementen zijn de toenemende onzekerheid door onvoorspelbaarheid in de omgeving, de toenemende decentralisatie door groter wordende organisaties en de verschuiving van productiegeoriënteerde naar servicegeoriënteerde organisaties (Otley 1994). Deze laatste ontwikkeling is daarmee ook te vinden in de non-profit sector, zoals ziekenhuizen. Deze ontwikkelingen vormen een aanleiding om het MC en daarmee MCS aan te passen (Otley 1994). MC dient als geheel om samenwerking te creëren tussen de verschillende individuen binnen de organisatie, die als enige binding met elkaar hebben het nastreven van hetzelfde doel ten behoeve van de organisatie (Langfield- Smith 1997; Merchant en Van der Stede 2003). Met het invoeren van of verbeteren van MC wordt de kans op het behalen van de doelstellingen van de organisatie vergroot (Merchant en Van der Stede 2003).

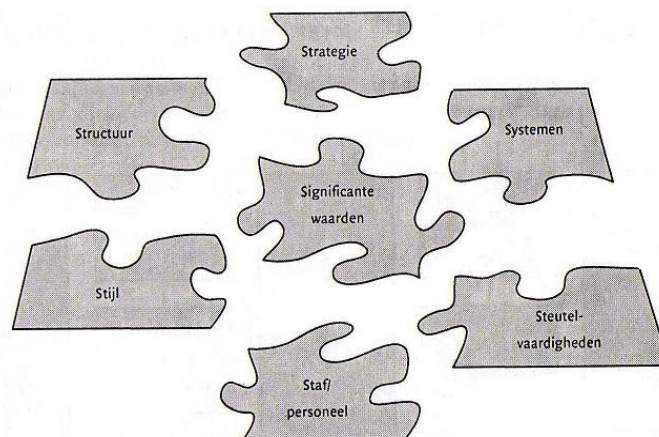
Hoofdstuk 3. Management Control Systeem

Sturingsprincipes binnen de gezondheidszorg hebben, naast het laten functioneren en het aansturen van de organisatie, ook als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het verhogen van kwaliteit en het efficiënter gebruik van middelen binnen de gezondheidszorg, door goed te sturen wordt steeds belangrijker (Lingsma et al 2008). Het gebruik en de inrichting van het MCS wordt daarmee steeds belangrijker. Om te testen of een organisatie, i.c. een ziekenhuis, een hoogwaardig kwalitatief en doelmatig ingericht MCS heeft, zijn verschillende modellen door de jaren heen ontwikkeld om hier antwoord op te geven. Er zijn in de literatuur een aantal MC-modellen beschreven die in de praktijk worden toegepast. Deze modellen zijn allen bruikbaar om een nulmeting te geven over de kwaliteit van MCS (Franssen en Schepers 2006:18). De kwaliteit geeft daarmee een indicatie in welke mate de organisatie in verhouding en daarmee in 'control' is.

3.1 Modellen ter toetsing van kwaliteit

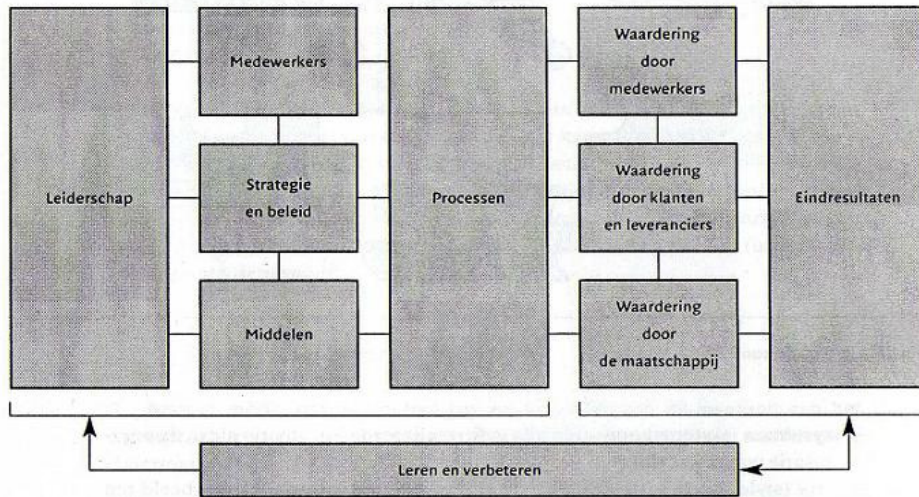
Er zijn verschillende modellen ontwikkeld voor het uitvoeren nulmetingen in een organisatie. Met de modellen kan worden aangegeven in hoeverre de organisatie in evenwicht is.

Het eerste model dat wordt beschreven is het 7-S model. Het 7-S model van Peters, Waterman en Philips (1980) is gebaseerd op een zevental aandachtsgebieden ter analyse van de interne organisatie (Houthoofd 1996). De zeven aandachtsgebieden zijn; 1) strategie, 2) structuur, 3) systemen 4) significante waarden, 5) stijl, 6) staf,- en personeel en 7) sleutelvaardigheden. Hierbij kunnen de onderdelen een, twee en drie worden beschreven als de harde kant van de organisatie en de overige vier als de zachtere kant (ibid). De mate waarin de zeven genoemde punten ontwikkeld zijn en op elkaar zijn afgestemd bepaalt of de organisatie uiteindelijk in evenwicht is en daarmee in control.



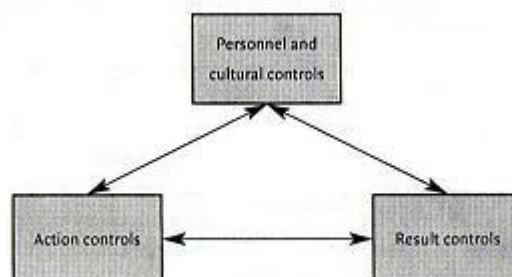
Figuur 1.7- S model Peters & Waterman (Franssen en Schepers 2006:18)

Een andere manier om een nulmeting uit te voeren voor het MCS is volgens Franssen en Schepers (2006:20) het INK- model. De kwaliteit van het MCS kan worden gemeten door de financiële performance, waardering van het personeel, klanten en maatschappij.



Figuur 2. INK Model (Franssen & Schepers 2006:20)

Vervolgens is het model *objects of control* van Merchant een derde manier om een nulmeting uit te voeren. Het model bestaat uit drie vormen van control; personele en culturele controls, actie controls en resultaten controls. De personele en culturele controls uiten zich vooral in de formele gedragsregels. Hierbij kan gedacht worden aan de ongeschreven regels van de organisatie (Franssen en Schepers 2006:21). Richtlijnen voor gedragsbepalingen worden bepaald door actie controls. Deze gedragsbepalingen zijn vooral administratief- organisatorisch van aard. Het realiseren van gewenste resultaten worden bepaald door resultaten controls. Het model stelt dat de drie controls in een organisatie in evenwicht dienen te zijn. Hierdoor zou een optimale beheersing worden gerealiseerd.



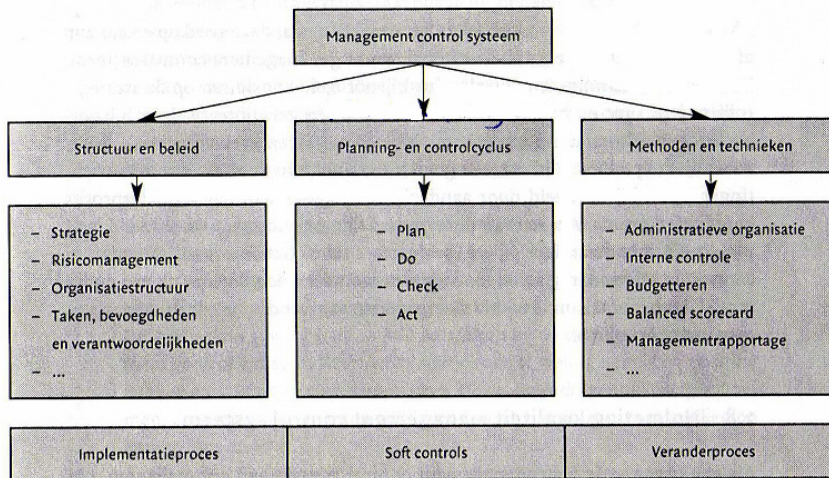
Figuur 3. Model of objects van Merchant (Franssen & Schepers 2006:21)

Als laatste model de levers of control van Simon (Franssen en Schepers 2006:22). Dit model beschrijft vier systemen die bij kunnen dragen aan de realisatie van de strategie. De vier systemen zijn 1) diagnostic control systems, 2) boundary systems, 3) beliefs systems en 4) interactive control systems. Diagnostic control systemen stellen prestatie indicatoren, succesfactoren op die vervolgens worden gemeten en geëvalueerd. Uiteindelijk dienen deze prestaties bij te dragen aan de realisatie van de strategie. Boundary systemen stellen grenzen voor medewerkers en hier dienen de medewerkers binnen te functioneren. Boundary systemen worden opgesteld om het risico uit te sluiten dat strategische doelstellingen niet gehaald worden doordat werknemers grenzen overschrijden. Beliefs systemen dienen ervoor dat werknemers achter staan, zowel qua missie, visie, waarden en normen. Hierdoor worden werknemers gestimuleerd om doelstellingen van de organisatie na te streven en te realiseren (Franssen en Schepers 2006:22). Tenslotte zorgen interactive control systemen ervoor dat de strategie duidelijk gecommuniceerd wordt naar de werknemers. Niet alleen de strategie, maar ook de ontwikkelingen over deze strategie dienen helder tussen partijen gecommuniceerd te worden.

3.2 Management control drieluik model

Om de probleemstelling te kunnen toetsen is het volgende model centraal gesteld in dit onderzoek naar de invoering van de DBC's en de inrichting van het MCS van de afdeling oncologie bij de UMC's. De beantwoording van mijn eerste deelvraag '*Hoe kan de kwaliteit van een MCS volgens de literatuur worden getest?*' blijkt op basis van voorgenoemde modellen niet eenduidig te beantwoorden. De keuze voor een bepaald model of organisatie blijkt af te hangen van verschillende factoren zoals van het ziekenhuis op een MCS.

Uiteindelijk is gekozen voor het management control drieluik model. Op basis van voornoemde modellen, was het niet mogelijk de aparte onderdelen op een inzichtelijke manier uit te vragen. Het drieluik model biedt op inzichtelijke wijze houvast om het MCS binnen een ziekenhuis in kaart te brengen. Om de factoren als strategie, structuur, cultuur en omgeving te integreren is mijn inziens het management control drieluik het model waarin de belangrijkste factoren voor een MCS samenkomen. In dit model komen verschillende aspecten van de hiervoor genoemde meetsystemen terug. Het model is als volgt opgebouwd:



Figuur 4. Management drieluik model (Franssen & Schepers 2006: 21)

De nulmeting van het drieluik heeft op vier dimensies betrekking (Franssen en Schepers 2006:21).

De eerste dimensie is of de drie pijlers, structuur & beleid, planning & controlcyclus en methoden & technieken met elkaar in evenwicht zijn. Als voorbeeld wordt gegeven dat sommige organisaties de neiging hebben te veel in de ene pijler te blijven hangen en de andere pijlers onvoldoende daardoor te ontwikkelen.

De tweede dimensie kijkt of de planning en controlcyclus uitvoerig is doorlopen en dat alle aspecten, plan, do, check en act goed zijn uitgewerkt. Dit is een indicatie dat een instelling bewust op resultaten stuurt. Organisaties hebben vaak moeite met analyseren van resultaten en vervolgens het aanpassen van deze resultaten (Franssen en Schepers 2006:18).

In de derde dimensie wordt nagegaan of de methoden en technieken adequaat zijn ontwikkeld. Vooraf goed opgestelde en in de organisatie gevestigde methoden en technieken dragen bij aan een beter beheersbare organisatie. Methoden en technieken dienen ter ondersteuning van de beheersbaarheid en moeten daarom goed op elkaar zijn afgestemd (Franssen en Schepers 2006:18).

De laatste dimensie gaat er van uit dat de drie pijlers, structuur & beleid, planning & controlcyclus en methoden & technieken de uitgangspunten vormen om MCS goed te kunnen implementeren in de organisatie.

Om inzichtelijk te maken wat de inhoud is van de drie pijlers zijn de drie pijlers uitgewerkt aan de hand van de visie van verschillende auteurs.

Pijler één structuur & beleid

De eerste pijler *structuur en beleid* zal antwoord moeten geven op wat de doelstellingen van de organisatie zijn en hoe de organisatie is ingericht om deze doelstellingen te bereiken (Schepers en Franssen 2006:23). Hieronder vallen onderdelen als strategie, organisatiestructuur, taken en bevoegdheden, verantwoordelijkheden en risicomanagement.

Over strategie is in de literatuur veel geschreven en zijn verschillende definities te vinden. Uit deze definities is de algemene kern van strategiebetekenis af te leiden en wordt beschreven als een duidelijk geformuleerde aanpak om de organisatiedoelstellingen te verwezenlijken (Knop 2006:17). Belangrijk hierbij is dat de strategie zo gespecificeerd mogelijk wordt vastgelegd en geïmplementeerd is binnen de organisatie (Merchant en Van der Stede 2003). Medewerkers uit verschillende lagen van de organisatie, i.c. het ziekenhuis zijn betrokken bij zowel de operationele kant van de organisatie, het management als de strategische control (ibid). Dat brengt met zich mee dat er sprake moet zijn van een duidelijke communicatie tussen zowel medisch specialisten en het management.

Volgens Young (2003) speelt een belangrijke rol dat doelstellingen van beide partijen met elkaar stroken om tot een verbeterde kwaliteit te kunnen komen. MC's kunnen er toe bijdragen dat de strategie en daarmee de doelstellingen beter doorwerken binnen de organisatie, en daarmee naar decentrale divisies (Naranjo- Gil en Hartmann 2006).

Pijler twee planning & controlcyclus

De doelstelling van planning en control is het bewaken door de organisatie van de realisatie van de beheersingsdoelstellingen en indien nodig bij te sturen (Franssen en Schepers 2006:30). Om dit uit te voeren ontwerpen organisaties een planning en controlcyclus waarmee getracht wordt deze beheersingsdoelstellingen te realiseren. Deze inrichting verschilt per organisatie, maar soms ook binnen de organisatie per afdeling, omdat verschillende afdelingen met andere doelstellingen werken. De doelstellingen van een afdeling dienen op één lijn te zitten met de strategische doelen van de organisatie waarvan zij onderdeel uitmaken. Anthony (1965) omschrijft dit als doelcongruentie tussen medewerkers en operationele organisatiedoelen.

Als uitgangssituatie om te sturen op resultaten beschrijft Zuurbier (2005) dat het van belang is om vooraf een adequate planning en controlcyclus op te stellen, waarin duidelijk wordt beschreven welke normen er worden vastgesteld in aantallen, kosten en opbrengsten. Bij de invoering van de DBC's is dit principe meer op de voorgrond gekomen. Inzichtelijkheid in aantallen, kosten en opbrengsten is nu een randvoorwaarde om gericht te kunnen sturen.

De planning en controlcyclus zorgt er idealiter voor dat de activiteiten en afspraken die nodig zijn voor de te realiseren productie met elkaar worden verbonden. Bij het inrichten van de planning en control cyclus wordt door organisaties vaak gebruik gemaakt van de regelkring van Deming: om de beheersingsdoelstellingen te bereiken dienen vier stappen te worden ondernomen: plan (plannen), do (uitvoeren), check (analyseren) en tenslotte act (bijsturen) (Franssen en Schepers 2006:31).

Ook Geelhoed (2005) erkent het belang van de het opstellen en de realisatie van doelstellingen. Geelhoed (2005) geeft aan dat de planning en controlcyclus bestaat uit vier onderdelen; 1) strategie ontwikkeling, 2) organisatie structuur 3) management control en 4) maatschappelijke verantwoording. De cyclus richt zich vooral op de lange termijndoelstellingen van de organisatie, creëert draagvlak en zorgt ervoor dat de voortgang van de organisatie in de gaten wordt gehouden (ibid). Over de voortgang dient vervolgens op regelmatige basis een rapportage te worden

opgesteld. Binnen een periode wordt verantwoording afgelegd over de behaalde doelstellingen of prestaties. Hierdoor wordt de mogelijkheid gecreëerd om bij te sturen indien doelstellingen niet behaald zijn.

Pijler drie methoden en technieken

De methoden en technieken die de organisatie toepast, dienen ervoor om de planning en controlcyclus te faciliteren. Voorts dienen de methoden en technieken elkaar versterken waardoor een goede wisselwerking plaatsvindt tussen beiden (Franssen en Schepers 2006:26). Voorbeelden hiervan zijn hoe de administratieve organisatie is vormgegeven, de interne controle, de manier van budgetteren, de wijze waarop bijvoorbeeld een balanced score card (BSC) is ingericht en managementrapportages. Niet alleen dienen de methoden en technieken voor de facilitering van de planning en controlcyclus, maar ook als ondersteuning voor structuur en beleid.

Voor iedere stap in de planning en controlcyclus moet een budget worden opgesteld. Knop (2006:18) geeft aan dat voor deze stap een budget aan ieder organisatieonderdeel wordt toegekend in een periode. Centraal bij dit proces staan de onderhandelingen die plaatsvinden tussen de verantwoordelijke manager van een organisatieonderdeel en zijn of haar superieuren (Anthony en Young 2003). De kracht van budgetteren als sturingsinstrument is groter dan van een begroting. Zo wordt gestuurd op uitkomsten en niet alleen op het beheersen van middelen en mensen (Franssen en Schepers 2006:86). De manier waarop wordt gebudgetteerd moet worden aangevuld met informatie over de doelstellingen van de organisatie (Knop 2006:19).

Tot slot kan de administratieve organisatie (AO) worden onderscheiden. De AO kan worden gedefinieerd als (Franssen en Schepers 2006:65):

“Alle activiteiten met betrekking tot het systematisch verzamelen, vastleggen en verwerken van gegevens, gericht op het verstrekken van informatie ten behoeve van het besturen-in-engere-zin (het kiezen uit alternatieve mogelijkheden), het doen functioneren en het beheersen van een huishouding en ten behoeve van de verantwoordingen die daarover moeten worden afgelegd.”

Definitieve nulmeting in het mcs

Een nulmeting kan worden uitgevoerd door gebruik te maken van een radarafbeelding (Franssen en Schepers 2006:24). Hierbij worden organisaties gescoord op de punten zoals eerder vernoemd in het drieluikmodel. Met behulp van deze radarafbeelding kan inzichtelijk worden gemaakt wat de kwaliteit en doelmatigheid van het MCS is en of deze in evenwicht is. Indien op het ene punt hoog wordt gescoord, en op het andere punt laag, houdt dit in dat de organisatie niet of onvoldoende in control is. Ook kan dit met behulp van andere diagrammen, bijvoorbeeld taartdiagrammen worden weergegeven.

Door de afdelingen oncologie van de UMC's te toetsen aan het model zoals hierboven beschreven meen ik dat op overzichtelijke wijze in kaart kan worden gebracht, wat de kwaliteit is van het MCS. Dit model dient daarmee als uitgangspunt voor het onderzoek.

4. Methoden

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet van de scriptie besproken. Ten eerste wordt ingegaan op de onderzoekslocatie, vervolgens worden de verschillende methoden, die zijn toegepast in dit onderzoek, uitgewerkt. Tot slot wordt de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek besproken. De scriptie betreft een onderzoek naar de invoering van DBC's en de invloed daarvan op de inrichting van het MCS van de afdeling oncologie van de UMC's. Hierbij staat het management control drielink model centraal.

4.1 Onderzoekslocatie

Als uitgangspunt voor dit onderzoek dienen de afdelingen oncologie van de acht UMC's in Nederland. In de toekomst zal voor deze UMC's een omslag plaatsvinden aangezien de zorg in het B-segment zal toenemen. Door de invoering in 2011 van de vernieuwde productiestructuur de *DBC Op weg naar Transparantie (DOT)*, de opvolger van de DBC, zal er meer productie plaatsvinden in dit B-segment, ook binnen de afdelingen oncologie van de UMC's. Voor specifiek de afdeling oncologie is gekozen op basis van het toenemende aantal patiënten met kanker en waarvan verwacht wordt dat dit in 2015 met veertig procent is gestegen ten opzichte van 2000 (Coebergh 2004). Doelmatige aansturing om de kosten in de toekomst te kunnen beheersen is daarom, juist voor deze afdeling van belang.

De acht UMC's vallen onder de Nederlandse Federatie Universitaire Medische Centra (NFU). De NFU draagt zorgt voor de gezamenlijke belangen en doelstellingen van de UMC's. Aangesloten bij de NFU zijn: het Academisch Medisch Centrum (AMC) en het VU Medisch Centrum, beiden te Amsterdam, het Erasmus MC te Rotterdam (EMC), het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), het Universitair Medisch Centrum Utrecht, het UMC St. Radboud te Nijmegen en het Academisch Ziekenhuis Maastricht (NFU 2009). De NFU is tevens een samenwerkingsverband tussen de UMC's. Daarnaast dient de NFU als werkgeversorganisatie die zitting neemt in overleg met de overheid en andere werknemersorganisaties over de arbeidsvoorwaarden van de UMC's.

Dit onderzoek richt zich in plaats van acht op zeven UMC's omdat één UMC geen medewerking wilde verlenen aan dit onderzoek. In verband met de privacy van de UMC's krijgen de UMC's een letter van A tot en met G. Hierdoor wordt het voor buitenstaanders onherkenbaar om welk UMC het gaat.

4.2 Methodes van onderzoek

Om de onderzoeksvraag goed en volledig te kunnen beantwoorden is gekozen om kwalitatief onderzoek uit te voeren. Dit maakt het voor de onderzoeker mogelijk om een gedetailleerd beeld te geven van de actuele ervaringen van de participanten (Creswell 2003). Kwalitatief onderzoek wordt getypeerd door de manier waarop data wordt verzameld, de wijze waarop een analyse tot stand komt, de onderzoeksopzet en de rol die de onderzoeker speelt in het onderzoek.

Om de hoofd- en deelvragen te kunnen beantwoorden, wordt op verschillende manieren onderzoek gedaan. Volgens Baarda & De Goede (1997) is typerend voor kwalitatief onderzoek dat het verkennend en inzichtgevend is.

Literatuur

Bij dit onderzoek wordt de literatuur gebruikt om naar het onderzoek te kijken (Creswell 2003). Hierbij wordt het onderzoek ondersteund door de theorie uit de literatuur om naar de conclusies toe te werken. De literatuur zorgt in dit onderzoek voor een algemeen beeld rondom de invoering van DBC's en de daarachter liggende motieven. Vervolgens dient de literatuur om een specifiek toetsingskader te creëren waaraan MCS van de afdelingen oncologie van de UMC's kunnen worden getoetst. Dit heeft geresulteerd in het management control drieluik model, het model dat centraal staat in deze scriptie.

De literatuur is verkregen uit digitale bronnen als PubMed, Cochrane en Omega. Voorts beleidsdocumenten van het ministerie van VWS, de NFU en de NZa. Trefwoorden voor de verschillende databanken zijn: performance hospital, planning & control, management control system hospital, management accounting, cost accounting. Verder wordt gebruik gemaakt van de artikelen afkomstig uit de vakken 'Performance Management', 'Beheersmanagement', 'Methoden en Technieken' en 'Financieel Management', gegeven aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam voor de master Zorgmanagement. Artikelen die relevante betekenis hadden op basis van voorgenoemde zoektermen voor de scriptie zijn geïnccludeerd.

Documenten

Binnen dit onderzoek spelen documenten een belangrijke rol, nu deze inzichtelijk maken in hoeverre sturingssystemen zijn vastgelegd en daarmee zijn geformaliseerd. De documenten die zijn opgevraagd zijn managementrapportages van de afdelingen oncologie uit het jaar 2001 en de meest recente managementrapportages van deze afdeling. Daarnaast zijn de planning en controlcyclus, kwartaalrapportages en maandrapportages opgevraagd. Bij het opvragen van documenten is expliciet om deze informatie gevraagd en waren de UMC's vrij in het toezenden van andere relevante stukken voor het onderzoek. De documenten moeten de onderzoeker inzicht geven in hoe de sturingssystemen van de afdeling oncologie waren ingericht ten tijde van het FB- systeem en hoe het sturingssysteem thans 2009 is ingericht. Hierdoor kunnen de verschillen in sturingssystemen van de afdelingen inzichtelijk worden gemaakt.

Quickscan

De quickscan die is toegepast, dient de onderzoeker in staat te stellen inzicht te verkrijgen in de situatie van de planning en controlcyclus van de zeven UMC's. Onderwerpen zijn: *strategie ontwikkeling, organisatie structuur, management control en afleggen van verantwoordelijkheid*. De vraagstelling van de quickscan is gebaseerd op het promotieonderzoek van Geelhoed (2005), toegevoegd in bijlage één.

De quickscan is uitgevoerd door vijf leden van de scriptiegroep 'Interne sturing binnen

ziekenhuizen' van de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Iedere masterstudent heeft een aantal interviews afgenomen van betrokkene bij in totaal zeventien ziekenhuizen. Door dit aantal ziekenhuizen is de externe validiteit toegenomen. De ziekenhuizen waren zowel academische, topklinische als algemene ziekenhuizen, waardoor het resultaat van de quickscan niet volledig generaliseerbaar is.

De masterstudenten hebben uit de verschillende ziekenhuizen de voorzitter van de Raad van Bestuur (RvB), een kwaliteitsfunctionaris en een controller geïnterviewd over voorgenoemde onderwerpen. Omdat het qua tijd niet haalbaar was van zeven UMC's alle functionarissen te ondervragen, is er voor gekozen om alleen controllers te betrekken bij dit gedeelte van het onderzoek. De interviews zijn door verschillende onderzoekers afgenomen en niet allemaal face-to-face. De onderzoeker vond het voor deze scriptie van belang dat zij zelf de deelnemende UMC's ondervroeg omdat op deze manier de vergelijking zo zuiver mogelijk plaats zou vinden. Doel van de quickscan is een matrix te maken, waarin de zeventien ziekenhuizen vergeleken konden worden. Deze matrix vormde de basis voor nader onderzoek en focus voor de scriptie.

Van de quickscan worden de resultaten van het onderwerp *management control* in dit onderzoek gebruikt ter ondersteuning, waar mogelijk, voor de uitspraken van de controllers die meewerken aan het onderzoek. Hierdoor worden de uitspraken vergeleken met de andere ziekenhuizen die hebben deelgenomen in het onderzoek en daardoor mogelijk gegeneraliseerd.

Mijn scriptie heeft als doel antwoord te geven op de probleemstelling zoals genoemd in hoofdstuk twee. Daarvoor is een enquête opgesteld, gebaseerd op de drie pijlers uit het management control drielukkig, om antwoord te kunnen geven op deelvraag twee. Vervolgens is door middel van een diepte interview getracht antwoord te krijgen op deelvraag drie.

Enquête

De onderzoeker heeft door middel van een enquête een nulmeting uitgevoerd om inzicht te krijgen in de huidige kwaliteit en doelmatigheid van MCS van de afdeling oncologie met als toetsingskader het management control drielukkig.

De enquête bevat zowel gedeeltelijk ja/ nee vragen als een vijf-punts schaal (volledig oneens-volledig eens). Tevens bestaat de mogelijkheid tot een toelichting op de vraag door de controller. Aan zowel de antwoorden gegeven op basis van de ja/nee vragen als de vijf- puntsschaal zijn plussen en minnen toegekend door de onderzoeker. De reden hiervoor is dat op deze manier het voor de onderzoeker inzichtelijker wordt wat als waar en onwaar wordt beschouwd door de controllers. Hierdoor kunnen de resultaten gekoppeld worden aan de onderdelen binnen het management control drielukkig model. Bij de participanten die vanwege hun functie géén antwoord konden geven op de vraagstelling, is besloten dit antwoord buiten beschouwing te laten. Dit wordt in de tabellen aangegeven met een vraagteken. De enquête is te vinden in bijlage twee.

Diepte interviews

De zeven deelnemende UMC's zijn van te voren aangeschreven en er is telefonisch contact opgenomen met de betreffende personen om de interviews uit te voeren. Aan dit onderzoek hebben de controllers, verantwoordelijk voor de afdeling oncologie, hun medewerking verleent. De controllers zijn geschikt om inzicht te geven op het gebied van MC voor deze afdeling, nu zij inzicht hebben op de inrichting van deze sturingssystemen. Voorts is getracht om ook nog een meer senior inzicht te verwerven door afdelingshoofden te interviewen, maar deze bleken in alle betrokken UMC's niet mee te kunnen werken aan het onderzoek.

De interviews hebben op uitzondering van één UMC allemaal telefonisch plaatsgevonden in verband met gebrek aan tijd. Het nadeel hiervan is dat de onderzoeker niet in staat is geweest de controller te observeren tijdens het interview. De controllers ontvingen van te voren allemaal de semi-structureerde vragenlijst zodat tijdens het telefoongesprek kon worden meegelezen met de onderzoeker. De onderzoeker heeft tijdens de interviews geprobeerd alleen te sturen indien er verduidelijking nodig was betreffende de vraagstelling.

De interviews zijn uitgewerkt en vervolgens teruggestuurd naar de controller. Deze had een week de tijd om het interview door te lezen en eventueel te corrigeren op interpretatie fouten. Het interview is te vinden in bijlage drie. Belangrijke onderwerpen binnen het interview is geweest de invloed van de invoering van prestatiebekostiging, management control systemen, knelpunten bij eventuele verandering van sturingsmechanismen en het gericht sturen op uitkomsten door middel van sturingsmechanismen.

Er zijn in dit onderzoek zowel literatuur, documenten, interviews als enquêtes gebruikt waardoor de onderzoeker ervoor heeft gezorgd dat er triangulatie heeft plaatsgevonden. Hierdoor is de validiteit van het onderzoek vergroot.

4.3 Analyse

Wanneer data-analyse plaatsvindt, wordt gekeken naar welke bruikbare informatie wordt verkregen uit de interviews, documenten en enquêtes. In dit onderzoek is sprake geweest van verschillende bronnen. Creswell (2003) geeft aan dat verschillende stappen nodig zijn om de verkregen data bruikbaar te maken. Ten eerste is de data geprepareerd door alle interviews uit te werken en terug te sturen naar de controllers van de UMC's. Na de data retour ontvangen te hebben, zijn de verkregen documenten bij de interviews en enquêtes gelegd per UMC. Vervolgens is een algemene indruk verkregen over de verzamelde data: de onderzoeker heeft categorieën gemaakt van de enquêtevragen en deze aan de onderwerpen van het drieluik gekoppeld. Vervolgens zijn de open vragen, die betrekking hebben op de invoering van DBC's en veranderingen in het MCS, gecodeerd. Deze vragen zijn toegewezen aan de pijlers van het drieluik model waardoor het van belang is eerst de data te analyseren om de data te begrijpen. De onderzoeker heeft dit gedaan door de vragen te groeperen naar de drie pijlers, structuur en beleid, planning en controlcyclus en methoden en technieken. Tot slot zijn de resultaten gepresenteerd in deze scriptie.

4.4 Validiteit en betrouwbaarheid

In deze paragraaf wordt beschreven op welke manier geprobeerd is de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen.

Validiteit

Interne validiteit

Validiteit is op te splitsen in interne en externe validiteit. Interne validiteit houdt in dat de gegevens die verzameld zijn, op een juiste manier worden geïnterpreteerd waarbij alleen dit onderzoek centraal staat. De vraag die gesteld kan worden door medeonderzoekers en vakgenoten is of er door de onderzoeker een juiste oorzaak- gevolg conclusie getrokken is. Indien deze causale relatie niet juist is, treden er fouten op binnen de interne validiteit (Swanborn 2006). Het gaat hierbij om de kwaliteit van de conclusie als geheel vanuit het onderzoeksontwerp (Swanborn 1994). Om de interne validiteit in dit onderzoek te waarborgen, is gebruik gemaakt van member-check, bronnentriangulatie, peer-debriefing (mede masterstudenten), en de invloed van external auditors (scriptiebegeleiders en Claudia Brandenburg) (Creswell 2003).

Externe validiteit

Externe validiteit is de mate waarin de conclusies die getrokken worden, generaliseerbaar zijn naar andere onderzoekspopulaties dan onderzocht in het onderzoek (Bouter 2005:165). Binnen dit onderzoek zijn van de acht in totaal zeven UMC's betrokken. Doordat Nederland een specifieke financieringsstructuur kent betreffende zorg en opbouw van academische ziekenhuizen, is het niet mogelijk dit onderzoek te generaliseren buiten Nederland. Toch is geprobeerd de externe validiteit zo goed mogelijk te waarborgen door cyclisch te werken, peer debriefing en het vergelijken van het onderzoek met andere onderzoeken die bekend zijn met dit onderwerp.

Betrouwbaarheid

Volgens Swanborn (2006) kan betrouwbaarheid gedefinieerd worden als:

“De mate waarin een meting vrij is van toevalsfouten, dat wil zeggen waarin het resultaat stabiel is bij (a) een andere onderzoeker, (b) een ander tijdstip, (c) een ander meetinstrument, (d) andere overige omstandigheden.”

Interne betrouwbaarheid

Binnen betrouwbaarheid kan een onderscheid worden gemaakt tussen interne en externe betrouwbaarheid. Hierbij verwijst interne betrouwbaarheid naar de consistentie van de gegevensverzameling, de data-analyse en de conclusies binnen het onderzoek. Dit biedt de mogelijkheid om onafhankelijke onderzoekers het onderzoek in dezelfde omstandigheden te kunnen reproduceren. Door veel aandacht te schenken aan de beschrijving van de setting, de rol van de onderzoeker en het tijdstip van de dag waarop de interviews gehouden worden, kan dit worden

bewerkstelligd. In dit onderzoek is getracht eenduidige definities te gebruiken waardoor de lezer in staat zou moeten zijn zich het taalgebruik van de onderzoeker eigen te maken. In dit onderzoek worden literatuur, documenten én interviews toegepast waardoor *methoden triangulatie* ontstaat.

Externe betrouwbaarheid

Indien het onderzoek extern betrouwbaar is, moet een andere onderzoeker onder dezelfde omstandigheden tot eenzelfde resultaat komen. Het tot hetzelfde resultaat komen door verschillende onderzoekers wordt ook wel interbeoordelingsbetrouwbaarheid genoemd. Dit onderzoek wordt echter gedaan door één onderzoeker, daardoor is er geen sprake van interbeoordelingsbetrouwbaarheid. Door wel alle beschrijvingen nauwkeurig te noteren, kan de externe betrouwbaarheid gedeeltelijk worden gewaarborgd. Dit onderzoek is niet extern betrouwbaar te maken, nu bij de vragen die gesteld zijn de onderzoeker (ongewenst) altijd invloed heeft op de resultaten.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt de (non)respons beschreven. Vervolgens zullen ter beantwoording van de deelvragen de resultaten besproken worden. Hierbij zullen alleen de resultaten worden weergegeven zónder daaraan een conclusie te verbinden.

5.1 Respons

Van de acht UMC's hebben zeven controllers van de UMC's aan de quickscan deelgenomen.

UMC Ronde 1	Participanten P&C
UMC A	1
UMC B	1
UMC C	1
UMC D	1
UMC E	1
UMC F	1
UMC G	1

Tabel 1. Participanten quickscan

Aan deze scriptie hebben vijf UMC's meegewerkt. De onderzoeker had vóór de uitvoering van het onderzoek zowel controllers (top- down) als afdelingshoofden of bedrijfsleiders (bottom-up) geïnccludeerd om een antwoord te geven op de hoofdvraag. De afdelingshoofden waren niet in staat een interview te verlenen.

Eén UMC heeft geen respons gegeven op de email waarin verzocht werd mee te werken aan het onderzoek. De onderzoeker heeft meerdere malen contact gezocht met de desbetreffende UMC. Dit heeft geen resultaat opgeleverd. Eén ziekenhuis was niet in staat een interview in te plannen maar heeft de vragen na uitleg van de onderzoeker per email beantwoord. Daarnaast hebben twee UMC's daadwerkelijk de opgevraagde documentatie toegestuurd. Van deze twee UMC's heeft één UMC de managementinformatie ten tijde van de FB- systematiek kunnen aanleveren. De andere UMC's gaven aan geen tijd te hebben voor het opzoeken van deze documentatie of deze informatie van langere tijd geleden niet meer te hebben. In tabel twee is weergegeven welke documenten, participanten en enquêtelijsten uiteindelijk zijn verwerkt in dit onderzoek.

UMC Ronde 2	Participanten	Functie	Documenten	Enquetelijst	Totaal	Interview
UMC B	1	Divisie controller P&C	Nee	Ja	1	Telefonisch
UMC C	1	Divisie controller P&C Mede oncologie	Ja MR uit 2005 MR uit 2009	Ja (met als uitgangspunt de organisatie)	1	Face-to-face
UMC E	1	Senior beleidsmedewerker (betrokken bij FB-productie en marktverkenning)	Nee	Ja	1	Per mail
UMC F	1	Senior beleidsmedewerker (betrokken bij financiële verandering gewijzigde organisatiestructuur)	Ja P&C uit 2009 KR uit 2009	Ja (met als uitgangspunt de organisatie)	1	Telefonisch
UMC G	1	Sectorcontroller Sector oncologie	Nee (Wel van andere afdeling)	Ja	1	Telefonisch

Tabel 2. Participanten onderzoek
MR= Managementrapportages
KR= Kwartaalrapportages

Resultaten enquête, interviews en documenten

De onderzoeksvraag “Welke invloed heeft de invoering van DBC’s gehad op de inrichting van het management control systeem van de afdeling oncologie van de Universitaire Medische Centra in Nederland?” staat centraal in dit onderzoek. Om hier antwoord op te kunnen geven zijn er deelvragen opgesteld die helpen met het ordenen van de informatie en in stappen toewerken naar de eindconclusie. Deelvraag één ‘Hoe kan de kwaliteit en doelmatigheid van een MCS volgens de literatuur worden getest?’ is inmiddels beantwoord vanuit de literatuur in het theoretisch kader.

In de volgende paragrafen worden de resultaten die betrekking hebben op deelvraag twee ‘In hoeverre is op dit moment het MCS van de afdeling oncologie van de UMC’s in control?’ gekoppeld. Eerst worden de resultaten weergegeven van de tweede deelvraag. Dit geeft een indicatie van de kwaliteit en doelmatigheid van het MCS ten tijde van het onderzoek van de afdeling oncologie van de vijf UMC’s op basis van het management control drielook. De pijlers waarop de resultaten worden ingedeeld worden nogmaals herhaald; structuur & beleid, planning & controlcyclus en methoden & technieken. Bij het weergeven van de resultaten is gebruikgemaakt van zowel de documenten, de enquête als de openvragenlijst. In de bijlage is te zien welke vragen gebruikt zijn en hoe deze zijn geclusterd. De resultaten worden weergegeven in tabellen.

Vervolgens worden de resultaten gepresenteerd van de afdeling oncologie die betrekking hebben op deelvraag drie ‘Wat zijn de veranderingen geweest door de invoering van de DBC structuur binnen het MCS gebaseerd op het management control drielook?’ Hiervoor zijn de semi-

gestructureerde interviews met de controllers leidend geweest. Ook hier zijn de vragen geclusterd naar onderwerp van het drieluik. Voorts zijn de documenten die aanwezig waren ten tijde van het FB-systeem en de documenten anno 2009 verwerkt. De resultaten van de quickscan zullen in dit onderzoek dienen om de afdelingen oncologie van de UMC's te vergelijken op het gebied van management control met de overige ziekenhuizen die hebben mee gedaan aan de quickscan. Met deze resultaten kunnen uitspraken van controllers worden ondersteund.

5.2 Huidige situatie en inrichting van het management control systeem

Beschrijving inrichting MCS door controllers van de afdeling oncologie

Om een indicatie te krijgen over de inrichting van het huidige MCS van de afdeling oncologie is aan de controllers in het interview gevraagd een beschrijving te geven. Bij de vraagstelling is aan de controllers gevraagd wat zij verstaan onder het MCS en hoe deze is ingericht voor de afdeling oncologie. Eerst zullen de resultaten worden besproken en vervolgens wordt een schema gepresenteerd betreffende de indeling van het MCS.

Door de controllers wordt eerst aangegeven of de afdeling oncologie valt onder een divisie of sector, waarbij bij het afrekenen op resultaten de gehele divisie of sector verantwoordelijk wordt gehouden en niet alleen de afdeling oncologie. Om eenduidig te definiëren betreffende de afdeling oncologie, wordt verder gesproken over de afdeling oncologie. Voorts wordt door alle controllers aangegeven dat het MCS voor de afdeling oncologie niet wezenlijk anders is ingericht dan voor andere afdelingen. Hierna worden de controllers van de afdeling oncologie van de UMC's aangeduid als: "de controllers".

Er wordt door drie (B, F, G) van de vijf UMC's gebruik gemaakt van managementrapportages. Deze managementrapportages worden niet door de afdelingen zelf opgesteld maar worden uit systemen gehaald door de afdeling Planning en Control. Alle drie de ziekenhuizen is gevraagd of deze managementrapportages ook aan jaarplannen gekoppeld worden. Dat is op dit moment niet het geval. De controller van UMC C geeft aan geen gebruik te maken van managementrapportages maar dit in de toekomst wel te willen gaan doen. De controller van UMC E heeft geen duidelijk antwoord gegeven op de vraag.

Kwartaalrapportages worden toegepast in alle UMC's en daarmee ook voor de afdelingen oncologie. Deze kwartaalrapportages bestaan uit kwantitatieve gegevens. De kwantitatieve gegevens worden enkel bij F daadwerkelijk gekoppeld aan kwalitatieve gegevens uit het jaarplan. De controller van UMC F zegt hierover het volgende:

“Door middel van de kwartaalrapportages worden de doelstellingen vergeleken met het jaarplan. Hierdoor kan worden gekeken waar een afdeling op dat moment staat en wat er moet gebeuren om bepaalde doelen te realiseren.”

De controller van UMC G weet dat de koppeling van kwantitatieve gegevens aan kwalitatieve gegevens mogelijk is, maar geeft aan dat dit nog niet is gebeurd. In de toekomst wil men de kwantitatieve data van de afdeling oncologie wél aan de jaarplannen gaan koppelen om kwalitatief en kwantitatief te kunnen vergelijken. De controller van UMC G geeft aan dat de nadruk vanuit de externe partijen (verzekeraars, overheid, consumenten) steeds meer gelegd wordt op kwalitatieve gegevens en dat het in de toekomst daarom noodzaak wordt deze gegevens te presenteren. De controllers van UMC B en C geven aan dat geen koppeling plaatsvindt van gegevens en dat de inhoud van de kwartaalrapportages over kwantitatieve gegevens gaat. De controller van UMC E heeft hier geen antwoord op gegeven.

De controller van UMC G heeft nog een aanvulling op de vraag wat MCS is en hoe deze wordt ingericht binnen de organisatie. G geeft aan dat een het MCS, binnen de afdeling oncologie en de rest van de organisatie, doelcongruent dient te werken. Dit is volgens G een vereiste om het MCS model daadwerkelijk te laten slagen.

De planning en controlcyclus wordt voor de afdeling oncologie in alle vijf de UMC's, evenals de jaarplannen, toegepast.

Resultaat inrichting MCS

De manier waarop het MCS is ingericht voor de afdelingen oncologie is hieronder weergegeven in een schema. De UMC's die onduidelijke of géén antwoorden hebben gegeven, zijn aangegeven met een vraagteken.

Inrichting MCS	UMC B	UMC C	UMC E	UMC F	UMC G	Gem. UMC's
P&C cyclus	ja	ja	ja	ja	ja	ja
KR	ja	ja (4- maandelijkse cyclus)	?	ja	ja	ja
MR	ja	nee	?	ja	ja	ja
Kwaliteitsaspecten	ja	?	?	ja	?	?
Jaarplan	ja	ja	ja	ja	ja	ja

KR= Kwartaalrapportages

MR= Managementrapportages

Pijler één structuur en beleid

De pijler structuur en beleid is voor dit onderzoek verdeeld in drie onderdelen: 1) strategie, 2) risicomangement én 3) organisatiestructuur, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

Controllers hadden geen inzicht in het onderdeel strategie en daarmee in de daadwerkelijke strategische doelen van de afdeling. De controllers geven wel aan dat zij aannemen dat de strategie van de afdeling in lijn ligt met die van het UMC. De onderdelen organisatiestructuur, taken,

bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn opzettelijk samengepakt tot één onderwerp omdat deze onderwerpen in praktijk lastig te scheiden zijn voor de UMC's, afdeling oncologie.

Strategie

Alleen UMC F heeft de kwartaalrapportages van de afdeling oncologie toegezonden. In deze kwartaalrapportages is de strategische doelstelling van de afdeling oncologie opgenomen. In deze kwartaalrapportage worden ook risico's meegenomen en de wijze waarop de afdeling oncologie deze risico's beheert. Bij de overige UMC's vermelden de controllers de strategie niet. Zoals vermeldt nemen de controllers aan dat de strategie in lijn is met de strategie van de RvB. Dit resultaat is in dit onderzoek niet geverifieerd.

Risicomanagement

Op de afdeling oncologie van de UMC's B, E en F wordt ten tijde van het onderzoek risicomanagement toegepast. Volgens de controller van UMC B worden de afwijkingen van de WBMV productie bijgehouden. Voor UMC E worden productie en financiële risico's bijgehouden. UMC G, afdeling oncologie, wil in de toekomst met risicomanagement gaan werken en geeft aan dat risicomanagement een punt van ontwikkeling is. De controller van UMC C geeft aan geen risicomanagement toe te passen. Vanuit UMC F bleek de controller niet op de hoogte van risicomanagement, doch uit de toegezonden documenten is af te leiden dat een risicomanagement aanwezig is.

Inrichting MCS	UMC B	UMC C	UMC E	UMC F	UMC G
Risicomanagement	Ja	Nee	Ja	Ja	Nee
Waarop?	Afwijking WBMV productie		Productie en financiën	Afgeleid uit kwartaalrapportages	

Organisatie, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden

De controllers kunnen de organisatiestructuur, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden voor de afdeling oncologie niet inschatten. Wel kunnen de controllers inzicht verkrijgen in de doelstellingen tussen de afdeling oncologie en RvB. Indien deze doelstellingen niet gehaald worden, kunnen de leidinggevende van de afdeling oncologie worden aangesproken op hun verantwoordelijkheden. UMC G heeft in dit kader het volgende opgemerkt:

"Wie is verantwoordelijk voor wat, verantwoordelijkheden moeten duidelijk zijn. Lijnen kort waardoor dit overzichtelijk is. Hierdoor wordt het mogelijk mensen af te rekenen bij bijvoorbeeld het foutief registreren van DBC's."

Uit de resultaten kan worden afgeleid dat alle afdelingen oncologie van de UMC's op de hoogte zijn van welke personen waar verantwoordelijk voor zijn betreffende het verkrijgen van sturingsinformatie. UMC F is bij deze resultaten buiten beschouwing gelaten omdat de controller ten tijde van het onderzoek vanuit haar functie geen inzicht heeft in deze gegevens.

Het éénduidige antwoord van de controllers van de UMC's dat de afdeling oncologie ter verantwoording kan worden geroepen, strookt met het feit dat de controllers aangeven dat duidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is. Het ter verantwoording roepen gebeurt wel bij alle UMC's afdeling oncologie op verschillende wijzen. UMC B geeft aan dat het afdelingshoofd van afdeling oncologie bij significante overschrijding van het budget ter verantwoording wordt geroepen bij het divisiebestuur. UMC C geeft aan dat het ter verantwoording roepen van de afdeling oncologie vorm krijgt in 'een prettig gesprek'. Hoe dit gesprek wordt ingevuld is niet vermeld. Bij UMC E vinden kwartaaloverleggen plaats naar aanleiding van de kwartaalrapportages. De afdeling oncologie dient zelf in deze overleggen de risico's aan te geven, waarbij de afdeling Planning en Control van UMC E een controlerende functie heeft bij het inschatten van de risico's.

Teneinde de leidinggevende van de afdeling oncologie ter verantwoording te roepen zijn tussen de RvB en de afdeling oncologie afspraken gemaakt ten aanzien van budget, productie en kwaliteit waaraan de leidinggevende van de afdeling oncologie gehouden is. Dit blijkt bij de UMC's B, C, E en G schriftelijk en bij UMC E en G ook mondeling. UMC F doet over dit onderwerp geen mededeling.

In hoeverre zijn de afdelingen oncologie UMC's zich bewust van de invulling van de eerste pijler?

Hieronder volgt een schema dat de balans weergeeft binnen de eerste pijler tussen de verschillende onderdelen. Aan de antwoorden die zijn gegeven, zijn plussen en minnen toegekend indien de aspecten genoemd in de vraagstelling wel of niet aanwezig waren. De onbeantwoorde vragen zijn ingevuld met een vraagteken.

Inrichting MCS pijler één	UMC B	UMC C	UMC E	UMC F	UMC G	Gem. UMC's
Strategie & afdeling	?	?	?	+	?	?
Risicomanagement	+	-	+	+	+	+
Organisatie structuur, Taken, verantwoordelijkheden	+	+	+	?	+	+

Pijler twee planning & controlcyclus

Bij de tweede pijler is zijn de stappen plan, do, check en act onderzocht in hoeverre de afdeling oncologie deze bewust doorlopen. In de enquête zijn deze stappen uitgevraagd. Vanuit pijler één is inmiddels bekend dat iedere UMC een planning en controlcyclus gebruikt. In hoeverre deze actief en gericht wordt gebruikt, wordt nu verder besproken.

Plan

Aan de hand van de enquête zijn plussen en minnen gegeven over de mate waarin duidelijk is voor de afdeling oncologie waar deze zich bevindt, waar de afdeling oncologie naar streeft en welke middelen nodig zijn om de doelstelling te verwezenlijken. Antwoorden in de enquête worden gegeven met ja of nee. Indien 'ja' werd geantwoord, is een plus toegekend. Maximale score op dit onderwerp zijn drie plussen. UMC F afdeling oncologie is niet meegenomen in dit onderdeel, nu de controller deze vragen door haar functie niet kon beantwoorden ten tijde van het onderzoek.

Inrichting MCS pijler twee	UMC B	UMC C	UMC E	UMC F	UMC G	Gem. UMC's
Plan	+++	++	+++	?	+++	+++

Do

Het sturen op doelstellingen zoals opgesteld voor de afdeling oncologie is uitgevraagd door middel van een vijf- puntsschaal. Hierbij is score één volledig oneens en score vijf volledig eens. De score één geeft voor de afdelingen twee minnen, score twee één min, neutraal plus- min, score vier een plus en score vijf twee plussen.

De controllers is gevraagd in hoeverre het volgens hen voor de afdeling oncologie mogelijk is om te sturen op productie, financiën en kwaliteit door middel van de planning en controlcyclus. Verder is gevraagd een indicatie te geven over de tijdigheid van het leveren van de managementrapportages afkomstig van de afdeling oncologie. De resultaten zijn hieronder weergegeven in een schema en worden vervolgens uitgelegd.

Inrichting MCS pijler twee, Do	UMC B	UMC C	UMC E	UMC F	UMC G	Gem. UMC's
Productie	+/-	--	++	+/-	+	+
Financieel	+	-	++	+	+	+
Kwaliteit	-	n.v.t.	+	+	-	+/-
Tijdigheid	?	--	+	?	+	+/-

UMC E geeft aan dat deze de planning en controlcyclus ziet als sturingselement en het mogelijk is gericht de afdeling oncologie aan te sturen op productie, financiële resultaten en kwaliteit. UMC C beschrijft de planning en controlcyclus niet als sturingselement te zien en toont ten opzichte van de andere ziekenhuizen afwijkende resultaten. UMC C verklaart dat de levering van rapportages niet door afdeling oncologie zelf gebeurt en daarom een één heeft toegekend aan dit onderwerp.

Check

De check van de planning en controlcyclus van de afdeling oncologie van de UMC's is uitgevraagd door middel van ja/ nee vragen. Hiervan zijn de resultaten hieronder weergegeven.

Inrichting MCS pijler drie Check	UMC B	UMC C	UMC E	UMC F	UMC G	Gem. UMC's
Evaluatie cyclus, hoe vaak?	?	kwartaal	kwartaal	kwartaal	minder dan één keer per kwartaal	kwartaal
Vaste momenten?	?	ja (+)	nee (-)	ja (+)	?	ja (+)
Tijdigheid AO aandragen P&C	ja (+)	ja (+)	ja (+)	?	ja (+)	ja (+)
Tijdigheid terugkoppeling?	ja (+)	ja (+)	ja (+)	?	?	ja (+)
Acties om feedback te krijgen	formeel, bilateraal werkoverleg & MIS	intensief persoonlijk contact	formeel via kwartaaloverleg	?	informele gesprekken	formeel en informeel

MIS= Management Informatie Systeem

AO= Administratieve gegevens uit de afdeling

P&C= Planning en control

De meeste afdelingen oncologie hebben een duidelijk beeld van wanneer en hoe 'check'-momenten plaatsvinden voor de afdeling. De controllers van de UMC's waarbij vraagtekens zijn ingevuld, geven aan door hun functie te weinig van af te weten van dit onderwerp binnen de afdeling oncologie.

Act

De resultaten van act vallen gedeeltelijk onder de eerste pijler, te weten het ter verantwoording roepen van de leidinggevende van de afdeling oncologie indien de doelstellingen niet worden behaald. Om aanpassingen te verrichten na de fase check in de planning en controlcyclus, dient duidelijk te zijn wie verantwoordelijk is voor welke handelingen of activiteiten op de afdeling oncologie. Op basis van de vraag wie verantwoordelijk is voor handelingen of activiteiten, hebben alle afdelingen oncologie aangegeven dat duidelijk is wie verantwoordelijk is voor welke handelingen of activiteiten. Ook wordt door alle afdelingen (met uitzondering van F en G door functie) erkend dat medewerkers van oncologie worden aangesproken indien doelstellingen niet worden behaald.

In het onderstaande schema zijn de resultaten weergegeven van de afdelingen oncologie voor de planning en controlcyclus. Hierbij zijn de antwoorden weergegeven met behulp van plussen en minnen. Bij het onderdeel do zijn de plussen en minnen 'opgeteld' om aan te geven hoe bewust de afdelingen oncologie met dit onderdeel omgaan gezien van uit de controllers. Het onderdeel check is beoordeeld op de bekendheid van de controllers met de evaluatie van de afdeling oncologie en de

tijdigheid van het aandragen van informatie. Act is moeilijk vast te leggen door gebrek aan gegevens vanuit de afdeling oncologie zelf, deze is daarom rood gekleurd. 'Geen antwoord' wordt niet meegenomen vanwege gebrek aan inzicht van de controller op de inhoud van de gestelde vraag ten tijde van het onderzoek.

Inrichting MCS pijler twee Planning en controlcyclus	UMC B	UMC C	UMC E	UMC F	UMC G	Gem. UMC's
Plan	+++	++	+++	?	+++	+++
Do	+/-	--	++	+	+	+/-
Check	++	+++	+	+	+	++
Act	+	+	+	?	?	+

Pijler drie methoden & technieken

Om de inrichting van deze laatste pijler weer te geven zijn de volgende drie onderwerpen uitgevraagd: de administratieve organisatie, het budget en de managementrapportages. Al deze onderwerpen zijn uitgevraagd door middel van een vijf- puntsschaal om een indicatie te krijgen over de mate waarin de controllers van mening zijn of ten tijde van het onderzoek informatie tijdig, nauwkeurig en juist wordt toegepast en verkregen.

Administratieve organisatie/ Interne controle

Binnen het onderdeel administratieve organisatie verschillen de UMC's niet van mening, met uitzondering van UMC C en F over zowel de verantwoordelijkheid van de invoering van de DBC's, de nauwkeurigheid van de administratie en het tijdig aanleveren van administratieve gegevens vanuit de afdeling oncologie. Bij de UMC C is niet de afdeling oncologie verantwoordelijk is voor de invoering van de DBC gegevens maar een aparte afdeling, waardoor een resultaat van de afdeling oncologie niet is weer te geven. Deze gegevens van UMC C afdeling oncologie zijn echter niet representatief voor de afdeling oncologie van overige UMC's en zijn daarom niet meegenomen in dit onderdeel van de pijler. De controller van UMC F kan wegens inhoud van haar functie ten tijde van het onderzoek geen antwoord geven op de vragen.

De controllers geven over de verantwoordelijkheid van de invoering van DBC- gegevens aan neutraal te staan in hoeverre het duidelijk is wie binnen de afdeling de verantwoordelijkheid heeft over deze invoering. Alleen de controller van UMC E geeft expliciet aan op de hoogte te zijn wie verantwoordelijk is voor de invoering van de DBC's. De nauwkeurigheid van het verwerken administratieve gegevens gebeurt ten tijde van het onderzoek wisselend. De controller van UMC B is het ten tijde van het onderzoek niet eens met de vraag of de gegevens altijd juist worden ingevoerd door de afdeling oncologie. De controller van het UMC E staat neutraal tegen over de materie en de controller van het UMC G heeft meegedeeld dat de invoering van de administratie nauwkeurig

plaatsvindt. De controller van UMC F ondersteunt dit met als aantekening dat het geldt voor de gehele organisatie, met het volgende:

“De registratie en de eigen interpretatie is op dit moment nog een probleem. Mensen die gegevens invoeren geven hun eigen interpretatie aan de gegevens.”

Inrichting MCS Administratieve organisatie/ IC	UMC B	UMC C	UMC E	UMC F	UMC G	Gem. UMC's
Verantwoordelijke administratie DBC gegevens	+/-	?	+	?	+/-	+/-
Nauwkeurigheid DBC gegevens	-	?	+/-	?	+	+/-
Tijdigheid DBC gegevens	+/-	?	+/-	?	+/-	+/-

Budget

Over het onderwerp budget wordt door de controllers van de afdeling oncologie van de UMC's zeer verschillend gedacht. Of de afdeling oncologie zich volgens de controllers aan het gestelde budget houdt, is wisselend.

Inrichting MCS Budget	UMC B	UMC C	UMC E	UMC F	UMC G	Gem. UMC's
Oncologie houdt zich aan budget	-	+	-/+	-/+	+	+/-
Input oncologie op budget	--	-	++	+	+/-	+/-
Budget opgesteld naar aanleiding van strategie	+/-	-	+	+/-	+/-	+/-
Invloed strategie op budget	+/-	+/-	+	+/-	-	+/-

Managementrapportages

De meeste controllers kijken neutraal aan tegen het gebruik van managementrapportage met als mogelijkheid de informatie te gebruiken om de afdeling aan te sturen. De controller van het UMC C gebruikt geen managementrapportages, maar wel managementinformatie, als mogelijkheid om de afdeling oncologie aan te sturen. De controller van het UMC F heeft ten tijde van het onderzoek geen inzicht in de managementrapportages van de afdeling oncologie.

Van de laatste pijler kunnen de resultaten als volgt worden weergegeven:

Inrichting MCS Methoden & technieken	UMC B	UMC C	UMC E	UMC F	UMC G	Gem. UMC's
AO/ IC	+/-	?	++/-	?	++/-	+/-
Budget	-	-	+	+/-	+/-	+/-
Managementinformatie	+/-	+/-	+/-	?	+/-	+/-

Doordat aan alle resultaten een plus of min is toegekend, kan door de gegevens te bundelen een inzicht worden verkregen over de inrichting van het drieluik model. Gemiddeld eindresultaat voor de vijf UMC's van de afdeling oncologie over de inrichting van MCS is:

Inrichting MCS	UMC B	UMC C	UMC E	UMC F	UMC G	Gem. UMC's
Structuur & beleid	+	+/-	+	+	+	+
Planning & controlcyclus	++	+	++	+	++	++
Methoden & technieken	-	-	+/-	+/-	+/-	+/-
Totaal	+/-	+/-	+	+	+	+

In bijlage vier zijn taartdiagrammen weergegeven van de verhoudingen binnen het management control drieluik model per UMC.

5.3 Veranderingen MCS door invoering DBC's

Een semi-gestructureerd interview is gehouden met de controllers van de afdelingen oncologie om inzicht te krijgen in de veranderingen die zijn opgetreden door de invoering van de DBC- structuur in het MCS. In het interview zijn onderwerpen aan de orde gesteld, zoals die zijn genoemd in het drieluik model. De vragen zijn gericht op het verkrijgen van inzicht in veranderingen binnen voornoemd genoemde pijlers.

Verandering MCS door invoering DBC's

Of een verandering in het MCS van de afdeling oncologie door de invoering van DBC's heeft plaatsgevonden wordt uiteengezet in het onderstaande schema. Indien de vraag met 'ja' is beantwoord, wordt aangegeven waardoor het MCS is veranderd. Vervolgens wordt een uitleg gegeven over de gegeven antwoorden aan de hand van citaten en worden de antwoorden gekoppeld aan één van de drie pijlers.

Inrichting MCS	UMC B	UMC C	UMC E	UMC F	UMC G
Verandert?	Ja	Matig	Ja	Matig	Ja
Waardoor?	Meer bewustwording, integrale budgettering op dit moment	Informatie registratie	Integraal denken, rapporten en verzamelen informatie	Informatie registratie	Activiteit/ financiën meer gekoppeld Méér kwalitatief

De antwoorden die gegeven zijn worden toegelicht dat het MCS systeem zélf niet verandert is, maar dat de informatie voor de invulling van het MCS is veranderd. 'Matig' betekent in deze tabel dat er geen 'ja' maar ook geen 'nee' is beantwoord maar er kon niet exact aangegeven worden wat er veranderd was. Alle antwoorden die de controllers hebben gegeven, hebben ten tijde van het onderzoek betrekking op de koppeling tussen pijler één, structuur en beleid en de inrichting van pijler drie, methoden en technieken. De veranderingen zijn significant in pijler drie, waardoor eerst pijler drie wordt toegelicht en daarna pijler één.

Pijler drie methoden & technieken

Uit de door de controllers verstrekte data wordt geconstateerd dat door de invoering van de DBC's een verschuiving te zien is van de inhoud van managementinformatie, de administratieve organisatie/ interne controle en de inrichting van de DBC- registratie.

Managementinformatie en kwartaalrapportages

Verschuiving pijler drie	UMC B	UMC C	UMC E	UMC F	UMC G
Managementinformatie ten tijde van volledige FB-systematiek	Kwantitatief	kwantitatief	Kwantitatief	Kwantitatief	Kwantitatief
Managementinformatie huidig	Personeelskosten uitgedrukt in FTE Financiële informatie Personeelskosten uitgedrukt in euro's	Financiële informatie	Financiën/ productie samen	Alleen FB-parameters Koppeling kwantitatief-kwalitatief Scheiding FB- en B-DBC's	Koppeling kwantitatief-kwalitatief

De controllers geven aan dat managementinformatie ten tijde van volledige FB- systematiek, gericht was op kwantitatieve gegevens. De controller van UMC C is de enige controller die aangeeft dat geen verschil is in de managementinformatie betreffende de inrichting ten tijde van de volledige FB-systematiek en anno 2009.

Uit de resultaten blijkt dat de nadruk bij managementinformatie anno 2009 ligt bij het inzichtelijk maken van managementinformatie op detailniveau. Ook informatie over patiënten en omgeving worden na invoering van de DBC's betrokken bij managementinformatie. Het belang van het koppelen van kwantitatieve gegevens aan deze kwalitatieve gegevens wordt door alle controllers

aangegeven. Wél is verschil te zien in hoeverre afdelingen de gegevens koppelen volgens de controllers. De controller van UMC F doet ten tijde van het onderzoek dit koppelen heel bewust, wat tevens blijkt uit de kwartaalrapportages van de afdeling waarin dit wordt benoemd. Doelstellingen van de afdeling worden besproken en koppelingen worden gemaakt naar kwalitatieve gegevens uit bijvoorbeeld interviews op de afdeling. De controller van UMC E geeft aan kwantitatieve gegevens aan kwalitatieve gegevens te kunnen koppelen door een voor het UMC E ontworpen (digitaal) datasysteem. Ook vanuit de quickscan blijkt er behoefte aan meer kwalitatieve gegevens om inzicht te krijgen in de huidige marktpositie. Hiermee wordt aangegeven dat deze behoefte niet alleen speelt binnen de afdelingen oncologie van de UMC's, maar ook binnen de overige ziekenhuizen in Nederland. De controllers van de UMC's C, E en G zijn zich bewust van het betrekken van kwalitatieve informatie maar passen de koppeling nog niet toe. De controller van UMC G geeft hier als reden het percentage wat de afdeling produceert in het B-segment. Op dit moment wordt nog onvoldoende produceert in het B-segment het vrije onderhandelbare gedeelte nog niet voldoende speelt binnen de afdeling. De controller van UMC G zegt hierover het volgende:

“In andere sectoren waar meer B-DBC's aanwezig zijn, wordt hier bovenop gezeten. Extern wordt dan meer gekeken welke ontwikkelingen er zijn. B-DBC's zijn daar een wezenlijk onderdeel van. Door extern te kijken waar het probleem zit als je bijvoorbeeld te weinig patiënten krijgt van een bepaalde aandoening, waar ligt dat dan aan? Hierdoor gebruik je kwalitatieve gegevens om kwantitatieve gegevens te verklaren.”

Administratieve gegevens/ interne controle

De registratie van de DBC's spelen meer dan voorheen binnen de administratieve gegevens een belangrijke rol, nu de productie van de afdeling gekoppeld is aan financiën. Door de invoering van de DBC's in 2005 dient de afdeling in te voeren welke DBC's worden geopend en gesloten. Deze werkwijze maakt het mogelijk inzicht te krijgen in de kosten en opbrengsten van de afdeling. Sinds 2005 speelt dit proces van de registratie bij de afdelingen een grote rol. Dit wordt door de controller van UMC B verwoord met:

“Of inderdaad de juiste DBC wordt geopend en of dit accuraat en tijdig gebeurd wordt steekproefsgewijs gedaan op verzoek van zorgverzekeraars. In de tijd dat er gestart werd met de registratie leidt dit nog wel te wensen over, nu zitten we nog niet op een 100% score, maar zijn we zeker de laatste twee à drie jaar stabiel.”

Deze quote herkennen andere controllers ook. De controller van UMC C vormt hierop een uitzondering nu deze de DBC's niet door de medisch specialisten van de afdeling oncologie laat registreren, maar hier een aparte afdeling voor heeft. De controller van UMC C beschrijft wel de moeilijkheden die spelen rondom de DBC registratie:

“Bij sommige specialismen gaat het wel goed, zoals bij chirurgie, maar soms zijn er moeilijk meetbare activiteiten zoals bij oncologie. Bij oncologie gaat het écht fout. Er zijn wel tien verschillende behandelingscodes en heel veel patiënten doorlopen al die fases. Als je een actieve registratie hebt zou je altijd een nieuwe DBC openen, maar sommige activiteiten zijn niet gedefinieerd. Dit gebeurt niet op detailniveau. Het DBC niveau ‘matcht’ niet eenduidig met activiteiten. (...)Het is een algemeen probleem. Bij bijvoorbeeld chirurgie is dit niet zo’n groot probleem, die hebben een eenduidige DBC structuur. Bij oncologie speelt een ingewikkeld ziektebeeld en ingewikkelde DBC structuur, waardoor je opbrengsten mist.”

Het belang van een juiste registratie van administratieve gegevens, speelt een grotere rol dan voorheen volgens alle controllers, een en ander gelegen in het feit dat voorheen geen onderscheid werd gemaakt tussen de FB- parameters en het A- en B-segment. Hier werd volgens de controllers geen onderscheid in gemaakt. Door de toekomstige invoering van de DOT- structuur en het groter wordende B-segment is het noodzakelijk geworden deze scheiding wel te maken. De controller van UMC G benoemt hier de invloed van het groter wordende B- segment op de registratie en daarmee het inzichtelijk maken van gegevens.

“In het A-segment is het makkelijk om gegevens te verkrijgen omdat je daar de FB- parameters voor hebt. Door een slechte DBC- registratie is dit inzicht minder.”

Ook de controller van UMC F onderbouwt het belang van een juiste registratie om gegevens inzichtelijk te maken met daardoor de mogelijkheid beter te sturen met:

“De DBC’s te sluiten en direct te factureren biedt dit voor ziekenhuizen, i.c. afdelingen, de kans om beter te sturen. (...) Er wordt dus meer informatie over het DBC proces gevraagd en vergt dit ook meer van je AO/IC.”

Op dit moment is de productie in het B-segment volgens de controllers binnen de afdeling oncologie nog klein en speelt het belang van een juiste registratie in de toekomst door de toename van de productie in dit segment een grotere rol dan op dit moment. Vanuit de quickscan wordt het belang voor een goede registratie bevestigd en wordt gesteld dat de DBC gegevens vaak niet nauwkeurig zijn.

Bij de voorbereiding op de invoering van de DOT- structuur betreffende de administratieve organisatie, blijken volgens de controllers de UMC’s en daarmee de afdelingen ten tijde van het onderzoek een schaduwadministratie bij te houden op basis van de huidige DBC- systematiek, om de uniformiteit tussen de UMC’s te waarborgen. Deze schaduwadministratie moeten de UMC’s, dus ook de afdeling oncologie vóór één juli 2009 inleveren bij de NFU. Opdat de NFU de ontwikkelingen binnen de acht UMC’s in de gaten kan houden.

De controllers hebben in het onderzoek aangegeven dat door de tijdigheid en nauwkeurigheid van de registratie van het afsluiten van de DBC's de kasstromen beïnvloed worden. Doordat de UMC's op dit moment, anders dan voorheen, deels risicodragende organisaties zijn geworden is het van belang dat de kasstromen en de kostenrapporten op peil zijn. Controller van UMC F zegt hierover:

"Omdat ziekenhuizen nu zelfstandige ondernemingen zijn en niet afhankelijk zijn van de overheid, dragen ze ook financieel risico waardoor hun risicoprofiel wijzigt. Banken zijn daarom niet meer happig op het uitlenen van grote bedragen. De kasstromen zullen daarom in de toekomst een grotere rol gaan spelen."

Pijler één, structuur en beleid

De invoering van de DOT- structuur dwingt de afdelingen al gericht bezig te zijn met het bijhouden van een juiste registratie. Binnen dit onderzoek wordt daarom een koppeling gemaakt naar pijler één, waar een verschuiving te zien is in toenemende invloed van de externe omgeving op de strategie van de UMC's en de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden door de invoering van de DBC's. Bij de andere onderdelen is geen verschuiving te zien door de invoering van DBC's.

Externe omgeving

Een onderdeel dat niet benoemd wordt in het drieluik model onder pijler één maar hier wel onder valt, door de invoering van DBC's en de toekomstige invoering van de DOT- structuur, is de externe omgeving en de toenemende invloed daarvan op het MCS. Alle controllers geven aan dat het betrekken van de externe omgeving, vooral bij het verzamelen van kwalitatieve gegevens van groot belang is geworden. De maatschappelijke verantwoording wordt daar als oorzaak van gezien. De controller van UMC F verwoordt dit als volgt:

"Het afleggen van verantwoording heeft steeds meer invloed op je managementinformatie. Maatschappelijke invloeden als de Elsevier top-100 is daar een voorbeeld van. "

Niet alleen door de controllers wordt het toenemende belang van de externe omgeving op de managementinformatie aangegeven. Uit de quickscan blijkt dat er door andere ziekenhuizen behoefte is externe marktinformatie om hiermee managementinformatie aan te vullen.

Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden

Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn door de invoering van DBC's verschoven naar meer decentraal binnen het UMC volgens de controllers. Deze decentralisatie is binnen UMC F te zien in de zogenaamde Interne Medische Dienstverlening (IMD):

"Binnen ons ziekenhuis is van groot belang geweest de IMD. Hierbij moet het poortspecialisme, in dit geval oncologie, betalen aan de ondersteunende diensten zoals

röntgen, het laboratorium voor de levering van deze diensten. Hierdoor worden de kosten van de diensten inzichtelijk gemaakt, zogenaamde profit centers. (...) Dit heeft als effect dat afdelingen zuiniger omgaan met geld.”

Het belang van het betrekken van de medisch specialist van oncologie bij de invoering van de DBC's en de toekomstige DOT- structuur wordt door alle UMC's aangegeven. Dit wordt door de controller van UMC G mooi verwoord met:

“We proberen op dit moment te identificeren waar de leegte zit en wat budgettair gedekt is.(...) Belang is daarbij dat er kritisch naar jezelf wordt gekeken en dat bewustwording daarbij essentieel is. Het is daarom belangrijk dat medici meer betrokken worden bij de inrichting van procesverbeteringen en zorgprocessen.(...) Basisprincipe is dat decentralisatie mogelijk moet zijn om verbetering te kunnen realiseren.”

Bij de andere UMC's wordt bewustwording van kosten door de medisch specialist aangegeven als een stap die de afgelopen jaren door de invoering van DBC's is gemaakt. De controllers geven aan dat door de vele productie die ten tijde van het onderzoek nog gedaan wordt door afdeling oncologie in het A- segment deze bewustwording over het algemeen nog onvoldoende is. Met het oog op de toekomst en de invoering van de DOT- structuur, wordt het belang van deze bewustwording erkend. Uitbreiding van het B-segment zal volgens de controllers als gevolg hebben dat medisch specialisten van de afdeling ook steeds meer inzichtelijk willen hebben hoeveel productie er op enig moment is gedraaid, met als doel uiteindelijk te kunnen sturen op deze productie en daarmee op financiën. Dit wordt door de controller van UMC B ondersteund met:

“Het B-segment zal in de toekomst steeds groter worden binnen oncologie. Decentraal zal zich daarom steeds bewuster moeten worden van het budget.”

Hieronder wordt een schema weergegeven waarin wordt aangegeven aan welke gebieden binnen het management controle drieluik meer aandacht zou moeten worden besteed, ook met het oog op de toekomst volgens de controllers van de UMC's. De aandachtspunten voor de toekomst zijn rood gemarkeerd.

Inrichting MCS	FB	DBC	Toekomst
Structuur en beleid	+	+	+
Planning en controlcyclus	++	++	++
Methoden en technieken	+/-	+/-	+/-

6. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk wordt de conclusie geformuleerd met als doel de hoofdvraag van dit onderzoek te beantwoorden. Eerst zullen de deelvragen worden beantwoord, gecombineerd met de belangrijkste visies uit het theoretisch kader van dit onderzoek, gevolgd door de slotconclusie. Voorts zal een kritische analyse plaatsvinden met betrekking tot de gehanteerde onderzoeksmethoden. In het volgende gedeelte wordt verder gesproken over UMC's, in plaats van over de afdeling oncologie van de UMC's. Dit met als doel om leesgemak te verhogen.

6.1 Conclusies deelvragen

Voortvloeiend uit de resultaten wordt een antwoord gegeven op de deelvragen om ten slotte een uitspraak te kunnen doen op de onderzoeksvraag; *“Welke invloed heeft de invoering van DBC's gehad op de inrichting van het management control systeem van de afdeling oncologie van de Universitaire Medische Centra in Nederland?”*

Deelvraag één, *“Hoe kan de kwaliteit van een MCS volgens de literatuur worden getest?”* is binnen het theoretisch kader behandeld. Er zijn meerdere modellen in de literatuur die voorgesteld worden om de kwaliteit van een MCS te testen. In dit onderzoek is gekozen voor het management control drieluik. Met dit model is het mogelijk de verschillende onderdelen van het drieluik, aanwezig in organisaties i.c. de afdeling oncologie van de UMC's, te testen op kwaliteit. Deze onderdelen zijn: structuur & beleid, planning & controlcyclus, en methoden & technieken. Gesteld wordt dat indien de drie pijlers van het model met elkaar in evenwicht zijn, een organisatie, i.c. de afdeling oncologie van de UMC's, beheersbaar is. De kwaliteit en doelmatigheid van een MCS neemt toe als aan ieder van de drie pijlers evenveel aandacht wordt besteedt.

De tweede deelvraag, *“In hoeverre is ten tijde van dit onderzoek het MCS van de afdeling oncologie van de UMC's in control, op basis van het management control drieluik?”* kan worden beantwoord aan de hand van de resultaten van de toetsing aan het drieluik. Uit de resultaten kan worden afgeleid dat het MCS van de UMC's gemiddeld genomen niet in evenwicht is en niet van hoge kwaliteit is. Pijler twee, de planning en controlcyclus, is het meest ontwikkeld, gevolgd door pijler één, structuur en beleid. Methodes en technieken, pijler drie, is ten opzichte van de andere twee pijlers, onvoldoende ontwikkeld. De gemiddelde score van de UMC's op de derde pijler is matig. Waar de UMC's E, F en G gemiddeld scoren, scoren de afdelingen van UMC B en C minder goed. Voor UMC B en C kan de negatieve score verklaard worden doordat de afdeling oncologie geen mogelijkheid heeft tot input op het budget bij de Raad van Bestuur, terwijl dit bij de overige UMC's wel het geval is. Voor de DBC registratie en administratieve gegevens scoort UMC C afwijkend omdat dit het enige UMC dat géén registratie aan de bron verricht. Bekend is, vanuit de literatuur, dat juist deze registratie op orde moet zijn om de voorspelbaarheid van de kosten van de afdeling oncologie inzichtelijk te maken met daarbij de mogelijkheid te kunnen sturen op uitkomsten (Lethonen 2007). Indien de medisch specialisten niet betrokken worden bij de registratie van de gegevens is te verwachten dat een optimale registratie voor de afdeling oncologie in de toekomst is uitgesloten.

De laatste deelvraag: *“Wat zijn de veranderingen geweest door de invoering van de DBC structuur binnen het MCS gebaseerd op het management control drieluk?”* De invoering van de DBC structuur heeft gemiddeld genomen de inrichting van het MCS niet dusdanig veranderd dat grote verschillen waarneembaar zijn tussen de situatie voor en na de invoering. Voorts zijn ook hier wel weer individuele verschillen waar te nemen tussen de UMC's. Bij UMC C zijn naar aanleiding van de invoering van de DBC structuur nog geen veranderingen doorgevoerd in de manier waarop managementinformatie is ingericht. Bij UMC E en F zijn wél veranderingen doorgevoerd. Deze UMC's betrekken kwalitatieve gegevens bij hun sturingsproces om kwantitatieve gegevens te verklaren en eventueel bij te sturen. UMC E en F onderkennen hiermee de rol die kwalitatieve gegevens spelen bij het tot stand komen van kwantitatieve gegevens, zoals productie en doelmatigheid. De verzekeraar kijkt vooral naar productie en doelmatigheid bij het aangaan van contracten met UMC's, de consument kan door de toenemende transparantie (Elsevier top 100) steeds meer kijken naar de voor haar belangrijke kwalitatieve gegevens. Maatschappelijke verantwoording drukt hiermee meer dan voor de invoering van de DBC-structuur een stempel op de inrichting van het MCS. Dit wordt ondersteund door Otleij (1994) die aangeeft dat indien de omgeving veranderd en er een verschuiving waar te nemen is naar meer servicegeoriënteerde organisaties, i.c. de UMC's, dit een aanleiding vormt om management control en daarmee MCS aan te passen.

De UMC's verwachten door de invoering van de DOT-structuur in 2011 veel veranderingen binnen het MCS. De rol van kwalitatieve gegevens wordt steeds belangrijker, dit leidt tot een toenemend belang van goede registratie. Dit tevens bevestigt vanuit de quickscan. Om een goede registratie te bewerkstelligen zal decentralisatie, en daarmee het betrekken van medisch specialisten bij de inrichting van het MCS, voor de UMC's naar verwachting van groot belang zijn. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden dienen duidelijk te worden vastgelegd om decentralisatie te faciliteren. Dit vergt van pijler één, structuur en beleid, en pijler drie, methoden en technieken, de nodige aanpassingen. Dit sluit aan bij de eerdere conclusie, dat op dit moment de deze pijlers niet in evenwicht zijn en wat naar waarschijnlijk in de toekomst alleen maar meer uit balans zal raken.

UMC F heeft geanticipeerd op de invoering van de DOT-structuur door de Interne Medische Dienstverlening (profit-centers) op te zetten. UMC E doet dit door de input die de afdeling heeft op het gestelde budget vanuit de RvB te vergroten en door de afdelingen sterk te decentraliseren.

6.2 Eindconclusie

Op de probleemstelling *“Welke invloed heeft de invoering van DBC's gehad op de inrichting van het management control systeem van de afdeling oncologie van de Universitaire Medische Centra in Nederland?”* kan vanuit bovenstaande conclusies het volgende antwoord worden gegeven:

De invoering van de DBC's heeft (nog) geen grote invloed gehad op het management control systeem van de afdeling oncologie van de UMC's. Er kan worden gesteld dat met betrekking tot de invoering van de toekomstige DOT-structuur in 2011 de afdelingen van de UMC's bewuster bezig zijn met het inrichten van hun control systemen. De belangrijkste aspecten die hierbij genoemd worden zijn de

bewustwording en het betrekken van de medisch specialisten bij deze control systemen, decentralisatie binnen de UMC's, juiste registratie van administratieve gegevens en de toenemende rol van kwalitatieve gegevens. Er zijn UMC's die bovenstaande aspecten al hebben doorgevoerd en UMC's die nagenoeg niets veranderd hebben ten opzichte van de FB-structuur. Een oorzaak daarvan zou kunnen zijn dat de UMC's nog relatief weinig B-DBC's produceren en minder noodzaak hebben om het MCS te veranderen. De afdeling oncologie binnen een UMC behoort tot de afdelingen die een relatief laag percentage B-DBC's produceren. Afdelingen met meer productie in het B-segment zullen naar verwachting eerder een motief hebben om het MCS te veranderen dan de afdeling oncologie, omdat de financiële prikkel groter is.

6.3 Discussie

In dit onderzoek is binnen de afdelingen oncologie van de UMC's onderzocht welke invloed de invoering van de DBC's heeft gehad op inrichting van het MCS. Om deze probleemstelling te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Om inzicht te krijgen in hoe MCS volgens de literatuur kunnen worden getoetst, is onderzoek gedaan naar verschillende modellen.

Aan de hand van het drielুক model is een enquête opgesteld die als uitgangspunt diende voor de inrichting van het MCS ten tijde van het onderzoek. Hiermee kon worden vastgesteld wat de huidige kwaliteit is van het MCS van de afdelingen oncologie van de UMC's. Voorts is door middel van de documenten en de semi-gestructureerde interviews een beeld verkregen welke veranderingen er in het MCS binnen de afdeling oncologie van de UMC's zijn opgetreden door de invoering van de DBC-structuur. De resultaten hebben laten zien dat door de invoering van de DBC-structuur nog géén grote veranderingen waar te nemen zijn in het MCS. Voor de toekomst worden door de invoering van de DOT-structuur wél veranderingen verwacht. De aandacht zal daarbij vooral komen te liggen op de nauwkeurigheid van administratieve gegevens, het betrekken van de medisch specialisten, decentralisatie binnen de organisatie en de rol van kwalitatieve gegevens.

Voor dit onderzoek zijn slechts de meest direct betrokkenen bij het MCS geïnterviewd, namelijk de verantwoordelijke controllers. Het zou goed geweest zijn als ook minder direct betrokkenen zoals, de afdelingshoofden of bedrijfsleiders van de afdeling oncologie, in staat waren mee te werken met het onderzoek. Hierdoor is niet voldoende een goed beeld gecreëerd of de werking van het MCS ook werkelijk in lijn is met de strategie van het UMC of van de afdeling. Tevens zou het interessant zijn geweest als enkele medisch specialisten zouden zijn betrokken in het onderzoek. De verwachting is dat zij in de toekomst een grotere rol zullen gaan spelen in het MCS.

Als positief punt kan worden opgemerkt dat vijf controllers van de acht UMC's in Nederland die het meeste inzicht hadden op het MCS van de afdeling oncologie hebben meegewerkt. Aangezien deze scriptie gaat over het MCS en daarmee over control binnen de UMC's kon dit onderzoek niet worden uitgevoerd zonder de medewerking van deze controllers. Hoe dit uiteindelijk uitpakt op de afdeling oncologie zelf kan niet worden beantwoordt, wél de hoofdlijnen van het sturingsmodel en de inrichting van de sturingselementen. Bij de interviews moet rekening gehouden worden met sociaal

wenselijk gedrag bij het beantwoorden van bepaalde vragen. Hierdoor bestaat de kans dat er bias optreedt.

Tevens zijn bij alle UMC's documenten, waaruit duidelijk wordt hoe het MCS van de afdeling oncologie wordt vormgegeven, opgevraagd. De bedoeling was met deze documenten inzichtelijk te krijgen welke veranderingen in documenten waar te nemen zijn door de invoering van de DBC's. Door het gebrek aan toegezonden documenten is daarom door middel van de semi-gestructureerde interviews inzicht verkregen in de verandering in het MCS door de invoering van de DBC's. Bij het opstellen van de vragenlijst is achteraf te weinig rekening gehouden met het feit dat de documenten niet geleverd zouden worden. Hierdoor is crossvalidatie van de uitspraken van controllers en uitkomsten van de enquête niet mogelijk geweest.

Dit onderzoek heeft betrekking op vijf UMC's in Nederland. Vijf UMC's betekent 62,5% van de totale UMC's die in Nederland aanwezig zijn. Hiermee wordt meer dan de helft van de UMC's, en daarmee de afdeling oncologie, gedekt. Het onderzoek is niet te generaliseren naar andere (algemene of topklinische) ziekenhuizen omdat deze een andere organisatiestructuur hebben. Nader onderzoek is hiervoor een vereiste.

7. Aanbevelingen

Naar aanleiding van dit onderzoek zijn verschillende aanbevelingen mogelijk:

1. De invoering van DBC's blijkt nog weinig invloed te hebben op de MCS van de afdeling oncologie van de UMC's. Wel blijkt dat specifieke randvoorwaarden voor de toekomstige invoering van de DOT-structuur nog niet optimaal zijn. Een grote rol is vooral weggelegd voor de administratieve organisatie. De registratie blijkt op dit moment nog niet voldoende op pijl zijn. De onderzoeker beveelt aan meer onderzoek te doen naar een optimalisering van deze gegevens in de toekomst. Ook omdat de NZa een omzetzakking verwacht voor de UMC's van -14%. Door een verbeterde registratie kan dit probleem worden geminimaliseerd. De onderzoeker beveelt daarom een onderzoek aan naar de optimalisatie van de randvoorwaarden voor de invoering van de vernieuwde productiestructuur DOT. Het blijkt dat niet zozeer het MCS verandert maar dat meer de randvoorwaarden daaromheen van invloed zijn op de interne sturing van de UMC's. Registratie verdient daar een groot punt van aandacht in maar ook de inrichting van de managementrapportages en kwartaalrapportages.
2. Dit onderzoek is op dit moment alleen gedaan binnen de UMC's op een afdeling waarbij productie in het B-segment nog geen prominente rol speelt. De onderzoeker beveelt daarom een onderzoek binnen een afdeling als orthopedie aan, waarbij al meer in het B-segment geproduceerd wordt. Hier verwacht de onderzoeker dat de invloed van de DBC-structuur op het MCS groter is doordat de financiële prikkels groter zijn.
3. De onderzoeker beveelt aan vergelijkbaar onderzoek te doen met als focus de DOT structuur binnen de UMC's G en F aangezien deze op dit moment het verst lijken te zijn met betrekking tot de invoering van de DOT-structuur. Dit zou als benchmark kunnen dienen voor andere UMC's.
4. De onderzoeker beveelt specifiek voor UMC C aan dat de medisch specialisten zélf verantwoordelijk worden gesteld voor de registratie van DBC gegevens. Hierdoor wordt ingespeeld op de financiële risico's die kunnen ontstaan door een onjuiste of gebrekkige registratie wat op dit moment een rol speelt binnen dit UMC.
5. De onderzoeker beveelt voor de UMC's B, C en G specifiek aan zo spoedig mogelijk de koppeling tussen kwantitatieve gegevens en kwalitatieve gegevens toe te passen.

8. Literatuur

Abernethy, M.A., & A.M. Hills. 2001. 'Interdependencies in Organization Design: A Test in hospitals.' *Journal of Management Accounting Research*. Vol 13.

Abernethy, M.A. and J.U. Stoelwinder. 1995. 'The role of professional control in the management of complex organisation.' *Accounting, Organisations and Society*: vol. 20, no. 1:1-17.

Anthony, R.N. 1965. *Planning and control systems*. Boston: Harvard Business School Press. [1965]

Anthony, R.N. 1988. *The management control function*. Boston:Harvard Business School Press. [1988]

Anthony, R.N. & D.W. Young. 2003. *Management control in non-profit organizations*. New York: McGraw- Hill Irwin. [2003]

Baarda, D.B., de Goede, M.P.M. 2001. *Basisboek methoden en technieken. Handleiding voor het opzetten van een onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese. [2001]

Baas, L.J.C., J.J.G. Boonen, F.W. Geubbels en J.H.J.M. Jeurissen. 1998. 'Producttypering: eerste proeve bemoedigend.' *Medisch Contact*: 53 (1988):321- 326

Bouillon, M.L., G.D. Ferrier, M.T. Stuebs Jr. & T.D. West. 2006. The economic benefit of goal congruence and implications for management control systems. *Journal of Accounting and Public Policy*: 25 (2006):265-298.

Bouter, L.M., M.C.J.M. van Dongen, G.A. Zielhuis. 2005. *Validiteit en precisie*. Hoofdstuk 5 in: L.M. Bouter, M.C.J.M. van Dongen, G.A. Zielhuis. *Epidemiologisch onderzoek. Opzet en interpretatie*. 5^e dr. Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2005: 123-172 (ISBN 90-313-4262-9).

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.

Coebergh, J.W. 2004. *Kanker in Nederland*. Uitgebracht door de Signaleringscommissie van de Kankerbestrijding Nederland.

Creswell, J.W. 2003. *Research design Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Tweede editie. London: Sage. [2003]

Crom, B. 2005. *De invloed van externe budgetparameters op de interne budgettering van academische ziekenhuizen. Verklaringen voor verschillen in budgetteringssystemen en hun effecten.* Ridderkerk: Offsetdrukkerij Ridderprint B.V. [2005]

CTZ. 2003. *Toezichttoets: bekostigingssysteem op basis van DBC's.* Amstelveen.

CTG/ZAio. 2004. *Consultatiedocument ziekenhuiszorg: analyse en aanbevelingen voor concurrentie in het B-segment.* Utrecht.

Franssen, M. & F. Schepers. 2006. *Management control; beheers het beheersingssysteem. Controlling in de praktijk.* Derde druk, eerste oplage. Kluwer. [2006]

Geelhoed, J. 2005. *Control deficiencies in the Dutch health care sector.* Tilburg: Universiteit van Tilburg. [2005]

Grinten, van der T. & J. Kasdorp. 1999. *25 Jaar sturing in de gezondheidszorg: van verstatelijking naar ondernemerschap.* Den Haag: SCP. [1999]

Grit, K. & P. Meurs. 2005. *Verschuivende verantwoordelijkheden, dilemma's van zorgbestuurders.* Assen: Koninklijke van Gorcum BV. [2005]

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. [2004]

Hofstede, G. 1978. *The Poverty of Management Control Philosophy.* The academy of management review, vol. 3, No. 3 (Jul., 1978):450-461, published by Academy of Management.

Houthoofd, N. 1996. *Strategisch Management concepten, analysemethoden en toepassingen.* Garant. [1996]

Klompshouwer, J. & G. Vos-Deckers. 2005. *De DBC-methodiek. Haarlemmerolie of een werkzaam geneesmiddel voor de gezondheidszorg.* Erasmus Universiteit scriptie iBMG 2005.

Knop, L. 2006. *Financiële risico's van het B-segment en beheersing in het OLVG.* Erasmus Universiteit scriptie iBMG 2006.

Langfield-Smith, K. 1997. 'Management Control Systems and Strategy; A Critical Review.' *Elsevier Science. Accounting, Organizations and Society Ltd* (1997)22:207-233.

Lapré, R, F. Rutten & E. Schut. 2006. *Algemene Economie van de Gezondheidszorg*. Eerste druk, Elsevier/ De Tijdstroom, Maarssen 1999. Tweede, herziene druk, eerste en tweede oplage. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg. [2006]

Lethonen, J.. 2007. 'DRG- based prospective pricing and casemix accounting- Exploring the mechanisms of succesfull implementation. *Management Accounting Research* (2007)18:367-395.

Lingsma, H.F., D. W. J. Dippel, S. E. Hoeks, E. W. Steyerberg, C. L. Franke, R. J. van Oostenbrugge, G. de Jong, M. L. Simoons, W. J. M. Scholte op Reimer. 2008. *Variation between hospitals in patient outcome after stroke is only partly explained by differences in quality of care: results from the Netherlands Stroke Survey*. The Netherlands Stroke Survey investigators 21-01-2008 *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* (2008)79:888-894.

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. [2004]

Merchant, K.A. en W.A. Van der Stede. 2003. *Management Control Systems. Performance Measurement, Evaluation and Incentives*. Essex UK: Pearson Education Limited. [2003]

(Ministerie van VWS). 2004. Stand van zaken DBC-invoering en nadere toelichting DRG-systematiek [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport [Aangehaald op 13-06-2009]. Bereikbaar op: http://www.minvws.nl/images/CZ-2483712_tcm19-109397.pdf

(Ministerie van VWS). 2005. Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport [Aangehaald op 02-02-2008]. Bereikbaar op: http://www.minvws.nl/images/nota-transparante-en-integrale-tarieven_tcm19-97663.pdf

Naranjo- Gil, D. & F. Hartmann. 2006. 'Management accounting systems, top management team heterogeneity and strategic change.' *Accounting, Organizations and Society*. (2007)32.

(Nederlandse Zorgautoriteit). 2008. Advies Stabiele transitie naar prestatiebekostiging [Internet]. Nederlandse Zorgautoriteit [Aangehaald op 02-02-2009]. Bereikbaar op: http://www.nza.nl/7113/10118/44855/Advies_STiB_web.pdf

(Nederlandse Zorgautoriteit). 2009. Voorlopig oordeel NZA inzake DOT- productstructuur [Internet]. Nederlandse Zorgautoriteit [Aangehaald op 31-05-2009]. Bereikbaar op: http://www.nza.nl/menu/4900/Voorlopige_beoordeling_DOT_1.pdf

(NFU) 2009. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. [Aangehaald op 27-02-2009].
Bereikbaar op: <http://www.nfu.nl>

(NIAZ). 2008. NIAZ Kwaliteitsnorm Zorginstelling [Internet]. Nederlandse Instelling Accreditatie voor Ziekenhuizen. [Aangehaald op 27-02-2009].

Bereikbaar:

[http://www.niaz.nl/bestanden/Normen/NIAZ%20Kwaliteitsnorm%20Zorginstelling%202%200%20betav
ersie%20vastgesteld%2026-06-08.pdf](http://www.niaz.nl/bestanden/Normen/NIAZ%20Kwaliteitsnorm%20Zorginstelling%202%200%20betav
ersie%20vastgesteld%2026-06-08.pdf)

Otley, D. 1999. 'Performance management: a framework for management control system research.'
Management Accounting Research (1999)10:363-382.

Otley, D. 1994. 'Management control in contemporary organizations: towards a wider framework.'
Management Accounting Research (1994) 5:289-299.

Schaepkens, F.F.J.M. 2002. 'Ziekenhuisbesteding in Nederland; van FB naar DBC. *Management,
control en accounting* 6(5):13-25

Segers, J. & J. Hutjes. 1999. 'Methoden voor de maatschappijwetenschappen'. Assen: Van Gorcum.
[1999]

Swanborn P.G. 2006. *Basisboek sociaal onderzoek*. Vierde druk, tweede oplage. Amsterdam: Boom.
[2006]

Swanborn P.G. 1994. Operationaliseren en meten. In: Swanborn PG. Methoden van sociaal
wetenschappelijk onderzoek. Inleiding in ontwerpstrategieën, 159-193. Meppel: Boom. [1994]

Verkade, D.M. 2008. *Getting things done through professionals. De gevolgen van het DBC-systeem in
de context van de Zorgverzekeringswet voor de verhouding tussen de manager en de professional*.
Erasmus Universiteit Rotterdam. 2008.

Young, D. 2003. Management accounting in health care organizations. Wiley Chapter 5: Responsibility
Accounting: An Overview.

(Zorgverzekeraars Nederland). 2008. Achtergrond DBC's Ziekenhuizen [Aangehaald op 11-06-2009].
Zorgverzekeraars Nederland [Internet]. Bereikbaar op:
http://www.zn.nl/Dossiers/DBC's_ziekenhuizen/Achtergrond.asp

Zuurbier, J. & Y. Krabbe-Alkemade. 2007. *Onderhandelen over DBC's*. Tweede druk, eerste oplage. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg. [2007]

Zuurbier, J.J., M. de Groot & R. Spanjers. 2003. Casemixmanagement: werken met diagnosebehandelingscombinaties [Internet]. Werken met DBC's [aangehaald op 02-03-2009]. Bereikbaar:

<http://www.qconsult.nl/upload/File/Casemixmanagement;%20werken%20met%20DBC's.pdf>

Zuurbier, J.J. 2005. Herijking van een duale agency structuur: de management control van ziekenhuizen in zijn veranderende context [internet]. Zuurbier, J.J. [aangehaald op 01-03-2009]. Bereikbaar op:

<http://www.qconsult.nl/upload/File/Q-Consult%20>

[%20hoofdstuk%20uit%20financieel%20management%20in%20de%20praktijk\(1\).pdf](http://www.qconsult.nl/upload/File/Q-Consult%20hoofdstuk%20uit%20financieel%20management%20in%20de%20praktijk(1).pdf)

Bijlage 1 Quicksan vragenlijst

1. Strategy development

Leg het concept uit van strategie ontwikkeling

1. Recent zijn er verschillende strategische documenten geproduceerd. Hebt u actief deelgenomen in de voorbereiding van deze documenten? Kunt u uw rol beschrijven behorende bij het proces van het ontwikkelen van strategische documenten?
2. Voor een belangrijk gedeelte is het ontwikkelen van een strategie gelijk aan het voorop stellen van organisatorische besluiten. Kunt u me uitleggen hoe u tot specifieke besluiten komt? Welk soort marktinformatie heeft u tot uw beschikking? Worden de kansen en bedreigingen (SWOT-analyse/risico analyse) schriftelijk vastgesteld of vindt het besluitvormingsproces plaats door middel van brainstormen? Wie neemt er normaal gesproken deel aan deze brainstorm-sessies?
3. Als marktinformatie wordt gebruikt: wat voor soort informatie is er gebruikt? Zal deze informatie ieder jaar beschikbaar zijn? Resulteert dit in managementrapportage die marktinformatie confronteert met de eigen informatiebronnen, inclusief financiële- en productiebronnen?
4. Bent u tevreden met de beschikbare marktinformatie?
5. Neemt u scenario's mee in het proces van strategieontwikkeling? Wat voor soort scenario's zijn dat? Worden deze scenario's vastgelegd in strategische documenten of is dit een mondeling proces?
6. Hebt u het idee dat uw ideeën voldoende worden gebruikt in het proces van strategieontwikkeling?
7. Denkt u dat werknemers, medische specialisten en maatschappen binnen de organisatie voldoende geïnformeerd zijn over de strategische plannen? Hoe communiceert u uw strategische plannen met deze mensen? Krijgt u feedback van de organisatie?
8. Kunt u de belangrijkste aanbevelingen geven voor het verbeteren van het proces van strategieontwikkeling in de nabije toekomst?

Leg het concept uit van missie en strategieverklaring

9. Heeft de organisatie een missie of strategieverklaring (waarin het standpunt van de organisatie beschreven wordt)

10. Kunt me vertellen wat deze organisatiemissie of strategieverklaring is?

11. Kunt u samenvatten wat de drie meest belangrijke dingen zijn waarmee u de organisatiemissie of strategieverklaring uitvoert?

2. Business structuur

Leg het concept uit van de business structuur

1. Bent u betrokken bij belangrijke veranderingen in de organisatorische structuur? (Bijv. reorganisaties, DBC's)
2. Evalueert u belangrijke veranderingen in de organisatorische structuur? Wat is de gebruikelijke manier om deze veranderingen te evalueren (intern, extern, per brief, in een vergadering)?
3. Is het duidelijk binnen de organisatie wie verantwoordelijk is voor wat?
4. Is het duidelijk wie u kunt benaderen om de strategie in werking te stellen?
5. Bestaat er binnen de organisatie, een het werkklimaat waarin mensen gemakkelijke ter verantwoording geroepen kunnen worden, of heeft een professional binnen de organisatie zijn of haar eigen verantwoordelijkheden en is het niet gebruikelijk om door een buitenstaander te worden beoordeeld?
6. Zijn er ook activiteiten die moeilijk zijn te leiden (wanneer er verscheidene verantwoordelijke personen en/of verantwoordelijkheden zijn die 'snijden' met de organisatie)? Kunt u een voorbeeld geven?
7. Heeft het specifieke voorbeeld uit de vorige vraag te maken met communicatie processen?
8. Gaat u schriftelijke overeenkomsten aan met werknemers die uw strategie binnen de organisatie toepassen of is er hoofdzakelijk sprake van mondelinge communicatie?
9. Hoe formeel zijn deze overeenkomsten? Is het voor elke overeenkomst duidelijk waar men zich nu bevindt, waar men naar streeft en welke middelen men nodig heeft om deze doelstellingen te verwezenlijken? Roept u medewerkers ter verantwoording wanneer ze doelen niet hebben behaald?

10. Krijgt u op tijd terugkoppeling als organisatorische overeenkomsten uiteindelijk niet bereikt zullen worden?
11. Met welke acties zorgt u ervoor dat u op tijd terugkoppelingen/feedback krijgt (bijvoorbeeld bij mensen langs gaan, of om rapporten vragen)?
12. Wat/hoe is uw betrokkenheid wanneer risicovolle projecten zijn gedelegeerd aan één van uw werknemers (risico analyse, investeringen selectie)?

3. Management control (management beheersing)

Beschrijf het concept van management control

1. Welke management informatie gebruikt u?
2. Bent u van mening dat de management informatie die u gebruikt strookt met de strategische keuzes van de organisatie?
3. Krijgt u de management rapporten op tijd aangeleverd?
4. Bent u tevreden over de huidige management informatie?
5. Wat mist er in de huidige management informatie?
6. Kunt u mij de belangrijkste aanbevelingen geven ter verbetering van de management informatie van de organisatie?
7. Heeft u het gevoel dat uw collega's luisteren naar uw ideeën ter verbetering van management informatie van de organisatie?
8. Bent u van mening dat management informatie gebruikt kan worden om de organisatie aan te sturen of heb je daar meer voor nodig? Wat is nodig naast management informatie?
9. Bespreekt u specifieke trends en ontwikkelingen in management rapporten met uw directe collega's? Worden belangrijke trends en ontwikkelingen blijkende uit deze rapporten actief bekeken en gebruikt door het management?

4. Verantwoording afleggen (accountability reporting)

Beschrijf het concept van het afleggen van verantwoording.

1. Heeft u een overstijgende blik over alle relevante procedures, regels en essentiële onderzoeken en andere wettelijke verplichtingen die in werking zijn?
2. Wordt u op tijd geïnformeerd als er veranderingen zijn in relevante procedures en regels?
3. Houden lastige regels in de gezondheidszorg u er vanaf strategische doelen te behalen?
4. Buitenstaanders zijn vaak geïnteresseerd in de ontwikkelingen van strategische activiteiten van de organisatie. Maakt u actief gebruik van internet of intranet toepassingen om buitenstaanders te informeren?
5. Wat zijn volgens u de drie belangrijkste publicaties voor het afleggen van externe verantwoording binnen uw organisatie?

Bijlage 2 Enquête (vragenlijst)

Onderdeel Structuur en beleid

Strategie

Niet meegenomen door onbekendheid vanuit de functie van de controllers

Organisatie, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden

1. Is het binnen de afdeling oncologie duidelijk wie verantwoordelijk is voor welke taken?

Ja/ Nee, toelichting.....

2. Worden schriftelijke overeenkomsten aangegaan met de afdeling oncologie die de strategie van de organisatie toepassen of is er hoofdzakelijk sprake van mondelinge communicatie?

Schriftelijk / Mondeling, toelichting

3. Indien vraag 2 met schriftelijk is beantwoord, kunt u dan aangeven hoe formeel deze overeenkomsten zijn?

4. Roept u medewerkers van de afdeling oncologie ter verantwoording wanneer ze de gestelde doelen niet hebben behaald?

Indien ja, op welke manier en wie doet dat?

Ja/ Nee, toelichting.....

5) Indien de administratieve gegevens van de afdeling oncologie niet kloppen, worden hier de desbetreffende personen op aangesproken?

Ja/ Nee, toelichting.....

Risicomanagement

1. Wordt er binnen de afdeling oncologie gebruik gemaakt van risicomanagement?

Indien met ja geantwoord wordt, welke risico's worden dan vooral meegenomen?

Ja/ Nee, toelichting.....

Planning en control cyclus

Plan

1. Is het voor elke overeenkomst duidelijk waar de afdeling oncologie zich nu bevindt, waar men naar streeft en welke middelen men nodig heeft om deze doelstellingen te verwezenlijken?

Ja/ Nee, toelichting.....

Do

1) Door middel van de planning en control cyclus wordt vooral gericht gestuurd op **productie** van de afdeling oncologie

1 – 2 – 3 – 4 – 5 , toelichting

2) Door middel van de planning en control cyclus wordt vooral gericht gestuurd op

financiële resultaten van de afdeling oncologie

1 – 2 – 3 – 4 – 5 , toelichting

3) Door middel van de planning en control cyclus wordt vooral gericht gestuurd op

kwaliteit van de van de afdeling oncologie

1 – 2 – 3 – 4 – 5 , toelichting

4) Door een gerichte planning en control cyclus wordt het mogelijk te sturen op productie

1 – 2 – 3 – 4 – 5 , toelichting

5) De managementrapportages afkomstig uit de afdeling worden op tijd aangeleverd

1 – 2 – 3 – 4 – 5 , toelichting

6) Voor het aandragen van managementrapportages worden vaste momenten/ data vastgelegd
waarop de afdeling oncologie hun managementrapportages aandragen

1 – 2 – 3 – 4 – 5 , toelichting

Check

1. Krijgt u op tijd terugkoppeling als organisatorische overeenkomsten uiteindelijk niet bereikt zullen worden?

Ja/nee, toelichting.....

2. Met welke acties zorgt er ervoor dat u op tijd terugkoppeling/ feedback krijgt (bijvoorbeeld door bij mensen langs te gaan of om rapporten te vragen)?

Toelichting.....

3) De inhoud van planning en control cyclus wordt van de afdeling oncologie maandelijks geëvalueerdJa/ nee.....

4) De resultaten naar aanleiding van de planning en control cyclus van de afdeling oncologie worden één keer per kwartaal geëvalueerd

Ja/ nee.....

5) De planning en control cyclus wordt minder dan één keer per kwartaal geëvalueerd

Ja/ nee.....

6) De planning en control cyclus wordt altijd op vaste momenten geëvalueerd

Ja/ nee.....

7) Administratieve gegevens van de afdeling oncologie worden op tijd aangedragen aan de afdeling planning en control

Ja/ nee.....

Act

1. Roept u medewerkers van de afdeling oncologie ter verantwoording wanneer ze de gestelde doelen niet hebben behaald?

Ja/ nee.....

Methoden en technieken

AO/IC

- 1) Binnen de de afdeling oncologie is duidelijk wie verantwoordelijk is voor de administratie van DBC gegevens
1 – 2 – 3 – 4 – 5 , toelichting
- 2) Administratieve gegevens worden bij de afdeling oncologie verwerkt door dezelfde personen
1 – 2 – 3 – 4 – 5 , toelichting
- 4) De invoering van administratieve gegevens van de afdeling oncologie gebeurt altijd nauwkeurig
1 – 2 – 3 – 4 – 5 , toelichting
- 5) Administratieve gegevens van de afdeling oncologie worden op tijd aangedragen aan de afdeling planning en control
1 – 2 – 3 – 4 – 5 , toelichting

Budget

- 1) Van te voren wordt voor de afdeling oncologie een budget opgesteld waaraan ze zich volledig houden
1 – 2 – 3 – 4 – 5 , toelichting
- 2) De afdeling oncologie geeft zelf input voor hun budget bij de RvB
1 – 2 – 3 – 4 – 5 , toelichting
- 3) Budgetten worden opgesteld naar aanleiding van de strategie van het ziekenhuis
1 – 2 – 3 – 4 – 5 , toelichting
- 4) De strategie van het ziekenhuis heeft veel invloed op de vastgestelde budgetten voor de afdeling oncologie
1 – 2 – 3 – 4 – 5 , toelichting

MR

- 1) Managementrapportages maken het mogelijk om de afdeling oncologie bij te sturen indien hun doelstellingen niet behaald worden
1 – 2 – 3 – 4 – 5 , toelichting
- 2) Door managementrapportages wordt het voor de RvB eenvoudiger de afdeling oncologie aan te sturen op kwaliteit en doelmatigheid
1 – 2 – 3 – 4 – 5 , toelichting

Bijlage 3 Semi-gestructureerde interview

Open vragenlijst interviews UMC's

Naam :

Datum :

Tijdstip :

Locatie :

Introductie

Probleemstelling, deelvragen etc.

Inleidende vragen

1. Wat is uw functie binnen de organisatie en waar bent u verantwoordelijk voor?
2. Wat houdt volgens u binnen de afdeling oncologie het management control systeem in voor de afdeling oncologie (uit welke facetten bestaat, hoe wordt dit vormgegeven)?
3. Kunt u voor mij het grootste verschil tussen functiegerichte budgettering en prestatiebekostiging beschrijven?

Hoofdvragen

1. Welke managementinformatie voor de afdeling oncologie werd vooral verzameld enkele jaren geleden (ten tijde van functiegerichte budgettering) en welke informatie nu (meer richting prestatiebekostiging)?
2. Welke invloed heeft dat gehad op uw management control systeem van de afdeling oncologie (productie, financiën, kwaliteit)?
3. Aan welke informatie hecht het management de meeste waarde?
4. Welke invloeden (bekostiging in A- segment en B-segment) zijn specifiek van belang voor UMC's en wat is de invloed daarvan op het sturingssysteem?
5. Welke invloeden zijn specifiek voor oncologie en heeft dit gevolgen voor het management control systeem van de afdeling?
6. Wat zijn uw verwachtingen voor de toekomst betreffende de sturingssystemen bij de invoering van de toekomstige DOT structuur?
7. Hoe probeert u zich hierop voor te bereiden?

Heeft u nog andere aanvullende informatie die van belang kan zijn voor het onderzoek?

Hartelijk dank voor uw medewerking

Afsluiting

Bijlage 4 Taartdiagram

Onderstaande taartdiagrammen geven een indicatie over de huidige inrichting van het management control drieluik systeem van de afdeling oncologie per UMC.

