

Intern financieel beheer in ziekenhuizen: ontwikkelingen en veranderingen

Dr. Ir. J.J. Zuurbier

1 Inleiding

Sinds 1989 doet zich weer een stijgende tendens voor in de kosten van de gezondheidszorg in Nederland. In 1993 lagen de kosten van de gezondheidszorg in Nederland 4,2% hoger dan in 1992. In dat jaar, 1992, lagen de kosten reeds 7,3% hoger dan in 1991. Gemiddeld bedroegen de kosten in 1993 f 3.281,- per inwoner. In totaliteit bedroegen de kosten van de gezondheidszorg in 1993 8,7% van het Bruto Nationaal Produkt. In 1992 was dat nog 8,5 %. Indexcijfers laten zien dat de kosten van de gezondheidszorg sneller stijgen dan de lonen en prijzen. In het totale consumptiepatroon bedraagt het aandeel voor gezondheidszorg 14,9%. Dat is evenveel als de uitgaven voor voedingsmiddelen. Alleen de uitgaven voor huisvesting en energie scoren hoger. De stijgende kosten van de zorg houden geen gelijke tred met de inkomsten die worden verkregen middels de Ziekenfonds Wet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Daardoor liep in 1993 het negatieve resultaat van de Algemene Kas, die wordt beheerd door de Ziekenfondsraad, op tot f 809 miljoen gulden (bron: VEKTIS, 1993). Paradoxaal genoeg zijn er juist in de afgelopen jaren enorme reserves ontstaan bij de ziekenfondsen. Dat betekent dat de kostenstijgingen met name zijn gedragen door de zorgverlenende instellingen zelf.

De stijgende kosten in de gezondheidszorg, die over de gehele linie zichtbaar zijn, leiden ertoe dat vraagstukken van financieel beheer (control) in de instellingen nog steeds actueel zijn. In dit artikel richten we ons specifiek op het financiële beheer binnen ziekenhuizen, en met name de verbeteringen die hierin mogelijk zijn.

In paragraaf 2 schetsen we de context van het financiële beheer binnen ziekenhuizen door te kijken naar de financiële resultaten in een drietal cases. In paragraaf 3 beschouwen we de huidige wijze van financieel beheer binnen ziekenhuizen. Vervolgens bekijken we de verbeteringen die hierin mogelijk zijn door achtereenvolgens in te gaan op de rol van de artsen (paragraaf 4) en de rol van de management accounting (paragraaf 5). In de conclusie vatten we een aantal zaken nog eens samen en kijken we naar de toekomst.

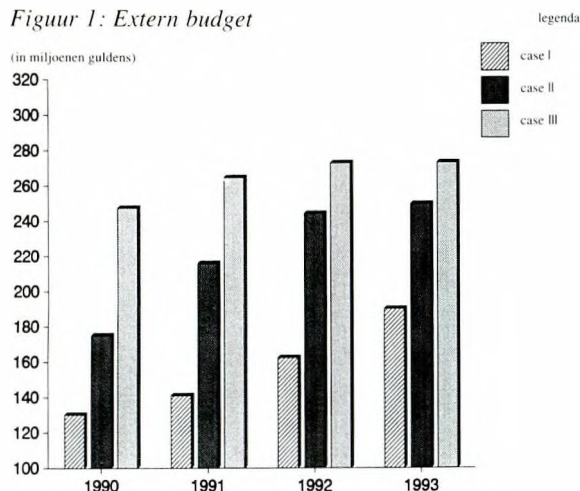
2 Financiële resultaten van ziekenhuizen

Als we binnen de totale gezondheidszorgkosten kijken naar de ziekenhuiskosten, zien we dat de totale kosten van ziekenhuiszorg, exclusief de kosten van medisch specialistische hulp, in 1993 5,5% hoger lagen dan in 1992 (zie ook figuur 1 op de pag. hierna). Ook hier is de kostenstijging dus zichtbaar. Om de ziekenhuiskosten te beheersen, worden de ziekenhuizen sinds 1983 gebudgetteerd. De hoogte van het totale kostenbudget voor een ziekenhuis wordt jaarlijks in overleg met de verzekeraars vastgesteld met behulp van een stelsel van parameters. Daarna is goedkeuring vereist van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg.

Voor de ziekenhuizen heeft het budgetstelsel het gevolg dat zij hun kosten moeten beheersen binnen het totale externe budget. Daarom zijn

Dr. Ir. J.J. Zuurbier studeerde Technische Bedrijfskunde te Enschede van 1983 tot 1989. In 1994 promoveerde hij op het onderwerp 'financiële sturing van ziekenhuizen'. Hij is werkzaam bij G-Consult bedrijfskundige adviseurs te Lochem. Daarnaast is hij als docent verbonden aan de Universiteit Twente.

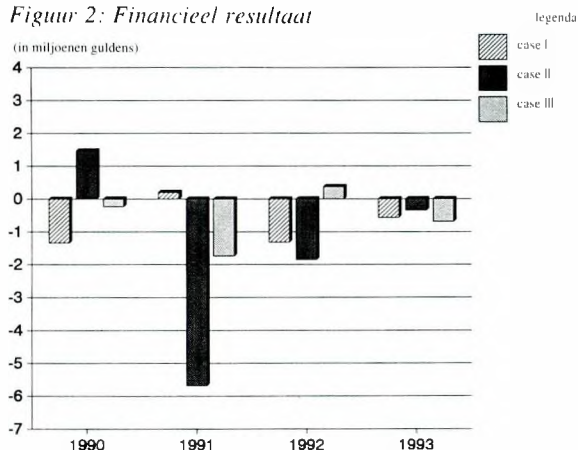
Figuur 1: Extern budget



gedurende de jaren tachtig in de ziekenhuizen initiatieven ontwikkeld op het gebied van de interne financiële beheersing.

Ondanks deze initiatieven werden de meeste ziekenhuizen in de beginjaren negentig geconfronteerd met exploitatietekorten. De sterk stijgende kosten van medicijnen en chirurgische kunst- en hulpmiddelen waren hier onder andere debet aan. Om dit te illustreren is in figuur 2 voor een drietal cases, een academisch ziekenhuis en twee grote algemene ziekenhuizen, het "voordelige of nadelige resultaat binnen het (externe) budget" geschetst. Dat is het saldo van het voor dat jaar toegekende externe ziekenhuisbudget en de in dat jaar gemaakte kosten. We zien hierin een wisselend, maar overwegend negatief beeld. Case I weet alleen in 1991 een klein positief resultaat te boeken, case II boekt alleen in 1990 een positief resultaat, terwijl case III alleen in 1992 een positief resultaat boekt. Beschouwen we de drie cases te zamen, dan zien we dat het totale resultaat in 1990 licht positief was. In 1991 ontstaat er plotseling een sterk negatief beeld. Daarna wordt

Figuur 2: Financieel resultaat



het totale negatieve saldo minder. Blijkbaar worden na 1991 de kosten beter beheerst binnen het externe budget.

Opvallend is dat deze negatieve resultaten zich voordoen bij stijgende externe ziekenhuisbudgetten (zie figuur 1). In 1991 was het totale externe budget voor de drie cases te zamen 12% groter dan in 1990. Deze stijging heeft zich voortgezet over 1992 en 1993. In totaliteit lag het externe ziekenhuisbudget voor de drie cases te zamen in 1993 29% hoger dan in 1990. Deze constatering maken vraagstukken van intern financieel beheer in ziekenhuizen alleen maar indringender.

3 Intern financieel beheer in ziekenhuizen

Om de kosten te kunnen beheersen binnen het externe budget is in de meeste ziekenhuizen gedurende de jaren tachtig een structuur ontwikkeld van interne budgethouders (Maarse et al., 1991). Deze budgethouders bevinden zich op afdelingsniveau: hoofd Radiologie, hoofd Klinisch Chemisch Laboratorium, etc. Binnen deze structuur van budgethouders worden materiële en personele kostenbudgetten incrementeel vastgesteld op basis van historische kosten. Soms gaat deze kostenbudgettering vergezeld van een activiteitenraming. In tabel 1 is de budgetcyclus van case III weergegeven.

Tabel 1

Activiteit:	Door:	Maand:
strategie notitie + financieel kader	directie/ controller	juni
concept activiteitenplannen	afdelingshoofden	
juli/augustus		
concept budgetten	afdelingshoofden	september
aanpassingsvoorstellen	controller	oktober
budgetbesprekingen	directie	november
	afdelingshoofden	
1 vaststellen activiteitenplannen	directie	december
2 vaststellen afdelingsbudgetten		
3 vaststellen ziekenhuisbudget		

De start van de budgetcyclus bestaat voor case III uit een notitie van de directie. In de notitie worden uitgaande van het Ziekenhuisbeleidsplan de belangrijkste uitgangspunten voor het komende budgetjaar op een rij gezet. De notitie gaat vergezeld van een financieel kader voor het komende budgetjaar. Het financiële kader wordt opgesteld aan de hand van het beschikbare externe zieken-

huisbudget. Op basis van deze uitgangspunten geven diensthoofden en afdelingshoofden verder invulling aan de interne budgettering. Zij doen dit door (zie Zuurbier, 1994):

- 1 het opstellen van activiteitenplannen. Dit zijn operationele plannen waarin per afdeling een opsomming plaatsvindt van de beoogde activiteiten en productie-aantallen voor het komende budgetjaar;
- 2 het bepalen van kostenbudgetten. Deze zijn opgebouwd uit personele en materiële kosten. In deze kostenbudgetten zijn alle directe en indirecte afdelingskosten opgenomen.

Separaat naast de kostenbudgettering wordt er jaarlijks een investeringsbegroting opgesteld. De goedkeuring van investeringen behoort vanwege het strategische belang tot de verantwoordelijkheid van de directie.

Het probleem met de boven geschetste vorm van interne ziekenhuisbudgettering is dat het naar de toekomst toe niet garandeert dat de kosten niet boven het toegestane externe budget uit zullen stijgen. De interne ziekenhuisbudgettering heeft namelijk alleen betrekking op wat Hopwood (1974) aanduidt als administratieve control. De rol van de artsen hierin is minimaal. Hopwood heeft erop gewezen dat er in organisatiebeheer ook altijd gebruik wordt gemaakt van sociale en zelf control. In een ziekenhuis worden deze twee vormen van control samengenomen onder de noemer "professionele control". Deze vorm van control heeft betrekking op het functioneren van de artsen. Het kenmerkende control-probleem voor een ziekenhuis is dat de mogelijkheid van beïnvloeding en gebruikmaking van dit belangrijke control-mechanisme niet ligt bij de ziekenhuisdirectie zelf, maar buiten de organisatie bij de opleidingsinstituten. Om aan dit belangrijke probleem tegemoet te komen moet gezocht worden naar een vorm van administratieve control waarin de artsen een grotere rol hebben (Wickings, 1987, p.157, Freidson, 1975, p.11). In de volgende paragraaf wordt meer in detail geschetst hoe de control-relaties liggen, en welke wijzigingen we daarin zouden kunnen aanbrengen. Daartoe maken we gebruik van het begrippenkader uit de agent-schapstheorie (zie Baiman, 1990). De agent-schapstheorie is hier met name voor geschikt omdat deze theorie behalve aan economische aspecten ook ruimte biedt aan sociale en politieke aspecten van control (zie Zuurbier, 1994, p.26

e.v.). Juist deze aspecten zijn belangrijk in de besturing van ziekenhuisorganisaties (Zuurbier, 1994, p.18).

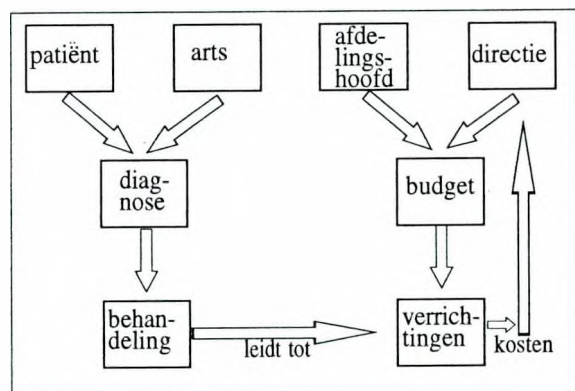
4 De gewenste rol van de artsen: "shared principality"

De interne budgettering van ziekenhuizen zoals geschetst in de vorige paragraaf heeft betrekking op de agentschapsrelatie tussen ziekenhuisdirectie en afdelingshoofd. In deze control-relatie zijn de interne afdelingsbudgetten te zien als informele contracten tussen ziekenhuisdirectie en afdelingshoofden (Zuurbier, 1994, p.38). De interne control-relaties tussen afdelingshoofden en directie zijn afgeleiden van de externe control-relatie tussen verzekeraars en ziekenhuisdirectie. Deze control relatie kent een formeel contract, namelijk het afgesproken externe ziekenhuisbudget.

Parallel aan de relatie tussen ziekenhuisdirectie en afdelingshoofden bevindt zich een andere agentschapsrelatie die ook zijn invloed heeft op de ziekenhuiskosten. Dat is de relatie tussen patiënt (principaal) en arts (agent). Het informele contract tussen deze twee partijen, de overeenkomst tot behandelen, is gebaseerd op de diagnosestelling (zie o.a. Van Gorp et al, 1980, p.161, Taylor, 1982).

De twee verschillende agentschapsrelaties komen bij elkaar op het moment dat een arts bij een afdelingshoofd een aanvraag doet voor een verrichting. Dat kan het maken van een thoraxfoto zijn, het doen van enkele laboratoriumbepalingen, of het verrichten van een operatieve ingreep. Een afdelingshoofd produceert dus verrichtingen en maakt kosten op aanvraag van artsen. De twee agentschapsrelaties en hun onderlinge relaties zijn weergegeven in figuur 3.

Figuur 3



De in de paragraaf 3 beschreven gewenste vorm van administratieve control met een grotere rol voor de artsen kan worden gerealiseerd door ten behoeve van de interne budgettering volume-afspraken te maken tussen de twee agenten (zie ook Welsch, 1971, p.270). Concreet betekent dit dat een afdelingshoofd van een producerende afdeling (Laboratorium, Radiologie, etc.) zijn interne budget baseert op afspraken met de maatschappen over de te verwachten afname aan bepalingen of foto's. Deze afspraken kunnen bijvoorbeeld gemaakt worden op basis van de productie in een vorige, vergelijkbare periode. In sommige ziekenhuizen is hier een start mee gemaakt. De volume-afspraken worden binnen de ziekenhuizen aangeduid als "productie-afspraken".

Volgens de agentschapstheorie zal het alleen mogelijk zijn met de artsen afspraken te maken, zonder dat hier een beloning tegenover staat, als zij menen dat de afspraken in hun belang zijn. Het belang van de arts in deze is het voortbestaan van het ziekenhuis. Dat betekent dat de arts meer medeverantwoordelijk moet worden gemaakt voor dit voortbestaan. De arts moet daarom naast de ziekenhuisdirectie medeprincipaal worden gemaakt. Dit wordt aangeduid als "shared principality" (Zuurbier, 1994, p.41). In de ziekenhuizen wordt dit begrip geoperationaliseerd als "management participatie van specialisten" (NZR/LSV/NZi. 1991, p.7). Specialisten worden betrokken bij het besturen van het ziekenhuis door zitting te nemen in commissies, door het opstellen van een Medisch Beleidsplan als basis voor het Ziekenhuis Beleidsplan, en door part-time management-functies te vervullen (zie ook Clemenhagen & Champagne, 1984). Het Platform Curatieve Zorg, dat is ingesteld naar aanleiding van het rapport van de commissie Biesheuvel, merkt hier in haar eindrapport over op dat "van medisch specialisten ... een actieve deelname aan het ziekenhuismanagement op centraal en decentraal niveau mag worden verwacht. hetgeen in de praktijk ook in toenemende mate wordt gerealiseerd." De mate van managementparticipatie door specialisten in de toekomst zal worden bepaald door de financiële druk die ziekenhuizen voelen (zie o.a. Plasmans & Overbeek, 1987).

Naast de mogelijkheid tot verbreden van de administratieve control, leidt de management-participatie van specialisten er ook toe dat er op de

leidinggevende ziekenhuisniveaus meer informatie uit de professionele control beschikbaar komt. Deze informatie kan direct worden aangewend voor verbeteringen in het ziekenhuisproces.

5 Een grotere rol voor management accounting

Het is onmogelijk met 100% zekerheid te garanderen dat de kosten het externe budget niet zullen overstijgen, vanwege het "residual risk" dat veroorzaakt wordt door de onvoorspelbaarheid van patiëntenstromen. Wel zijn er naast de in paragraaf 4 geschetste veranderingen in de wijze van control ook nog een aantal verbeteringen mogelijk in de informatievoorziening (management accounting) in deze control-relaties.

De interne afdelingsbudgetten (contracten) worden nu nog gebaseerd op de historische kosten. De afdelingen in het ziekenhuis worden aangestuurd als "discretionary cost centers" (Anthony et al., 1989). De management informatie (stuurinformatie of terugkoppelingsinformatie) voor de principaal bestaat in de meeste ziekenhuizen uit een vergelijking tussen de gebudgetteerde en de werkelijke kosten (Zuurbier, 1994, p.162). Indien naast de productie-afspraken met artsen ook de standaard variabele kosten van ziekenhuisverrichtingen worden bepaald, kunnen de afdelingsbudgetten worden gebaseerd op de productie-afspraken maal de standaard variabele kosten. In sommige ziekenhuizen zijn inmiddels ervaringen opgedaan met het bepalen van standaard variabele kosten voor ziekenhuisverrichtingen. Deze kosten worden toegerekend aan de ziekenhuisverrichtingen die zijn gecodeerd volgens het "zwarte boek" voor medisch specialistische ziekenfondstarieven. Deze codering is ook de basis voor de productie-registratie in de ziekenhuizen.

De afdelingshoofden, die verantwoordelijk zijn voor de productie-efficiency, kunnen in de terugkoppeling op hun budget door de principaal worden aangestuurd op de verschillen tussen de werkelijke kosten en de gedekte of standaard-kosten (werkelijk aangevraagde hoeveelheden verrichtingen maal de standaard variabele kosten). Deze verschillen zijn een maat voor de productie-efficiency. Feitelijk betekent dit dat hun afdelingen worden benaderd als "standard cost centers"

Figuur 4



(Anthony et al., 1989). De artsen, die verantwoordelijk zijn voor het productievolume, kunnen door de principaal worden aangestuurd op de verschillen tussen de gedekte of standaard-kosten en de gebudgetteerde kosten (productie-afspraken maal standaard variabele kosten). Een en ander is weergegeven in figuur 4.

De in deze paragraaf geschetste vorm van management accounting is een operationalisatie voor de ziekenhuiscontext van het budgetteringsproces dat wordt aangeduid als "flexible budgeting" (zie bijvoorbeeld Horngren, Foster en Datar, 1994). Traditioneel wordt een financiële beheersing middels "standard cost centers" toegepast in machinebureaucratiën (Mintzberg, 1979), terwijl ziekenhuizen altijd gekarakteriseerd worden als professionele bureauctiën. Het is echter de vraag in hoeverre deze karakteristiek nog adequaat is. Als we kijken naar de productie van enkele producerende afdelingen in ziekenhuizen (zie tabel 2), dan zien we productie-aantallen die duiden op een vorm van massaproductie. In tegenstelling tot vroeger is de productie van zeer veel verrichtingen gestandaardiseerd en verloopt de productie in grote aantallen. De bedrijfsvoering moet hierop worden afgestemd. De financiële informatievoorziening, die deze bedrijfsvoering

Tabel 2

Afdeling case III	Productie 1992	Productie 1993
Radiodiagnostiek	147.109	147.456
Laboratorium	89.102	88.898
Functie onderzoek	65.959	69.526

moet ondersteunen, moet hier ook op worden afgestemd. Dat houdt een grotere rol voor de management accounting in dan tot nu toe het geval is. Voor het ziekenhuis management betekent een en ander dat zij moet beoordelen welke afdelingen van het ziekenhuis als "discretionary cost center" benaderd kunnen worden, en welke afdelingen als "standard cost center" benaderd kunnen worden.

Een mogelijk bezwaar tegen deze vorm van management accounting is de verhouding tussen vaste en variabele kosten in ziekenhuizen. Vaak worden de personeelskosten gezien als vaste kosten waardoor 60% tot 70% van de kosten in ziekenhuizen een vast karakter krijgen. Wanneer men echter om deze reden vasthoudt aan een vorm van incrementele vaste budgettering, krijgt men geen enkel zicht op de resultaatverbeteringen die mogelijk zijn door efficiënter te werken. In paragraaf 2 is aangetoond dat er voldoende noodzaak is om, in tegenstelling tot het verleden, ook gericht te gaan sturen op efficiency om op deze wijze het financiële resultaat te verbeteren. Deze sturing op efficiency mag niet alleen beperkt blijven tot de materiële kosten maar moet ook, juist vanwege de omvang, de personele kosten omvatten.

6 Conclusie

In zijn algemeenheid kunnen we stellen dat de in paragraaf 5 geschetste vorm van management accounting geen gemeengoed is in ziekenhuizen (Zuurbier, 1994, p.159 e.v.), hoewel er in diverse ziekenhuizen wel geëxperimenteerd wordt met productie-afspraken en het bepalen van standaard variabele kosten. Afhankelijk van de financiële druk die ziekenhuizen voelen zal het maken van productie-afspraken met artsen meer prioriteit krijgen. De management accounting zal dan op de in paragraaf 5 geschetste wijze worden aangepast om de verschillende verantwoordelijkheden van artsen en afdelingshoofden zichtbaar te kunnen maken. Tegelijkertijd zal dan ook de mate van management-participatie van specialisten toenemen. Deze tendens voltrekt zich op dit moment

zeer geleidelijk en is zoals gezegd afhankelijk van de mate van financiële druk die ziekenhuizen voelen. Een belangrijk obstakel op dit pad naar een verbeterd intern financieel beheer van ziekenhuizen is de wijze van honorering van medisch specialisten. Specialisten worden betaald per verrichting. Daardoor zijn zij gebaat bij een zo hoog mogelijk produktievolume, terwijl het ziekenhuisbelang juist voorschrijft dat dit produktievolume beperkt wordt. *Dat betekent dat werkelijk effectief intern financieel beheer van ziekenhuizen niet mogelijk is zonder de honorering van medisch specialisten te veranderen.* Op dit moment zijn er in verschillende ziekenhuizen experimenten gaande met een andere wijze van specialisten honorering. Dit wordt landelijk gecoördineerd door het Ministerie van VWS.

De in dit artikel geschetste nieuwe vorm van interne financiële beheersing zal in de ziekenhuizen ingevoerd moeten worden langs de weg der geleidelijkheid. Een ziekenhuis is namelijk te karakteriseren als een "politieke status quo" waarin de verschillende belanghebbenden (artsen, patiënten, afdelingshoofden, personeelsleden, sector- en diensthooften en directie) allen een bepaalde macht hebben (Bacharach & Lawler, 1980). Het geheel houdt elkaar in evenwicht en veranderingen zijn slechts met succes te realiseren indien het gehele stelsel gelijktijdig wordt bewogen. De kans op succes is hierbij alleen aanwezig indien er geen onrust in de organisatie ontstaat. Dat betekent dat er veel tijd en overleg nodig is.

Ondertussen werken op dit ogenblik de koepels van de zorgverzekeraars (VNZ en KLOZ), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), en de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) samen aan de ontwikkeling van herkenbare zorgprodukten voor ziekenhuizen. Gestreefd wordt naar de definitie van honderd tot tweehonderd Diagnose-Behandeling-Combinaties (DBC's). Hiermee wordt bedoeld op patiëntencategorieën die qua kosten en medische behandeling homogeen zijn. Deze DBC's zullen worden voorzien van een uniforme prijs. Deze prijzen zullen, gecombineerd met volume-afspraken met verzekeraars in een bepaald jaar, leiden tot het variabele deel in het externe budget van een ziekenhuis. Deze systematiek maakt het voor ziekenhuizen belangrijker om standaard variabele kosten van verrichtingen te bepalen als basis voor een externe prijsstelling.

Daarnaast zal het belangrijk worden om de interne produktie-afspraken met artsen te baseren op de externe afspraken met verzekeraars. De verwachting is dat deze externe ontwikkelingen de in dit artikel geschetste interne ontwikkelingen duidelijk zullen stimuleren.

LITERATUUR

- Anthony, R.N., J. Dearden en N.M. Bedford, (1989), *Management control systems*, 6e druk, Homewood.
- Bacharach, S.B., en E.J. Lawler, (1980), *Power and politics in organizations, The social psychology of conflict, coalitions and bargaining*, San Fransisco etc.
- Baiman, S., (1990), Agency research in managerial accounting: A second look, *Accounting, organizations and society*, vol.15, 1990, pp.341-371.
- Clemenhausen, C., en F. Champagne, (1984), Medical staff involvement in strategic planning, *Hospital & health services administration*, vol.29, nr.4, pp.79-94.
- Freidson, E., (1975), *Doctoring together: A study of professional social control*, New York.
- Gorp, W. van, J.C.M. Hattinga Verschure, J.L.M. Zuidberg, en J.M.D. Boot (eds.), (1980), *Heel het ziekenhuis: Bezigheden, structuren, ontwikkelingen*, Lochem.
- Hopwood, A., (1974), *Accounting and human behaviour*, London.
- Horngren, C.T., G. Foster en Datar, (1994), *Cost accounting: A managerial emphasis*, 8e druk, Englewood Cliffs.
- Maarse, J.A.M., A. Van der Horst en E.J.E. Molin, (1991), *Budgettering in algemene ziekenhuizen: Effecten op de zorgverlening*, Maastricht.
- Mintzberg, H., (1979), *The structuring of organizations*, Englewood Cliffs.
- NZR/LSV/NZi, (1991), *Managementparticipatie van medisch specialisten in algemene ziekenhuizen*, Utrecht.
- Plasmans, C.M.T., en H.J. Overbeek, (1987), De specialist als intermediair tussen patiënt en budget, *Medisch contact*, vol.42, nr.50, pp. 1571-1573.
- Taylor, S.E., (1982), Hospital patient behavior: Reactance, helplessness, or control? in: Friedman, H.S., en M.R. DiMatteo (eds.), *Interpersonal issues in health care*, New York.
- Welsch, G.A., (1971), *Budgeting: Profit planning and control*, 3e druk, Englewood Cliffs, 1971.
- Wickings, I., (1989), 'Planning clinical budget using DRG's', in: M. Bardsley, J. Coles, L. Jenkins, *DRG's and health care: The management of case mix*, 2nd edition, London.
- Zuurbier, J.J., (1994), *Financial control in hospitals*, Enschede.