

# Kostprijsbesturing in ziekenhuizen

Een explorierend onderzoek naar veranderende besturing van ziekenhuizen.

Scriptie voor de Master of Science graad in Business Administration  
van de Universiteit Twente, Enschede, Nederland,

Auteur



ing. T.J. (Thijs) Ooms



0129038



[T.J.Ooms@Student.UTwente.NL](mailto:T.J.Ooms@Student.UTwente.NL)

Interne supervisie



dr. ir. A.A.M. (Ton) Spil



ir. H. (Henk) Kroon



**University of Twente**  
*Enschede - The Netherlands*



Universiteit Twente

Postbus 217, 7500 AE Enschede

Drienerlolaan 5, 7522 NB Enschede



0031 53 4894995



0031 53 4892159

Externe supervisie



ir. H.M. (Henri) Rutgers



mr. G.H.M. (Godfried) van Leeuwen

**DBC || Onderhoud |||**  
Diagnose Behandeling Combinatie



DBC-Onderhoud

Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht

Postbus 9696, 3506 GR Utrecht



0031 30 2739511



0031 30 2739553



## Dankwoord

Het rapport dat voor u ligt, is tot stand gekomen in het kader van mijn afstudeeropdracht voor de studie Business Administration, track Innovation Management aan de Universiteit Twente. Gedurende de periode van net iets ruimer dan één jaar heb ik mij, in opdracht van DBC-Onderhoud te Utrecht, bezig gehouden met een onderzoek naar de DBC kostprijsmethodiek en besturende methodieken die geldend zijn in ziekenhuizen.

De uitvoering van dit onderzoek zou niet mogelijk zijn geweest zonder de medewerking van een aantal personen. Aan de volgende mensen wil ik mijn dank uitbrengen voor hun bijdrage en ondersteuning tijdens het uitvoeren van dit onderzoek. Dhr. Henri Rutgers voor zijn begeleiding en adviezen tijdens mijn aanwezigheid bij DBC-Onderhoud en 2<sup>e</sup> begeleider bij DBC-Onderhoud Dhr. Godfried van Leeuwen.

Aan mijn begeleiders van de Universiteit Twente, Dhr. Henk Kroon en in het bijzonder Dhr. Ton Spil die, ondanks de ruime tijd en moeite die dit onderzoek voor mij hebben gekost, bereid was om mij van commentaar, advies en inspiratie te voorzien.

Mijn ouders, Wilma en Gerrit Ooms, die mij maar al te graag dit rapport zien afronden, vriend Christian Tuenter en bovenal ook mijn vriendin Nicole Boevink die mij keer op keer weer motiveerden.

Ik wil afsluiten met het bedanken van alle overige mensen die direct, dan wel indirect, een bijdrage hebben geleverd aan mijn afstudeerperiode. Ik denk hierbij aan familie, vrienden, overige bekenden, maar ook aan de medewerkers die ik heb mogen interviewen en verdere respondenten. Zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Thijs Ooms

Enschede, 30 mei 2008



# Samenvatting

In januari 1994 presenteerde de commissie Biesheuvel zijn rapport waarin het van mening is dat er bij ziekenhuizen moet worden gekeken naar een meer doelmatigere organisatie en een goede kostenbeheersing. In de jaren daarna volgde de start van producttyperingen in de curatieve zorg volgens een professionele en integrale aanpak. Uiteindelijk wordt er in januari 2003 besloten om met vrije prijsvorming te experimenteren voor 17 ingrepen. Inmiddels 2008, is in een huidig regeringsakkoord vastgesteld dat 20% van de curatieve zorg volgens vrije prijsvorming plaatsvindt.

De producttypering binnen het kostprijsstelsel voor ziekenhuizen is ontstaan en wordt vormgegeven door Diagnose Behandel Combinaties (DBC). Een DBC is een medische procesbeschrijving en omvat alle activiteiten die voortvloeien uit de zorgvraag van de patiënt. Aan elke DBC (door optelling van alle activiteiten in die DBC) kan een prijskaartje worden gehangen. Een DBC is een combinatie van product en prijs. Over de DBC's vinden onderhandelingen met zorgverzekeraars plaats.

Bovenstaande verandering heeft ertoe geleid dat ziekenhuizen hun productgegevens (DBC's) landelijk moeten aanleveren en dat een toezichthouder dit in de gaten houdt. Inmiddels heeft het kostprijsstelsel nog niet zijn intreden gedaan in de besturing van de organisatie, ondanks dat deskundige (op het kostprijzen gebied) hiervoor hebben gepleit.

Stichting DBC-Onderhoud, in 2005 opgericht door partijen in de zorg, is de onderhoudsorganisatie die het DBC-systeem laat aansluiten bij ontwikkelingen in het werkveld en volgens wensen van de gebruikers. De vraag afkomstig uit deze organisatie, tevens de probleemstelling van dit onderzoek:

*Hoe moeten ziekenhuizen hun interne sturing vormgeven als gevolg van wijzigingen in de financiële bekostigingsorganisatie?*

Doel van het onderzoek is het in kaart brengen van de huidige situatie in ziekenhuizen met betrekking tot het kostprijsmodel en de veranderingen in besturingsmodellen, als gevolg van veranderingen in de financiering. Het onderzoek geeft inzicht in de toepassingsmogelijkheden van het kostprijsstelsel binnen die besturing.

Nadat in dit document een achtergrond is geschetst van de Diagnose Behandel Combinaties volgde de onderzoeksopzet. Daarbinnen zijn onder andere de onderzoeksvragen, doelstelling, onderzoeksmodel en onderzoeksplan toegelicht.

Het eerste deel van het onderzoek bestaat uit een theoretische beschouwing van de besturingsmodellen en kostprijsmodel. Het geeft inzichten in het begrip sturing, de uitoefening van gerichte invloed om iets op de gewenste manier te laten werken. Verschillende denkbeelden van sturing, de inrichting van een management besturingssysteem en enkele modellen als de Balanced ScoreCard, Business Excellence Framework en INK-model waarin de integrale aanpak van sturing in de organisatie centraal staat. Tot slot een opsomming van hoe de inrichting zou plaatsvinden in een organisatie.

In het tweede deel van het onderzoek zijn interviews afgenomen en heeft een case studie meer inzicht geleverd vanuit de praktijk. Daarin kwam onder andere naar voren dat organisaties nog te veel volgens 'verouderde' sturingsdenkbeelden zijn ingericht, de implementatie van kostprijzen als integraal onderdeel nog onvoldoende is en dat de toepassing nog vaak als een last worden ervaren.

Organisaties zouden meer resultaatbewust moeten worden. Bewust zijn van de vele mogelijkheden en onmogelijkheden maakt een organisatie sterker en kan een organisatie doelmatiger maken. Tactisch management kan sturing beter vormgeven door kritisch naar de organisatie te kijken waarin op elk niveau de vraag gesteld zou moeten worden: *Ben ik in staat te sturen op resultaat en stel ik de juiste middelen beschikbaar?* Modellen als Balanced Scorecard leveren goede uitgangspunten bij de inrichting van de organisatie en leggen de focus op verschillende dimensies (middelen) van sturing.

Een eerste aanbeveling aan DBC-Onderhoud luidde dat deze meer aan kennisdeling moet ondernemen. Recente ICT-ontwikkelingen zouden dit kunnen ondersteunen en hierin zou voor DBC-Onderhoud nog winst zijn te boeken. Met name de focus op verschillende doelgroepen is onderbelicht. Een volgende aanbeveling is om de beschikbare financiële gegevens in te zetten voor benchmarking. Vanuit de markt bleek er een vraag naar benchmarking aanwezig te zijn en daarin zou DBC-Onderhoud de uitgesproken partner zijn om deze gegevens te leveren.

## Summary

In January 1994 the commission Biesheuvel presented its report in which it stated that hospitals should develop towards more efficient organizations with a good cost control. In the years after product profiles in health care were defined using a professional and integrated approach. Eventually in January 2003 it was decided to experiment with free price forming for 17 medical interventions. Now 2008, the present government stated in its governmental agreement that 20% of the curative care should take place according to free price forming.

The product profiles within the cost price system for hospitals originated and is begin shaped by Diagnose Behandel Combinaties (DBC, free translation in English being Diagnosis Treatment Combinations). A DBC is a medical procesdescription and encompasses all activities that result from the care question of the patient. At each DBC (through adding up all activities in that DBC), a price ticket can be determined. A DBC is a combination of product and price. Over the DBC negotiations take place with care insurers (insurance companies).

The above mentioned change has led to the situation that hospitals rural provide all their financial product data (begin the DBC) and that a supervisor carefully monitors all this data. Meanwhile the cost price system as yet to enter the management control system of the organization, despite the fact that experts (on cost prices) have pleaded in favor of its use.

Stichting DBC-Onderhoud, was set up in 2005 through parties in the health care business and is now the maintenance organization for the DBC-system. It connects the DBC-system to new developments in the field in accordance to wishes from users. The research question coming from this organization:

*How must hospitals shape their internal control due to changes in the financial organization?*

The research objective is to present the current situation in hospitals with relation to the cost price model and the changes in the management control system, as a consequence from the changes in the financial structure. This research will go

into this situation by providing applicable possibilities of the cost price system within the management control systems.

After outlining the context of the DBC the research methodology will be stated. Among others the research methodology contains the research questions, objective, research model and research plan.

The first part of the research exists of a theoretical consideration of the management control models and the cost model. It gives insights in the term control, to exercise influence in order to let something work in a desired manner. Furthermore mentioning several ideas of control, the planning of a management control system and some models such as the Balanced ScoreCard, Business Excellence Framework and INK-model in which the integrated approach of management control in the organisation will be given in more detail. Finally an enumeration of how the planning of a model would take place in an organisation.

In the second part of the research an interview and case study has provided more insight from the practice point of view. In this came among other things has brought forward that organisations have arranged their management control according to more 'older' ideas, that implementation of costs as integral part is still insufficient and that the application is still frequently experienced as a burden.

Organisations should become more result-aware. Being aware of the many possibilities and impossibilities make an organisation stronger and can make an organisation more efficient. Tactical management can have control by looking critically and asking itself the question at each level of the organization: *Am I able to have result controls and are the correct resources available?* Models such as the Balanced Scorecard provide good starting points to structure the organisation and lay the focus on several dimensions (resources) of management control.

The recommendations to DBC-Onderhoud are that it should do more to share knowledge. Recent ICT-developments are able to support this and DBC-Onderhoud can still profit from this. Particularly the focus on several target groups has been underexposed. A next recommendation is the available financial data for benchmarking. In the market the question for benchmarking appeared and DBC-Onderhoud could be the partner who can provide this data.



# Inhoudsopgave

Dankwoord.....	3
Samenvatting.....	5
Summary.....	7
Inhoudsopgave.....	9
<b>Inleiding.....</b>	<b>11</b>
Functiegerichte Budgettering.....	11
Zorgprocessen.....	12
Het Diagnose Behandel Combinaties systeem.....	12
Veranderingen.....	13
<i>Wat is een Diagnose Behandel Combinatie?</i> .....	14
<i>Historie DBC ontwikkeling</i> .....	15
<i>Heden en toekomst</i> .....	16
Complexe situatie.....	16
<b>Onderzoeksopzet.....</b>	<b>19</b>
Opdrachtgever.....	19
Probleemstelling.....	20
Begripsdefinities.....	20
Ziekenhuizen.....	20
Interne sturing.....	21
Vormgeven.....	21
Financiële bekostigingsorganisatie.....	21
Onderzoeksvragen.....	21
Doelstelling.....	21
<i>Projectkader</i> .....	22
<i>Doel</i> .....	22
Onderzoeksoptiek.....	24
Onderzoeksmodel.....	25
<i>Verwoording</i> .....	25
Onderzoeksplan.....	26
Afbakening.....	27
<b>Theoretisch kader.....</b>	<b>29</b>
Besturingsmodel.....	29
<i>Het begrip "sturing"</i> .....	29
<i>Denkbeelden van sturing</i> .....	30
<i>Besturingssystemen</i> .....	32
<i>Modellen</i> .....	35
<i>Inrichting van besturingssysteem</i> .....	40
Kostprijsmodel.....	41
<i>Kostprijzen</i> .....	41
Basis.....	41
<i>Volumina</i> .....	42
<i>Integrale kostprijs</i> .....	42
Toewijzing- en verdeelcriteria.....	43
Kostenonderscheid.....	44
DBC systematiek.....	46
Activity Based Costing.....	49

<b>Praktijkonderzoek .....</b>	<b>51</b>
Interviews .....	52
<i>Bevindingen</i> .....	<b>53</b>
Intern netwerk.....	53
Extern netwerk .....	53
Software .....	53
Arbeidsfunctie.....	54
Verantwoordelijkheden.....	55
Draagvlak.....	56
Correcte registraties.....	56
Bereken centraal kostprijzen .....	56
Terugkoppeling.....	57
Constate verbetering.....	57
Stappenplan van herijking.....	58
<i>Kwaliteit</i> .....	<b>59</b>
Casestudie.....	60
Ziekenhuis Vreugdedans.....	60
Cultuur .....	61
Ontwikkeling van het ziekenhuis .....	61
Organisatiestructuur .....	63
Sturing binnen het ziekenhuis.....	65
Motieven van veranderen .....	65
Nieuwe organisatie .....	66
Nieuwe marktontwikkelingen.....	67
<i>Samenvattend</i> .....	<b>68</b>
<i>Kwaliteit</i> .....	<b>68</b>
<b>Analyse.....</b>	<b>71</b>
Besturing.....	72
<i>Gebruik van paradigma</i> .....	72
<i>Duidelijk communiceren</i> .....	73
Kostprijzen .....	75
<i>Gedwongen toepassing</i> .....	75
<i>Onzekerheid van vrijheden</i> .....	76
<i>Kostprijzen en de werkvloer</i> .....	76
<i>Benchmarking</i> .....	77
Besturing en kostprijzen.....	77
<i>Balanced scorecard</i> .....	77
<i>Interne verschuiving</i> .....	78
<i>Klant centraal</i> .....	79
<b>Conclusies en aanbevelingen .....</b>	<b>81</b>
Algemene conclusie .....	81
De besturingsmodellen van ziekenhuizen zijn in ontwikkeling .....	81
Ziekenhuizen worden resultaatgericht en vol vertrouwen.....	82
De DBC voor interne besturing .....	82
Kansen herkennen in frustraties.....	83
Aanbevelingen .....	83
<i>Kennis delen</i> .....	<b>83</b>
<i>Benchmarking</i> .....	<b>84</b>
<b>Referenties.....</b>	<b>87</b>
Artikelen en boekdrukwerken.....	87
Webadressen.....	91
<b>Bijlagen .....</b>	<b>93</b>

# Inleiding

Als iemand in Nederland ziek is, dan heeft hij óf zij recht op zorg. Door een verwachte stijgende zorgvraag en kosten werden er reeds in begin jaren '90 stappen ondernomen om een financieringsstructuur te ontwikkelen waarin dit niet tot extremen kon leiden (zie Historie DBC ontwikkeling voor meer informatie over de ontwikkeling van deze structuur). Sinds 2006 wordt deze zorg vergoed door een zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet (ZVW). Dit is ter vervanging van de ziekenfonds- en particuliere verzekering op basis van de voormalige ZiekenFondswet (ZFW). De nieuwe zorgverzekering dekt noodzakelijke, op genezing gerichte zorg.

Iedereen is verplicht zich te verzekeren en verzekeraars zijn verplicht iedereen te accepteren, daarbij stelt de overheid de inhoud van de basisdekking vast. Hoewel beide verzekeringsvormen zorg garanderen en er voor Nederlandse ingezetenen op dit moment nog weinig directe verandering zijn op te merken, is de financiële vergoedingsstructuur van de ziekenhuizen enorm veranderd. De 'oude' Functiegerichte Budgettering<sup>1</sup> (FB) heeft plaats gemaakt voor een systeem gebaseerd op Diagnose Behandel Combinaties<sup>2</sup> (DBC).

## Functiegerichte Budgettering

Sinds 1988 gold er in ziekenhuizen de zogenaamde Functiegerichte Budgettering, gebaseerd op het zogenaamde FB-model. Aan de hand van zogenaamde functies – met daaraan gekoppelde parameters – wordt het budget van het ziekenhuis vastgesteld. Dit FB-model kent enkele belangrijke componenten: vast kosten, semi-vaste kosten en variabele kosten. Vaste kosten hingen samen met de zogenaamde beschikbaarheidfunctie ofwel de omvang van het verzorgingsgebied, we zouden dit kunnen vergelijken met de 'dekking' van een netwerkprovider van mobiele telefoons (adherentie). Semi-vaste kosten werd gemeten aan de hand van capaciteitsfuncties, zoals erkende bedden en erkende specialistenplaatsen. Variabele kosten zijn gekoppeld aan de productiefunctie en werd doorgaans uitgedrukt in onder andere het aantal patiënten en verpleegdagen. Van andere aard waren de locatiegebonden kosten, dit waren de rente van kapitaalkosten, afschrijvingen en de kosten van onderhoud en energie. Vanwege het normatief vaststellen, vielen deze buiten de werking van het FB-model.

---

<sup>1</sup> Hierna te noemen als FB

<sup>2</sup> Hierna te noemen als DBC

Uitsluitend de productiegebonden kosten zijn van een variabel karakter. Om tot een budget te komen werd in lokaal overleg een omvang bepaald (productieafspraken) en werden richtlijnbedragen vastgesteld voor deze parameters. Het gaf de budgetverstrekker inzicht en de garantie op het te vertrekken budget en de budgetontvangende (ziekenhuizen) een budget om zijn kosten mee te financieren. De bedragen waarmee dit budget totstandkwam, kwamen voort uit gemiddelde kosten die voor de betreffende parameters werden gemaakt. Om druk uit te kunnen oefenen op ziekenhuizen werden de richtlijnbedragen lager gehouden dan de feitelijke kosten. De gedachte, of het resultaat zou zijn, dat het ziekenhuismanagement tot een beperking van deze parameters zou komen en daardoor budgetten niet buitensporig zouden worden.

Een groot nadeel volgens velen was dat een directe relatie met de werkelijke productiekosten ontbrak. In plaats daarvan werd op hoog niveau gebruik gemaakt van normatieve gegevens en gemiddelden waardoor dit systeem was te kenmerken als een verdeelsysteem in tegenstelling tot het huidige systeem wat gezien kan worden als een bekostigingsinstrument.

### Zorgprocessen

Voordat we verder gaan in diepte bekijken we de verschillende zorgprocessen die ziekenhuizen bevatten. We zouden twee actoren binnen de zorgprocessen kunnen onderscheiden. Die van de medisch specialisten en het ziekenhuisbedrijf. De twee zijn als volgt te onderscheiden, waarbij de medisch specialisten, ofwel het medisch specialistische bedrijf<sup>3</sup> (MSB) de medisch specialistische zorg uitvoert en het ziekenhuisbedrijf voornamelijk een faciliterende rol heeft. Medisch specialisten zijn vaak naar specialisme georganiseerd, in maatschappijen, waarbij de productie in zorgeenheden zoals dagopnamen en eerste poliklinische bezoeken word vastgelegd. Deze eenheden vormen ook de basis voor de vergoeding van het MSB. Het ziekenhuisbedrijf beschikt als faciliterende onder andere over de verpleegbedden en verplegend personeel en stelt deze beschikbaar aan het MSB. De vergoeding voor het ziekenhuisbedrijf zit versleuteld in de productieafspraken.

### Het Diagnose Behandel Combinaties systeem

Van de Diagnose Behandel Combinaties kan gezegd worden dat deze ontwikkeld is als een producttypering. De definitie van een DBC<sup>4</sup> is:

---

<sup>3</sup> Hierna te noemen als MSB

<sup>4</sup> Definitie afkomstig uit Basisrequisieten DBC's, Ministerie van Volksgezondheid, 2006

Het geheel aan zorgactiviteiten van ziekenhuis en medisch specialist behorende bij een specifieke zorgvraag van een patiënt.

In deze wordt het product gedefinieerd als het moment dat er een zorgvraag ontstaat bij een persoon, deze een behandeling ontvangt en wordt afgesloten op het moment dat deze zorgvraag wordt gefactureerd (zie voor meer informatie Wat is een Diagnose Behandel Combinatie?). Deze definitie geeft ziekenhuizen meer inzicht in hun diensten. Er wordt een detailniveau aan de kostenbeheersing toegevoegd waardoor het niet alleen makkelijker wordt om te spreken over bepaalde diensten die het ziekenhuis levert maar biedt het ook direct inzicht in de kosten die hiermee gepaard gaan. De ontwikkeling zorgt ervoor dat de interne budgettering beter kan worden afgestemd op de externe omgeving en daarbij zal er concurrerend gedrag kunnen ontstaan tussen ziekenhuizen.

### **Veranderingen**

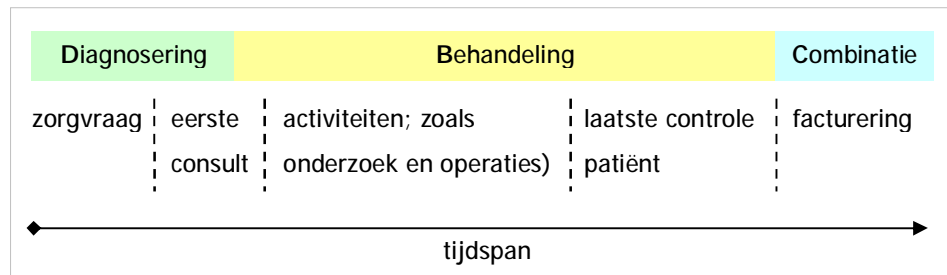
Door de zojuist beschreven verandering zien we twee belangrijke stromen van gevolgen voor betrokken partijen. Een eerste verandering hangt samen met de verschillende taken van functies of organisaties die te maken hebben met de zorgmarkt. Er kan gedacht worden aan veranderingen voor zorgverzekeraars die een beoordelende rol krijgen bij het 'inkopen' van zorg. Ook bij de overheid voor het bewaken van de correcte kwaliteit van de zorg. De Nederlandse bevolking moet zich oriënteren en een keuze maken voor een zorgverzekeraar die goede zorg (kwaliteit) met een juiste financiële kostenvergoeding (prijs) combineert.

Een tweede verandering die gelijktijdig plaatsvindt, is de financiële inzichtelijkheid die een ziekenhuis moet hebben en kunnen tonen aan zijn toezichthouder. In het kader van duidelijkheid en doelmatigheid moet een ziekenhuis producten op de markt zetten. Deze producten worden getypeerd door middel van een DBC (zie Wat is een Diagnose Behandel Combinatie?) en kunnen door zorgverzekeraars worden ingekocht. Zorgverzekeraars staan voor de keus om te bepalen waar deze de zorg inkoopt voor zijn klanten.

Hoe meer de bovenstaande situatie zich ontwikkelt, hoe meer concurrentie een ziekenhuis zal gaan ondervinden, hoe meer marktwerking er optreedt. Dit onderzoek richt zich op het ziekenhuis; speelt deze voldoende in op de situatie? Zijn ziekenhuizen klaar voor de nieuwe situatie? Is de nieuwe situatie ook wenselijk? Hebben ze hun organisatiestructuur aangepast, zijn er nieuwe besturingselementen en -instrumenten aanwezig? Allemaal vragen die hebben meegespeeld tijdens dit onderzoek.

## *Wat is een Diagnose Behandel Combinatie?*

Een DBC is een medische procesbeschrijving. Een DBC omvat alle activiteiten van ziekenhuizen en medische specialisten die voortvloeien uit de zorgvraag van de patiënt. Aan elke DBC (door optelling van alle activiteiten in die DBC) kan een prijskaartje worden gehangen. In de prijs zijn inbegrepen: materialen, afschrijvingen, personeel en een vergoeding voor de medisch-specialistische zorg. Een DBC is dus een combinatie van product en prijs. Over de DBC's zullen de onderhandelingen met zorgverzekeraars plaats moeten vinden.



Illustratie 1 - DBC Uitleg ([www.werkenmetdbcs.nl](http://www.werkenmetdbcs.nl))

Uit bovenstaande illustratie kan afgeleid worden dat een DBC alle activiteiten omvat welke plaatsvinden in het ziekenhuis, voortvloeien uit de zorgvraag en resulteren in een nota. Activiteiten in het ziekenhuis kunnen in dit geval uiteenlopen en zijn afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt en diagnose van de behandelaar (eerste consult).

Brancheorganisaties en ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>5</sup> (VWS) zien de DBC-systematiek als een belangrijk instrument in de overgang naar een vraaggestuurd stelsel voor de gezondheidszorg. De invoering van DBC's leidt tot meer transparantie, wat een voorwaarde is naar gereguleerde marktwerking.

Om de overgang, tussen de twee financieringsmogelijkheden te faciliteren worden alle DBC's, dus alle geleverde producten van ziekenhuizen, onderverdeeld in segmenten; het zogenaamde A en B segment. Segment B omvat alle DBC's die door vrije prijsvorming worden vergoed, door middel van de nieuwe financieringsstructuur waarin de zorgverzekeraar uiteindelijk de kosten zal vergoeden. Segment A omvat de DBC's die op 'oude' manier worden gefinancierd, door middel van de FB structuur. De prijzen voor DBC's in het A segment worden landelijk vastgesteld en zijn in elk ziekenhuis gelijk.

De ruimte voor vrije prijsvorming in de ziekenhuizen is voor 1 januari 2008 vastgesteld op 20% in de planbare zorg. Dit houdt in dat segment B 20% van alle

<sup>5</sup> Hierna te noemen als VWS

DBC's omvat en segment A de overige 80%. In de hoofdstukken Historie DBC ontwikkeling en Heden en toekomst volgt een bredere uitleg hoe deze transitie van segment A naar B in de praktijk zal plaatsvinden.

### *Historie DBC ontwikkeling<sup>6</sup>*

Begin jaren zeventig moest een staatscommissie, te weten als de commissie Biesheuvel, zich heroriënteren op de overheidsvoorlichting. Openheid van de overheid tegenover de burger was het doel. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in het inwerking treden van de wet openbaarheid van bestuur<sup>7</sup> (Wob) in 1980.

In januari 1994 presenteerde de commissie Biesheuvel zijn rapport waarin de commissie stelt dat de Nederlandse zorg tot de beste van de wereld behoort. De prijs die betaald moet worden voor deze kwaliteit is echter aanzienlijk maar niet onredelijk te noemen. Vanwege een verwachte, stijgende zorgvraag (onder andere door toenemende vergrijzing) stelt de commissie vast dat de gezondheidszorg kritisch moet worden gevolgd. De commissie is van mening dat er moet worden gekeken naar een doelmatigere organisatie en een goede kostenbeheersing. Vanuit deze gedachte richt de commissie zich vooral op het curatieve zorgaanbod.

Een jaar later, in 1995, wordt in het regeerakkoord opgenomen, de aanbevelingen van de commissie Biesheuvel uit te voeren. Halverwege datzelfde jaar werd een nota ingediend waarin is opgenomen dat het wenselijk was te komen tot geïntegreerde organisaties vanuit medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg. Redenen zijn dat beide onlosmakelijk verbonden zijn aan elkaar en een gezamenlijke taak hebben waarin de patiënt centraal staat.

Nog eens 5 jaar later, in 2000, worden partijen als Zorgverzekeraars Nederland<sup>8</sup> (ZN), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen<sup>9</sup> (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten<sup>10</sup> (OMS), de Vereniging van Academische Ziekenhuizen<sup>11</sup> (VAZ) en het VWS gebonden aan een vastgestelde invoeringsdatum om producttypering in de curatieve zorg professioneel en integraal aan te pakken.

Uiteindelijk wordt er besloten in januari 2003 om met 17 ingrepen (ruim 100 DBC's) te experimenteren met vrije prijsvorming, het zogenaamde fase 1 van het

---

<sup>6</sup> Gebaseerd op informatie afkomstig van <http://www.stah.nl/199016ks03.htm>: \*

<sup>7</sup> Hierna te noemen als Wob

<sup>8</sup> Hierna te noemen als ZN

<sup>9</sup> Hierna te noemen als NVZ

<sup>10</sup> Hierna te noemen als OMS

<sup>11</sup> Hierna te noemen als VAZ

DBC-conceptplan. Deze zouden als beantwoording dienen bij de vraag op welke wijze een volgende fase van de invoering van de DBC-systematiek kon worden ingevoerd.

Op 1 januari 2005 zijn de DBC's uiteindelijk geïntroduceerd nadat eerder 1 juli 2004 niet haalbaar bleek. Sinds februari 2005 zijn de HOZ en WTG Expres in werking getreden, waarmee tien procent marktwerking voor segment B is ingegaan.

### *Heden en toekomst*

Het huidige segment B zal worden uitgebreid en daardoor zal segment A verkleinen. Het procesmatig uitbreiden van het segment B is reeds gestart en ook in een huidig regeerakkoord (van 7 februari 2007) zijn daarover besluiten opgenomen:

... investeren in draagvlak bij patiënten en professionals om samen te werken aan het bestrijden van onnodige bureaucratie, het vergroten van het plezier in werken in de zorg en de ontwikkeling richting 'best practices' (Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie, 7 februari 2007, p. 39).

De ruimte voor vrije prijsvorming in de ziekenhuizen (cure) is thans 10% in de planbare zorg. In 2007 wordt besloten tot een tweede stap naar 20% in 2008, wederom in de planbare zorg (Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie, 7 februari 2007, p. 41).

Ten tijde van schrijven vinden er gesprekken plaats om voor het segment A, de overgebleven 80% uit het regeerakkoord, een zogenaamd kostenstijgingplafond vast te stellen. Dat wil zeggen dat voor een deel van het segment A een maximale prijs wordt vastgesteld gebaseerd op normbedragen.

Door sommigen wordt gezegd dat de verhouding tussen segment A en B uiteindelijk 40%-60% wordt, anderen zeggen dat dit wellicht uitkomt op 30%-70%. Hoeveel dit exact zal bedragen is voor dit onderzoek niet belangrijk. Wat belangrijk is, en als leidraad te gebruiken is, is de groeiende toename van segment B.

## **Complexe situatie**

Het eenvoudige beeld wat binnen deze inleiding is beschreven berust op een complexe situatie waarin de realiteit niet zo eenvoudig en doorzichtig is:

- Verschillende partijen worden met elkaar geconfronteerd. Ziekenhuizen moeten zich financieel, kwalitatief en ethisch verantwoorden naar onder andere verzekeraars, overheid, brancheorganisaties en maatschappijen van medisch specialisten. Op hun beurt stellen zij beleidsstukken, principes, modellen, systemen, wensen en eisen op aan de manier waarop het ziekenhuis zijn werkzaamheden uitvoert, waarop het zijn activiteiten registreert en rapporteert.



- Niet eens altijd beschikt het ziekenhuis over de zeggenschap, of de middelen om zijn eigen organisatie volledig te besturen. Zoals we zojuist hebben aangegeven is een ziekenhuis niet één organisatie maar bestaan er verschillende organisatie die samen het ziekenhuis vormen.
- Ook de omgeving speelt een enorme rol waarbij het zelf ook de DBC's van buitenaf heeft opgelegd aan ziekenhuizen. Een beleidsstuk of -maatregel in een reeks van velen. Dat deze niet altijd evengoed worden ontvangen is te verwachten en er is veel communicatie nodig om de noodzaak, de mogelijkheden en de volledige integratie van deze binnen de organisatie van een ziekenhuis te krijgen.

Zoals gezegd wordt de complexe situatie voor ziekenhuizen niet alleen vormgegeven door zijn omgeving maar ook zijn interne organisatie. Op de externe omgeving kan moeilijk invloed worden uitgeoefend, op de interne organisatie zou dit wel kunnen. In dit document ligt de concentratie op de interne organisatie waarbij het belangrijk is te onthouden dat de externe omgeving zeker zijn stempel nalaat op de organisatie.



# Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk volgt een uiteenzetting van de onderzoeksopzet. Het begint met een korte beschrijving van de opdrachtgever van dit onderzoek. Vervolgens wordt de probleemstelling of de aanleiding van dit onderzoek gegeven. Het daarop volgende onderdeel bevat een definitie van de verschillende kernbegrippen uit de probleemstelling.

Om de probleemstelling te beantwoorden zijn enkele onderzoeksvragen opgesteld en volgt een doelstelling van het onderzoek waarin onder andere het projectkader en doel wordt beschreven.

Vervolgens volgt de onderzoeksoptiek, een zogenaamd karakterisering van het onderzoek, het onderzoeksmodel wat een globaal overzicht geeft van de stappen die gezet moeten worden en een onderzoeksplan waarin uiteengezet wordt hoe we die stappen gaan nemen uit het onderzoeksmodel.

Tot slot een afbakening van dit onderzoek om aan te geven waar de grenzen van dit onderzoek liggen.

## Opdrachtgever

Het afstudeeronderzoek is verricht in opdracht van de Stichting DBC-Onderhoud<sup>12</sup>. De organisatie is in 2005 opgericht door partijen in de zorg zoals ziekenhuizen, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en medisch specialisten. DBC-Onderhoud is een onafhankelijke, deskundige, innovatieve stichting. Het is een onderhoudsorganisatie - expertisecentrum – dat het DBC-systeem (vb. administratie- en declaratiesysteem) laat aansluiten bij ontwikkelingen in het werkveld en volgens wensen van de gebruikers. Daartoe consulteert het met de eerdergenoemde partijen in de zorg.

Verbetervoorstellen worden via de Nederlandse Zorgautoriteit<sup>13</sup> (NZa) en College van Zorgverzekeringen ter beoordeling voorgelegd, waarna DBC-Onderhoud deze kan doorvoeren en benodigde informatie kan doorspelen naar de gebruikers. Om contact te houden met alle partijen biedt het praktische hulp aan bij het werken met DBC's. Drie activiteiten staan centraal:

---

<sup>12</sup> Hierna te noemen als DBC-Onderhoud

<sup>13</sup> Hierna te noemen als NZa

- het introduceren van nieuwe DBC's en het aanpassen van bestaande DBC's in consultatie met de Wetenschappelijke Adviesraad van DBC-Onderhoud (denk bijvoorbeeld aan tariefberekening);
- het onderhouden en verbeteren van de DBC-systematiek (homogene kosten en werklust binnen de productstructuur);
- het ontwikkelen en implementeren van ondersteunende diensten en producten gericht op het opleiden en informeren van de klanten van DBC-Onderhoud.

## Probleemstelling

Aanleiding tot dit onderzoek is de algemene vraag: "*Zijn ziekenhuizen klaar voor meer marktwerking?*". Omdat dit geen onderzoekbare vraag is binnen gestelde eisen aan deze afstudeerscriptie, moet hierin een focus worden aangebracht. Dit doen we door twee aannames te doen:

- Marktwerking neemt, volgens verschillende personen, verschillende vormen aan (Paulus, van Raak en Mur-Veeman, 2001). Het weten van de kosten per product, wanneer men accuraat een bepaling van zijn prijsvorming wil doen, is een vereiste voor de organisatie. Zelfs op een hoger niveau is het belangrijk voor de bepaling van de strategische positie en het kunnen opereren in een markt.
- Organisaties worden bestuurd. In termen van niveaus geldt er een hoger niveau in een organisatie waar langere termijn doelen worden uitgezet. Het is vanaf dit niveau waar lange termijn doelen worden vertaald naar een lager niveau in de organisatie.

Dit onderzoek wil daarbij de link leggen tussen een gewenst besturingsmodel en de manier waarop het huidige kostprijzenmodel deze kan faciliteren.

*Hoe moeten ziekenhuizen hun interne sturing vormgeven als gevolg van wijzigingen in de financiële bekostigingsorganisatie?*

## Begripsdefinities

Om duidelijkheid te geven over het onderwerp en bijbehorende begrippen te verduidelijken volgt in dit hoofdstuk een uiteenzetting van de kernbegrippen.

### Ziekenhuizen

Wanneer er in dit onderzoek wordt gesproken over ziekenhuizen wordt daarmee zorginstellingen binnen de curatieve markt bedoeld. Tenzij anders vermeld, wordt hierbij de volledige organisatie als centrale instelling in de zorg te weten als het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Zowel het medisch specialistische bedrijf als de faciliterende ziekenhuisorganisatie als geheel.

### **Interne sturing**

Deze bevat alle elementen van bedrijfsvoering, in bijzondere de elementen waarmee er sturing plaatst vind tussen verschillende organisatieniveaus.

### **Vormgeven**

Hiermee wordt het definiëren van een nieuw model bedoeld waarbij slechts de contouren of een schets worden gegeven en er niet op specifieke instrumentaria of feitelijke, directe invulling wordt ingegaan.

### **Financiële bekostigingsorganisatie**

Hiermee bedoelen we het geheel wat we onder een kostprijsmodel aantreffen. Het betreft hierbij onderdelen als de activiteitenregistratie, totstandkoming van de kostprijzen en de uiteindelijke uitkomsten, kostprijzen per product.

## **Onderzoeksvragen**

Om eerder genoemde probleemstelling te beantwoorden zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

- Wat is een besturingsmodel en welke besturingsmodellen zijn er?
- Hoe ziet het nieuwe kostprijsmodel eruit?
- Wat betekent het kostprijsmodel in de praktijk?
- Welke veranderingen in het besturingsmodel zien we gekoppeld aan de veranderingen in de financieringsstructuur?
- Hoe kan tactisch management binnen ziekenhuizen beter sturen?
- Welke stimulans/verbetering kan DBC-Onderhoud de ziekenhuizen nog bieden?

## **Doelstelling**

Om de doelstellingen van het onderzoek te definiëren kan het meer duidelijkheid scheppen door eerst een projectkader vast te stellen. Dit projectkader is in summiere vorm een samenvatting van de reeds voorgelegde situatie.

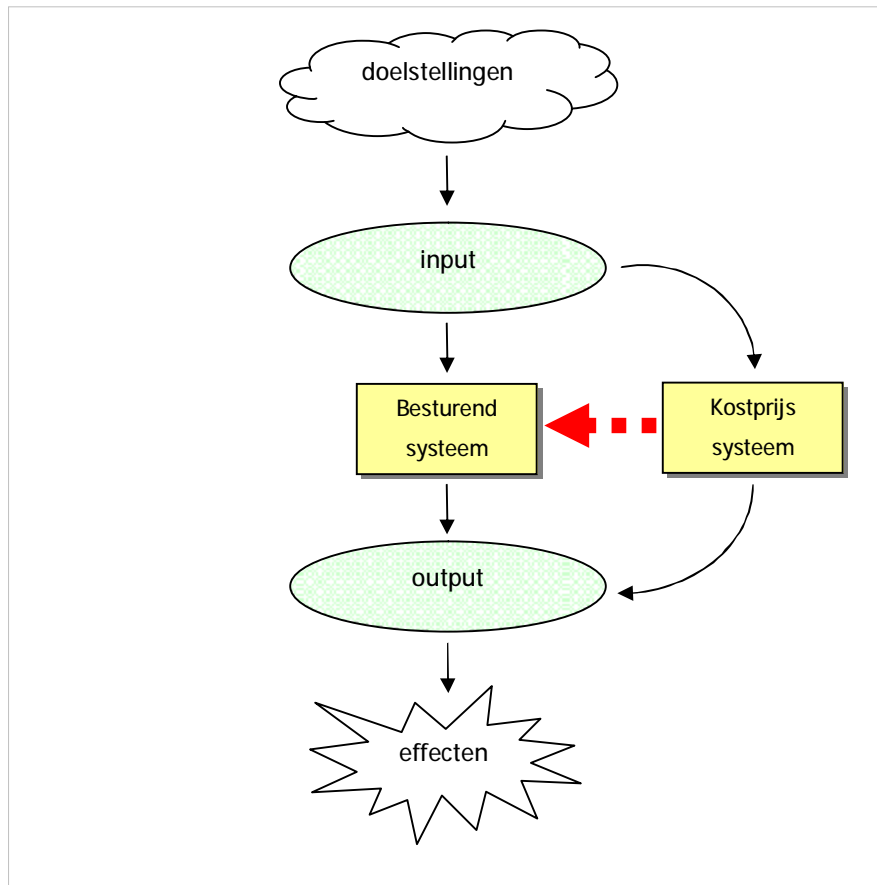
## *Projectkader*

Ziekenhuizen hebben veranderingen meegemaakt op het gebied van hun kostprijsstelsel. Veranderingen hebben ertoe geleid dat ziekenhuizen hun gegevens landelijk moeten aanleveren en dat een toezichthouder dit nauwlettend in de gaten houdt. Inmiddels heeft het kostprijsstelsel nog niet zijn intreden gedaan in de besturing van de organisatie, ondanks dat deskundige (op het kostprijzen gebied) hiervoor reeds voor hebben gepleit.

## *Doel*

Het onderzoek heeft tot doel het in kaart brengen van de huidige situatie in ziekenhuizen met betrekking tot het kostprijsmodel en de veranderingen in besturingsmodellen, als gevolg van veranderingen in de financiering. Het onderzoek zal hierop ingaan door inzicht te geven in de toepassingmogelijkheden van het kostprijsstelsel binnen die besturing.

Om de modellen uit te leggen worden deze dikwijls gepresenteerd door middel van een figuur. Hiervoor wordt nog wel eens een blackbox gebruikt. Wanneer we iets willen zeggen over de "werkelijkheid" en dit wensen te projecteren in de vorm van een theoretisch construct, kan een blackbox uitkomst bieden. Het beschrijft een systeem waarvan de inhoud ons onbekend is of niet interesseert. Tijdens dit onderzoeken richten we ons op de manier waarop het kostprijsstelsel het besturingssysteem kan complementeren of dienen. We zouden daarvoor een onderscheid kunnen maken als volgt:



**Illustratie 2 - Onderscheid in doelen**

Het kostprijsstelsel bevat hierbij voorgeschreven regels die gehanteerd moeten worden om tot de juiste output te komen. Er kan gedacht worden aan de wettelijke regels die beschreven staan in het document *Calculatieprincipes Verantwoordingskostprijs*, uitgegeven door de NZa.

Gegeven de verandering in financiering en ingebruikname van de DBC-systematiek (het kostprijsmodel) voorziet DBC-Onderhoud een behoefte aan een nieuw besturingsmodel in ziekenhuizen. Het is niet het doel van DBC-Onderhoud hierop een éénduidig antwoord te geven naar het te gebruiken besturingsmodel, wél wil het meer inzicht hebben in de rol die het kostprijsmodel kan spelen in dit besturingsmodel. DBC-Onderhoud wil meer inzicht in de mogelijkheden die het kostprijsmodel kan bieden en op welke wijze deze het besturingsmodel ofwel de organisatie kan dienen.

## Onderzoeksoptiek

Het is mogelijk een onderzoek te kenmerken aan de hand van een onderzoeksoptiek. Een onderzoeksoptiek is een karakterisering van het onderzoek (Verschuren en Doorwaard, 2000). Dit helpt het onderzoek bij het onderscheiden van hoofdzaken en bijzaken en bij de formulering van de doelstelling van het onderzoek. We kunnen de volgende theoriegerichte optieken onderscheiden:

- Theorieontwikkeland onderzoek: Veranderingen in de praktijk kunnen vragen om de concretisering (nieuwe theorie) van een begrip door middel van een literatuur studie.
- Theorietoetsend onderzoek: Hypothesen toetsend, hierbij wordt een bestaande theorie of meerdere theorieën gevalideerd.

En de praktijkgerichte optieken, waarbij een interventie ter verandering van een praktijksituatie centraal staat, zoals:

- Probleemsignalerend onderzoek: Hierbij wordt een scheiding gelegd tussen een wenselijke en feitelijke situatie. Er moet duidelijk worden, waarom iets een probleem is en niet zozeer gezocht worden het directe oplossen ervan.
- Diagnostisch onderzoek: Hierbij wordt uitgegaan van het disfunctioneren van een systeem en wordt er inzicht verkregen in achtergronden en samenhang van problematiek (vaak binnen één thema).
- Ontwerpgericht onderzoek: Vaak gebruikt op te komen tot structurele of beleidsmatige oplossingen.
- Verandergericht onderzoek: Hierbij wordt een oplossing of verandering gecontroleerd aan de hand van een controlelijst (ook wel monitoringproject).
- Evaluatieonderzoek: Hierbij vindt een beoordeling plaats aan de hand van vooraf vastgestelde criteria.

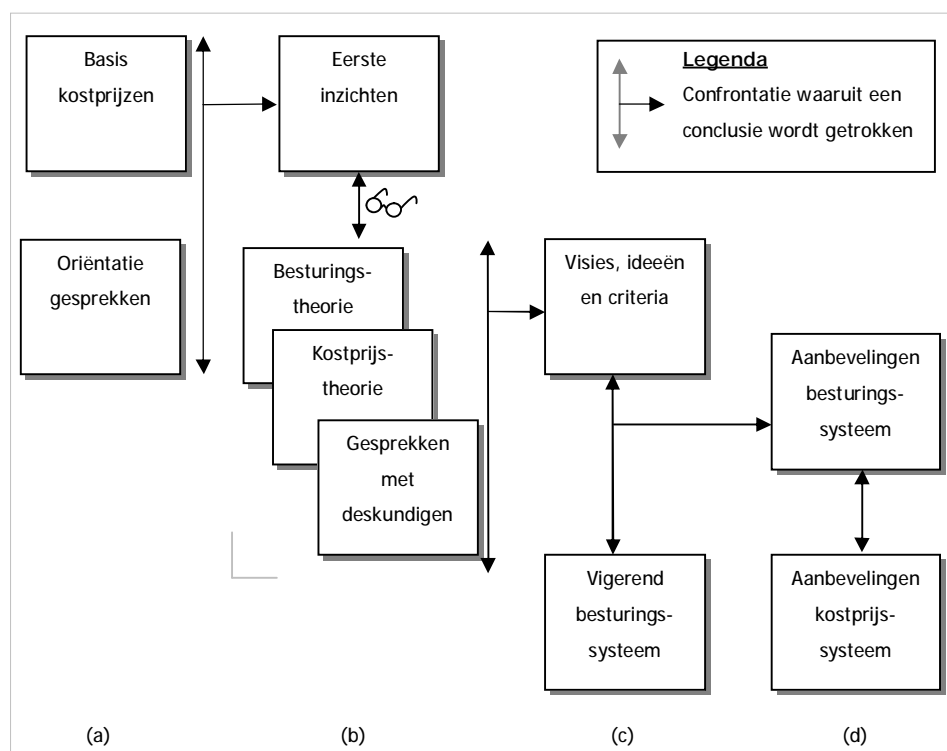
In dit onderzoek willen we uitspraken doen over de toepassing van het kostprijsstelsel binnen het (bestaande) besturingssysteem. Er is de verwachting van een probleem - diagnose lijkt hier van toepassing. Zelf staan we buiten de situatie waarover we uitspraken willen doen en bekijken we 'van een afstand' wat zich binnen de onderzoekssituatie afspeelt. Om die reden zijn we verkennend (of explorerend) bezig om meer inzicht te krijgen in de situatie en daar uitspraken aan te verbinden.

De onderzoeksoptiek kan worden omschreven als een (explorerend) diagnostisch onderzoek.



## Onderzoeksmodel

Volgens Verschuren en Doorewaard (2000) is uit ervaring gebleken dat een onderzoeksmodel nuttig is om een globaal overzicht (visualisering) te krijgen over de stappen die gezet moeten worden. Een dergelijk model geeft schematisch weer, in één oogopslag, op welke wijze het onderzoek is opgebouwd. In Illustratie 3 - Onderzoeksmodel wordt het onderzoeksmodel gegeven van dit onderzoek, in basis volgens richtlijnen opgesteld door Verschuren en Doorewaard (2000) aangevuld met visuele ondersteuning.



Illustratie 3 - Onderzoeksmodel

### Verwoording

Volgens Verschuren en Doorewaard (2000) kan er een duidelijk beeld van het onderzoek worden verkregen door het onderzoeksmodel te verwoorden. Om Illustratie 3 - Onderzoeksmodel daarom te verduidelijken is het model als volgt verwoord:

(a) De voorstudie vormt zich door middel van bestudering van basisliteratuur kostprijzen en kostprijsystemen. Oriënterende gesprekken met deskundigen (uit ziekenhuizen) bieden verdere inzichten. (b) De hieruit gevormde inzichten in de praktijksituatie worden gebruikt als invalshoek (bril) tijdens bestudering van terzake doende wetenschappelijke literatuur. (c) Vervolgens komen hieruit nieuwe

visies/ideeën of criteria waaraan het huidige besturingssysteem zou moeten voldoen, gezien vanuit een ideaal situatie, geëvalueerd tegen de huidige situatie. (d) Dit resultaat in uiteindelijke aanbevelingen voor het besturingssysteem in ziekenhuizen en aanbevelingen richting het kostprijsstelsel ofwel DBC-Onderhoud.

In het hoofdstuk Onderzoeksplan wordt het onderzoeksmodel uitgebreid beschreven aan de hand van een globaal, voorgenomen plan.

## Onderzoeksplan

De onderzoeksinstrumenten die gebruikt zijn tijdens dit onderzoek zullen de volgende zijn:

- Literatuur studie (bestaande gegevens)
- Oriënterende interviews (telefonische interviews)
- Informatieve interviews (rechtstreekse interviews)
- Case studie (1 ziekenhuis)

Het onderzoek start met basisliteratuur over het kostprijsstelsel (beschikbaar bij de opdrachtgever) en oriënterende interviews met betrokken uit ziekenhuizen. Hierbij valt te denken aan kostprijsdeskundigen die inzichten kunnen leveren over de situatie zoals die er bestaan. In deze fase wordt het onderzoek geformuleerd en wordt het voldoende afgebakend.

De volgende fase vormt de inleiding voor het praktijkonderzoek. Hierin worden relevante literatuurstudies betrokken en gespiegeld aan het onderzoek. Kenmerkend is het gebruik van bestaande literatuur. Door middel van een literatuur studie wordt er een antwoord nagestreefd om kennisvragen te beantwoorden.

Op basis van vakliteratuur zullen vervolgens vragen en inzichten worden geformuleerd om tijdens praktijkstudie te gebruiken. Uiteindelijk resulteert dit in een vragenlijst en eventuele gecombineerd model van kostprijs/besturing voor hantering tijdens informatieve interviews.

Literatuuronderzoek moet voldoende inzichten hebben geleverd waardoor in de fase praktijkonderzoek er een theoretisch kader ten grondslag ligt. Dit kader kan vervolgens in de praktijk worden getest en verbeterd.

Interviews kunnen mogelijk nieuwe perspectieven naar voren brengen. Interviews worden verricht met onder andere kostprijsdeskundigen uit ziekenhuizen maar ook met deskundigen die zijdelings betrokken zijn bij ziekenhuizen. Hierbij valt te denken aan medewerkers van DBC-Onderhoud en de grondleggers van de DBC-systematiek. We onderscheiden oriënterende interviews, die ten grondslag liggen aan de onderzoeksopzet en begripsbepaling en de informatieve interviews die een

gestructureerd karakter hebben, waarbij informatie ter beantwoording van de onderzoeksvragen voorop staat.

Het bezoek aan een ziekenhuis moet meer inzicht geven in de omgeving en het handelen van ziekenhuizen in een algemene zin. Hierbij wordt een ziekenhuis bezocht die al gevorderd is in het opzetten van kostprijzen en daarbij bepaalde bevindingen heeft geconstateerd.

Deze praktijkfase biedt uiteindelijk inzichten in de praktische toepassingsmogelijkheden en verbeterde uitspraken over eerder geschetste theoretische modellen.

Ten slotte vindt de concludering , aanbevelingen en reflectie plaats van het onderzoek.

## Afbakening

De nadruk bij het verzamelen van gegevens in dit onderzoek ligt bij ziekenhuizen die reeds bezitten over voldoende mate van kostprijsdeskundigheid. Hierbij gelden twee belangrijke voorwaarden:

- Het ziekenhuis ondergaat of onderkent verandering in zijn besturingsmodel.
- Het ziekenhuis heeft minimaal twee jaar ervaring met het maken van kostprijzen per DBC.

Tenminste één ziekenhuis wordt bezocht. Er wordt aangenomen dat vanuit de situatie bij dit ziekenhuis een beeld kan worden gevormd om uitspraken te doen die zouden gelden voor andere (zometer alle) ziekenhuizen. Details worden daarbij bespaard om een meer generalistisch beeld te vormen.

Een andere keuze in dit onderzoek is, om slechts kostprijsdeskundige en direct betrokkenen te betrekken in dit onderzoek. Dat wil zeggen dat er in mindere mate aandacht wordt besteedt aan het management (op directieniveau) van ziekenhuizen en anderzijds de werknemers op de werkvloer.



## Theoretisch kader

Een theoretisch kader dient als raamwerk, of brug, tussen de probleemstelling en het praktijk (empirische) onderzoek. Op basis van dit theoretische kader worden de deelthema's uit de probleemstelling verder uitgediept. Dit zal dienen als basis voor de verantwoording van inhoudelijke keuzes in de onderzoeksopzet en de operationalisatie. Uiteindelijk vormt het een onderdeel van waaruit de onderzoeksresultaten verklaard kunnen worden.

In het eerste deel van dit theoretische kader zal er een antwoord worden gezocht op de onderzoeksvraag: "*Wat is een besturingsmodel en welke besturingsmodellen zijn er?*". In een vervolg wordt literatuur uiteengezet om de onderzoeksvraag, "*Hoe ziet het nieuwe kostprijsmodel eruit?*" te beantwoorden.

### Besturingsmodel

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag: "*Wat is een besturingsmodel en welke besturingsmodellen zijn er?*" is gebruik gemaakt van verschillende theorieën en geschreven literatuur.

#### *Het begrip "sturing"*

Zoals vermeld in de probleemstelling wordt de interne sturing gebruikt als deelthema en zal een nadere analyse hiervan noodzakelijk zijn. Maar wat is interne sturing?

Sturing komt van het werkwoord sturen, wat in deze betekent: "*op de gewenste manier laten werken*" (Van Dale Taalweb<sup>14</sup>). Hoewel we nog een mogelijk onderscheid kunnen maken tussen sturen en besturen, door het meer suggestief karakter van sturen en het meer hands-on karakter van besturen, worden beide termen erkend en zullen beide dienen ter verduidelijking van het deelthema. Het andere deel van het deelthema, intern, slaat op datgene waarop de sturing van toepassing is, nam. de interne organisatie. Het deelthema betekent dus dat het door middel van sturingselementen de interne organisatie op een gewenste manier willen laten werken of functioneren.

Ook in theorie is er veel over geschreven, bijvoorbeeld door De Leeuw, onder andere in zijn drukwerk "De wet van de bestuurlijke drukte (1984)" omschrijft hij

---

<sup>14</sup> Van Dale Taalweb is een gratis beknoppte, online versie van het eendelige woordenboek: Van Dale Hedendaags Nederlands.

besturen als *"produktie van gerichte invloed"*. Meer uitgebreid beschrijft De Leeuw (1984:8) *"Daar waar sprake is van activiteiten met het oogmerk zaken anders (hopelijk beter) te laten verlopen dan zonder die activiteiten het geval zou zijn geweest is sprake van besturing"*. Taale (2004) ontleend in zijn scriptie het begrip sturing van Starreveld, R.W., De Mare, H.B. en Joëls, E.J. en omschrijft het als *"sturing gaat vooral om het tot stand brengen en het tot uitvoering brengen van beslissingen/plannen"*. We leiden hier meer concreet uit af dat wanneer er een opdracht, instructie, commando of aanwijzing wordt gegeven, er een vorm van besturing plaatsvindt. Er vindt al besturing plaats als we bij iemand een koffie bestellen; immers krijgen we geen koffie als we deze niet bestellen en dus iemand aanzetten tot het ondernemen van actie.

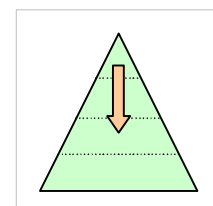
In zijn drukwerk "De wet van bestuurlijke drukte" (2001:43) beschrijft De Leeuw ook het begrip bestuurbaarheid. Bestuurbaarheid is de mate waarin is zich laat besturen en is afhankelijk van eigenschappen wat datgene heeft wat we willen besturen. Maar ook afhankelijk van omgevingsfactoren en het gestelde doel wat we willen bereiken. Naast deze factoren is de tijd een bepalende factor, echter is deze te vereenvoudigen tot een dimensie van het doel wat wordt gesteld. Als we spreken over, of nadenken over, een sturingsconcept is het daarom belangrijk ook in acht te nemen wat de bestuurbaarheid van het object is wat we willen besturen. Enkele gedachten bij dit thema; staat het object ons toe om zich te laten besturen; is er een relatie tussen het object en onszelf om sturing mogelijk te maken; zijn er omgevingsfactoren die het object anders kan laten reageren als logisch mag worden aangenomen wanneer het wordt gestuurd? Ook kan er, zoals gezegd, een tijdsaspect belangrijk zijn bij besturing; kunnen we het object niet alleen vandaag besturen, maar ook morgen; kunnen we veranderingen verwachten die sturing onmogelijk of tegen zullen werken? Verschillende van deze onderwerpen zijn belang bij het ontwikkelen of denken aan sturingsconcepten binnen elke organisatie.

### *Denkbeelden van sturing*

Om iets kunnen zeggen over besturingssystemen of elementen in een organisatie moeten we iets weten over de verschillende denkbeelden van sturing die er bestaan. Edgar Taale beschrijft in zijn scriptie, "Naar een resultaatgerichte informatievoorziening" (2004), verschillende denkbeelden over sturing die hij sturingsconcepties noemt. Hierin onderscheid hij de volgende:

- Klassiek sturingsparadigma

Dit paradigma veronderstelt dat er een besturend orgaan (centrum) bestaat, dat doelstellingen heeft en

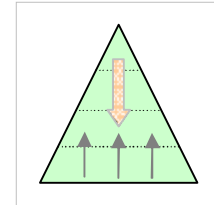


verwezenlijkt. Het verwezenlijkt deze doelstellingen door sturing aan een bestuurd systeem (object), waarmee het een hiërarchische relatie heeft. Dit paradigma kan worden omschreven als een *top-down* model, waarin sturing van bovenaf naar beneden vloeit in de organisatie.

- Multi-actor model

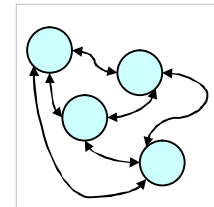
Dit model wordt karakteriseert als *bottom-up*, waarin sturing plaatsvindt op basis van voorwaarden die het beoogde bewerkstelligen zonder tussenkomst van een besturend orgaan.

Een dergelijk model moet ruimte laten voor lokale besluitvorming en komt vaak voor bij decentralisatie, zelfsturend vermogen en privatisering.



- Netwerkmiddel

Het netwerkmodel bestaat wanneer er verschillende autonomen actoren zijn, geen van de actoren heeft (directe) macht om strategieën van andere te bepalen.



Taale besluit het stuk over sturingsconcepties door te noemen dat een klassiek sturingsparadigma zinvol is in gebruik bij bekende, eenduidig te definiëren problematiek, waarvoor geijkte standaardoplossingen bestaan. Ook in crisissituatie, waarin helderheid en besluitvorming erg belangrijke zijn kan een klassiek sturingsparadigma meer succesvol zijn dan de overig genoemde modellen. De overige modellen, het multi-actor model en netwerkmodel, zouden meer kans op succes hebben bij problemen die afwijken van een kant en klare oplossing en eenduidige definitie.

Hieruit kunnen we afleiden, dat bij een veranderlijke omgeving, kennisintensieve en professionele organisatie (gegeven de situatie van ziekenhuizen, van onder andere een vlucht naar marktwerking en decentralisatie) een multi-actor of netwerkmodel de voorkeur zal hebben. Door het ontstaan en het verwachten van de ziekenhuisorganisaties om zich meer ondernemend en innoverend te gaan gedragen, moeten deze meer en meer in staat zijn zichzelf te besturen. Dat wil zeggen dat deze organisaties meer moeten gaan besturen vanuit zichzelf. De Leeuw zei al eens: "*Goed bestuurbare organisaties zijn organisaties die een groot vermogen hebben zichzelf te besturen. Daarbij hoeft de leiding zich niet met alle details te bemoeien ... Delegatie, eigen initiatief en speelruimte, verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor de medewerkers zijn sleutelwoorden.*" (2001:49). Er zal geprobeerd moeten worden minder besturing toe te passen om te komen tot het gewenste, hoger gelegen einddoel.

## Besturingssystemen

Merchant en Van Der Stede (2003) beschrijven in hun boek zogenaamde management besturingssystemen<sup>15</sup>. Een management besturingssysteem is een verzameling mechanisme die managers hanteren om grip te krijgen op hun organisatie (hun organisatie te kunnen besturen). In de breedste zin omvat dit alles wat managers doen om ervoor te zorgen dat hun strategieën en plannen worden uitgevoerd en waarnodig, worden aangepast. De benadering in hun boek is proactief, wat inhoudt dat er besturingselementen of mechanismen worden ontworpen om problemen te voorkomen en mensen aan te moedigen, ze te laten doen wat bedoeld is en soms te dwingen iets uit te voeren. De auteurs omschrijven enkele noodzakelijke voorwaarden voordat er een succesvol management besturingssysteem kan worden ontworpen:

- **Doelen** moeten beschrijven wat de organisatie wil bereiken en moeten duidelijk zijn voor iedere werknemer. Deze doelen worden ook wel ons gevat onder de term doelstellingen of mission statement.
- **Strategieën** moeten formuleren hoe de middelen van een organisatie worden gebruikt om de doelen te verwezenlijken. Merchant en Van Der Stede omschrijven strategieën ook wel als, "*beperkingen die managers op zichzelf en hun werknemers opleggen om te dwingen de organisaties activiteiten te laten uitvoeren waar de organisatie goed in is*". Kort door de bocht houdt dat in dat een ziekenhuis zich niet met de productie van kartonnen dozen moet bezig houden, het behoort immers niet tot iets waar de organisatie goed in is of met huidige middelen en kennis logischerwijs goed in zal worden.

Een voorbeeld waarin een combinatie van doelen en strategieën worden verenigd in een mission statement is te vinden bij easyJet<sup>16</sup>:

We geven onze klanten graag veilige, voordelige en rechtstreekse vluchten. We willen op een flink aantal Europese routes een consistent en betrouwbaar product aanbieden tegen aantrekkelijke tarieven voor de zakelijke en vrijetijdsmarkt. Om dit te kunnen bereiken leiden we onze mensen op en streven we naar duurzame relaties met onze leveranciers.

Dit mission statement bevat in wezen twee onderdelen, de eerste twee zinnen geven een duidelijk doel weer, waar de laatste regel een strategie weergeeft. Er mag worden aangenomen dat deze doelen en strategieën intern helder gespecificeerd zijn

<sup>15</sup> Management besturingssystemen is een vertaling van het engelse "*Management Control Systems*"

<sup>16</sup> Bron: easyJet website ([http://www. easyjet.com NL/ Over/index. It th](http://www.easyjet.com/NL/Over/index.htm)) \*



uitgewerkt, omdat een dergelijke presentatie van de doelen en strategie ook problemen kan oproepen. Mogelijke problemen, die door Merchant en Van Der Stede worden genoemd, en de hoofdzakelijke problemen waren bij verschillende, door hun onderzochte management besturingssystemen (of juist het ontbreken daarvan omwille van deze problemen):

- Het ontbreken van richting: Dit treedt op wanneer het voor een werknemer onduidelijk is wat er van hem wordt verwacht.
- Motivatie problemen: Individuen zijn van nature geïnteresseerd in zichzelf. Werknemer en managers neigen soms keuzes te maken die positieve gevolgen hebben voor zichzelf maar niet voor de organisatie.
- Persoonlijke beperkingen: Soms bezitten mensen niet de nodige kennis, trainingen, ervaringen of intelligentie om bepaalde taken uit te voeren. Maar het kan ook voorkomen dat de beschikbare informatie niet voor hen beschikbaar is.

Om bovenstaande problemen niet te laten optreden zou de organisatie (of het besturingssysteem) er op toe moeten zien dat werknemers en managers maximaal zijn geïnformeerd over de verwachtingen (doelen), ze voldoende worden beloond voor het behalen van voorgedefinieerde resultaten, ze uitdaging aantreffen in hun taken en over voldoende kennis van zaken en informatie beschikken om hun taken te volbrengen. De beschreven, noodzakelijk situatie is nagenoeg niet te bereiken en moet ook geen uitgangspunt zijn bij het ontwerpen van een dergelijk systeem. Bij het ontwerpen van een besturingssysteem moet er nagedacht worden over een *optimale* vorm van besturing, geen *perfecte* besturing, maar een optimale balans tussen de opbrengsten van de implementatie van de besturing en de kosten die daarmee gemoeid zijn. Volgens Merchant en Van Der Stede bestaan er ook manieren om verschillende problemen tegen te gaan, of te minimaliseren:

- Activiteiten verwijderen (outsourcing): Door activiteiten te elimineren hoeft de organisatie geen onnodige aandacht te besteden aan activiteiten waarop het weinig grip of zicht heeft. Soms zijn er in de markt zelfs beschikbare oplossingen, of bedrijven, die dergelijke activiteiten zelfs beter kunnen uitvoeren.
- Automatisering: Door activiteiten te automatiseren kunnen ze worden overgenomen door mechanismen die meer consistent in lijn met organisatie werken.
- Centralisatie: Een andere manier is door beslissing op een centraal (hoger) niveau in de organisatie te nemen.

- Risicospreiding: Door op zoek te gaan naar een investeerder of joint venture aan te gaan kunnen risico's worden verspreid die gepaard gaan met de besturingsproblemen.

Binnen ditzelfde thema beschrijven Merchant en Van Der Stede enkele mogelijke besturingselementen. Ze onderscheiden de volgende sturingselementen:

- *Result controls*<sup>17</sup>: gericht op behaalde resultaten
- *Action controls*<sup>18</sup>: gericht op de activiteiten die worden uitgevoerd
- *Personel/Cultural controls*<sup>19</sup>: gericht op het type mensen wat werkzaam is en hun normen en waarden

Hoewel activiteitsturing en persoons- en cultuursturing plaatsvindt, zien we een grote stroming richting het gebruik van resultaatsturing. Het blijkt juist bij professionals uitermate geschikt en past uitstekend binnen hedendaagse thema's als *pay-for-performance*<sup>20</sup> en *employee empowerment*<sup>21</sup>. In de ideale vorm, stelt een resultaatsturing iemand verantwoordelijk voor een resultaat, in plaats van een taak. Het zet mensen aan het denken over de consequenties en laat ze vrij in hun activiteiten. De implementatie van resultaatsturing kan in vier stappen: (1) definiëren van prestatie dimensies, (2) meten van prestaties, (3) prestatie targets of standaarden vaststellen en (4) beloning geven (of straffen). De determinanten van de effectiviteit van de resultaatsturing bij het gestuurde object zijn:

- Kennis van het resultaat (wat wordt er verwacht?)
- Mogelijkheid om het resultaat te beïnvloeden door het object
- Mogelijkheid om het resultaat effectief te meten (precisie, objectief, tijdloos en begrijpbaar)

Er loert echter één groot gevaar in het gebruik van resultaatsturing, namelijk dat er niet verder wordt gekeken dan de resultaatbesturing zelf, daarom geldt ook dat resultaatbesturing alleen niet voldoende is.

---

<sup>17</sup> Zouden we deze term vertalen, gebruiken we resultatensturing

<sup>18</sup> Zouden we deze term vertalen, gebruiken we activiteitensturing

<sup>19</sup> Zouden we deze term vertalen, gebruiken we persoons- of cultuursturing

<sup>20</sup> Pay-for-performance is de titel voor de stroming die plaatsvindt richting beloning voor behaalde resultaten

<sup>21</sup> Employee empowerment is de titel voor de stroming die plaatsvindt om werknemers meer vrij te laten in zelf definiëren en kiezen van geschikte activiteiten om te komen tot resultaten

## Modellen

In de laatste 20 jaar is er veel onderzoek gedaan naar mogelijke implementaties van management besturingssystemen, daarin hebben onder andere auteurs als Robert S. Kaplan en David P. Norton een grote rol gespeeld. Volgens Kaplan en Norton (1996), bedenkers van de *Balanced Scorecard*<sup>22</sup> schuilt de kracht in de manier waarop het de lange termijn strategie koppelt aan korte termijn activiteiten. Om dit te doen maakt de BSC gebruik van de vier perspectieven waarin het de organisatie vragen stelt over de vertaling van zijn doelen en strategieën.

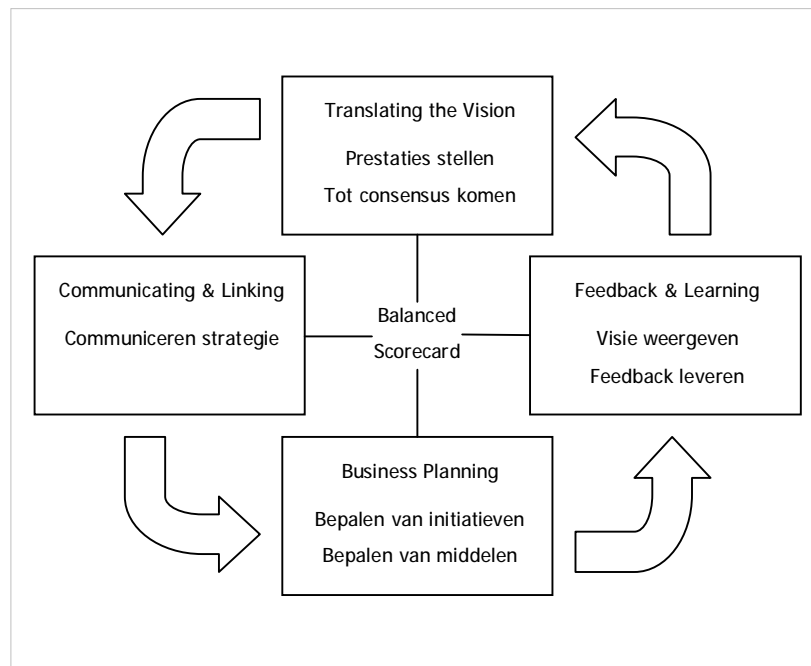
- Het financiële perspectief probeert de vraag te beantwoorden, "Hoe moeten we ons presenteren naar aandeelhouders?".
- Het klanten perspectief vertaald zich in de vraag "Hoe moeten we er voor onze klanten uitzien?".
- De interne organisatie is een perspectief waarin de vraag gesteld wordt: "In welke bedrijfsprocessen willen we excelleren?".
- Het laatste perspectief focust zich rond het leren en groeien en stelt de vraag "Hoe kunnen we waarde blijven creëren en onszelf verbeteren?".

De werking van deze BSC zou uiteindelijk bij het management van de organisatie vier processen neer moeten leggen die in het Illustratie 4 - Balanced ScoreCard zijn weergegeven om de organisatie te sturen. Het eerste proces, "*Translating the vision*", is het proces wat managers uitvoeren om missies en strategieën van de organisatie te vertalen in een set geïntegreerde doelen en meetbare prestaties, en de drivers vormen van succes voor de lange termijn. Daarover moet een consensus zijn gekomen tussen alle (betrokken) leden van het management. Een tweede proces is het "*Communicating and Linking*". Kortweg houdt dit in dat de strategie door de organisatie gecommuniceerd moet worden, door individuele en afdelingsdoelen in lijn met de organisatiedoelen te stellen. Hiermee verzekerd de organisatie zichzelf van de kennisverspreiding van de lange termijn strategie en dat deze door de organisatie worden ondersteund. Het derde proces koppelt te gebruiken middelen en creëert prioriteiten die gekoppeld zijn aan de lange termijn doelen. Hierdoor zouden alleen initiatieven ondernomen mogen worden die passen in de lange termijn strategie. Dit proces wordt ook wel het "*Business Planning*" genoemd. "*Feedback and learning*" vormt het vierde management proces wat moet ontstaan. Het moet het management laten leren van ondernomen acties en feedback

---

<sup>22</sup> De Balanced Scorecard, kortweg BSC is een alom gerespecteerd begrip en wordt daarom niet vertaald

laten ontvangen van genomen acties. Niet langer wordt er gestuurd vanuit een financieel perspectief, maar ook word er informatie gewonnen uit de overige drie perspectieven.

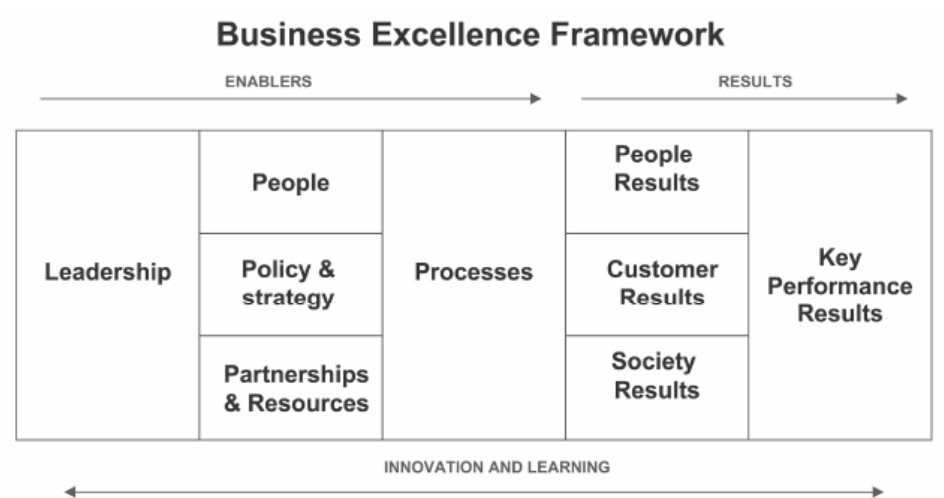


**Illustratie 4 - Balanced ScoreCard**

De BSC benadrukt de organisatie doeleinden, vertaald naar heldere, operationele resultaten die de organisatie als team probeert te behalen (prestatiemeting, -vergelijking en -normering aan de hand van kernindicatoren). Het voorziet in het essentiële feedback systeem en maakt daardoor evaluatie mogelijk. Doordat de informatie bestaat en helder is, beschikbaar wordt en terug gekoppeld wordt naar het management, kan de organisatie zijn strategie evalueren en waarnodig aanpassen (het zogenaamde *strategic learning*<sup>23</sup>).

Een ander populair model is het European Foundation for Quality Management's Business Excellence Model (Neely, 2000).

<sup>23</sup> Het zogenaamde strategisch leren



**Illustratie 5 - Business Excellence Framework (Neely, 2000)**

Het bestaat uit twee groepen van prestatie-indicatoren, genaamd **results** en **enablers**. De theorie die hieraan ten grondslag ligt is dat de zogenaamde enablers de results moeten verwezenlijken. Een nadeel van dit model is echter dat het moeilijk is te implementeren en dat gebruikte termen verschillende betekenis krijgen wanneer gebruikt door verschillende personen.

Een model van Nederlandse bodem is het model van het Instituut Nederlandse Kwaliteit, INK-managementmodel (Tuitjer en Luijten, 2004). Dit komt voort uit een stichting met als doelstelling het verhogen van de kwaliteit van de bedrijfsvoering. Dit model is weergegeven in Illustratie 6 - INK-managementmodel en wordt veel toegepast om veranderthema's te identificeren.



Illustratie 6 - INK-managementmodel (INK.nl)

Volgens de makers van het model, moet er bij de implementatie van een model rekening gehouden worden met, en ruimte bieden aan, het eigen initiatief en de specifieke werkomgeving. In het INK-managementmodel wordt gesproken over aandachtsgebieden in plaats van criteria.

Het model maakt fysiek onderscheid tussen de wijze waarop een organisatie functioneert en wat de inspanningen hebben opgeleverd. Anderzijds toont het model ook de samenhang tussen de verschillende velden (website INK – [www.ink.nl](http://www.ink.nl)).

Het model kan worden getypeerd als een model wat het nastreeft om vanuit een organisatie te kijken naar zichzelf en hoe anderen kijken naar de organisatie. De organisatie bestaat bijvoorbeeld uit de manier waarop leiding wordt gegeven en wijze waarop het vanuit de strategie en het beleid haar processen identificeert, ontwerpt, beheerst en waar nodig verbetert of vernieuwt. Resultaat is het onderdeel wat zich laat vertalen in de vorm van hoe klanten en leveranciers, de maatschappij en medewerkers de organisatie zien. Het model hanteert vier uitgangspunten of stappen die doorlopen kunnen worden:

- Bewustmaking: Managers gaan in gesprek over de bruikbaarheid en inhoud van het model. Dit is een praktijkgericht onderdeel erg gericht op de zelfwerkzaamheid van het management.

- Diagnose: Door een diagnose te stellen van de organisatie komen wezenlijke verbeterpunten naar voren, stelt het zelf een evaluatie op en gaat men mijlpalen vaststellen (ontwikkelingsfasen)
- Verbeteren: Het INK-managementmodel is erop gericht continu te verbeteren en een eerste stap daarin is het verbeteren van punten die naar voren kwamen tijdens de diagnose.
- Besturen: Na gebruik van het model stelt het de organisatie in staat om de organisatie van hetzelfde oogpunt te besturen en kan men gaan focussen op excellentie (het uitblinken).

Een eenvoudig model bedoeld voor procesverbetering is het model van Deming (Padt, 2004; Werkgroep Kwal.Ond. UT, 2005). Een PCDA-cirkel of Deming-cirkel zijn vier opeenvolgende, onderling samenhangende activiteiten (Plan, Do, Check, Act) waarmee de kwaliteit van een object systematisch verbeterd kan worden. Dat object kan een organisatie, een product of een procedure. In wezen zou het toegepast kunnen worden op allerlei onderwerpen, door zijn eenvoud en kan daarom vaak als basis dienen bij een verbetertraject.

Om een dergelijk model te doorlopen doet men (simplistisch gezegd) het volgende: formuleren van verbeterfactoren en normen (plan), de uitvoering daarvan (do), controle aan de hand van de norm (check) en eventuele bijsturing (act).

In dit zelfde licht, is een eenvoudig te hanteren principe, genoemd SMART (Padt, 2004). Hierin staan de letters voor de volgende activiteiten:

- S – Specifiek – Eenduidige definitie (of doel) afleiden van de strategie
- M – Meetbaar – Zorgvuldige en goede datakwaliteit die is te evalueren
- A – Acceptabel – Herkenning in de gestelde indicatoren door betrokkenen
- R – Realistisch – Haalbaarheid van de indicatoren (kennis en informatie)



Illustratie 7 - Model van Deming (Padt, 2004)

T – Tijd – Grens in de tijd waarbinnen het te meten product moet zijn behaald

### *Inrichting van besturingssysteem*

Omdat er in de besproken modellen enige mate van overlap zit, kunnen we ook enkele operationalisatie stappen bekijken van deze modellen. Om een beter inzicht te krijgen in het operationaliseren van een besturingsmodel hebben Kaplan en Norton (1996) een model opgezet voor het implementeren van de BSC. Hier volgt een beknopte versie van de implementatie van een BSC:

1. Voorbereiding – Managers moeten een strategie moeten definiëren vanuit een visie, die strategie moet gecommuniceerd kunnen worden binnen de organisatie. Hiervoor zijn verschillende managers nodig om een consensus te bereiken, waardoor de strategie ook door iedere manager worden ondersteund en gerespecteerd.

2. Communiceren – De strategie moet gecommuniceerd worden met andere (management) niveaus in de organisatie. Doorgaans vinden hiervoor interview rondes of workshops plaats.

3. Vertaling – De organisatie brede strategie moet vertaald worden in doelen en prestatie-indicatoren in de verschillende niveaus van de organisatie. Er moet gekeken worden naar informatiesystemen of andere bronnen waaruit de informatie kan worden gehaald die nodig is. Niet alleen moet er nagedacht worden over beschikbare informatie maar ook over informatie die wellicht op dat moment nog niet beschikbaar is, maar moet worden gemaakt. In deze fase vinden vaak ook inventarisaties plaats richting geautomatiseerde informatiesystemen.

4. Herziening – In de vorige stappen zou de wens kunnen ontstaan de organisatie strategie aan te passen of om de BSC die wenselijk leek te herzien. Met feedback uit de vorige stappen kunnen de strategieën meer afgestemd worden op wensen en gedachten binnen elk niveau van de organisatie.

5. Implementatie – Tijdens de implementatie worden individuele prestatie-indicatoren afgestemd op de prestatie-indicatoren van de organisatie en worden er beloning (en straffen) vastgesteld voor het (niet) halen van die prestaties. In deze fase wordt de volledige organisatie geïnformeerd en ontstaat er een organisatie brede koppeling met de strategie en prestatie-indicatoren van de organisatie,

6. Feedback – Als laatste geldt een constante feedbackloop. Dat wil zeggen dat bevindingen door het management worden geëvalueerd en worden beoordeeld. Gaat de organisatie inderdaad in de richting van de gewenste strategie? Vanuit deze constante feedback is het management in staat de organisatie te 'sturen'.



## Kostprijsmodel

De onderzoeksvraag, "*Hoe ziet het nieuwe kostprijsmodel eruit?*", wordt beantwoord aan de hand van literatuur waarbij de Diagnose Behandel Combinatie systematiek wordt beschreven maar ook andere economische modellen aan ten grondslag liggen.

### *Kostprijzen*

Om een beschrijving te geven van het kostprijsmodel wordt elk separaat component daarvan toegelicht. Met de kennis van elk onderdeel kan een beeld van het huidige kostprijsmodel gegeven worden. Mede aan de hand van de Handleiding voor kostenonderzoek (2004) zal een beeld worden neergezet van de kernbegrippen binnen het kostprijsmodel.

#### Basis

Binnen elke kostprijsberekeningen kunnen ten minste drie componenten onderscheiden worden. Om deze toe te lichten wordt een eenvoudig rekenvoorbeeld gebruikt:

- Volumina; drukt verbruikseenheden uit in getallen
  - o vb. een patiënt heeft 10 dagen in een verpleeghuis doorgebracht
- Kostprijs; de financiële waardering voor elke eenheid per patiënt
  - o vb. de kostprijs van één verpleegdag bedraagt € 100,-
- Kosten; vermenigvuldiging van volume per patiënt en bijbehorende kostprijs
  - o vb. 10 verpleegdagen vermenigvuldigen met een kostprijs van € 100,- betekent dat de totale kosten ten aanzien van verpleegdagen voor die patiënt € 1 000,- bedragen

Vanuit het voorbeeld wat hierboven wordt gegeven kunnen we afgeleiden dat op de plaats waar de fysieke behandelingen (productie) plaatsvindt een goede bepaling van de volumina kan worden gemaakt. De kostprijs is een combinatie van inkoopwaardering en de kosten die het proces (bijvoorbeeld de behandeling of verpleegdag) met zich meebrengt. Belangrijk is om niet eventuele winsten in deze kostprijs mee te nemen, die komen later pas terug en behoren niet tot gemaakte kosten – wat de definitie van kostprijs is. De kosten waar we in dit kostprijsmodel naar verwijzen, zijn de totale kosten en kunnen bepaald worden wanneer volumina en kostprijs bekend zijn.

## *Volumina*

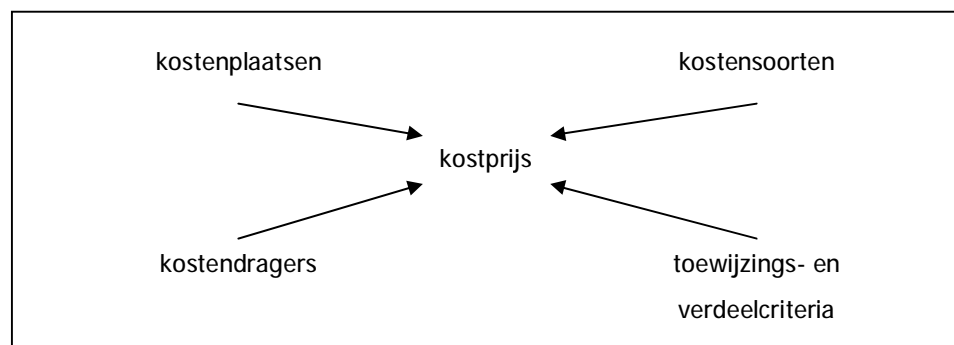
De nieuwe systematiek, DBC beschrijft één product waarin verschillende volumina van verschillende kostendragers (met hun kostprijzen) kunnen voorkomen.

Ziekenhuizen berekenen naar één product, de DBC. Binnen een enkel product is het mogelijk dat een bepaalde kostendrager vaker voorkomt. Als voorbeeld de verpleegdag, deze kan voor één patiënt vaker voorkomen - het komt vaak voor dat deze meerdere dagen in een ziekenhuis verblijft. Dit betekent dat een kostendrager een aantal keer kan voorkomen, hoewel die nog steeds binnen die enkele DBC zit. Het aantal keer dat iets voorkomt drukken we uit in volumina.

Met name voor volumina zijn registraties van toegepaste arbeid en middelen erg belangrijk. Zonder deze gegevens is niet, tot nauwelijks af te leiden welke hoeveelheden van een bepaald volumina zijn toe te rekenen. Op een hoger niveau is hier vaak wel een inschatting van te maken, en met goede kennis van zaken kan dit ook vrij nauwkeurig worden gedaan, maar het risico wordt beperkt door de registratie daar te laten plaatsvinden, waar de arbeid en middelen worden toegepast.

## *Integrale kostprijs*

Wanneer alle kosten uit de organisatie worden toegekend aan de eindproducten kunnen we spreken van een integrale kostprijs. De integrale kostprijs is een belangrijke rol gaan spelen doordat de overheid niet langer de totale kosten zal vergoeden. In Document Calculatieprincipes Verantwoordingskostprijs door de NZa wordt inhoud en aanbevelingen aan het gebruik van de integrale kostprijs. In onderstaande Illustratie 8 - Samenhang bij kostprijs staat een samenhang van alle componenten (terminologie) die leiden tot een integrale kostprijs binnen het huidige kostprijsmodel.



**Illustratie 8 - Samenhang bij kostprijs**

De afzonderlijke onderdelen zullen vervolgens hieronder worden toegelicht.

### Toewijzing- en verdeelcriteria

Bij het bepalen van de kostprijs hebben we te maken met de toewijsbaarheid van de kosten. Dat wil zeggen dat we een onderscheid maken in directe en indirecte kosten. Indirecte kosten vertonen geen directe relatie met de producten (DBC), waarin directe kosten dat juist wel doen. Directe kosten kunnen nog verder worden toegespitst naar directe kosten per product (directe relatie met het product) en directe kosten per afdeling (relatie met de afdeling waarvan het product afkomstig is). Dat betekent dat we nu een 3-deling hebben binnen de toewijsbaarheid van kosten:

- directe kosten product (toewijsbaar aan het product)
  - o vb. medicatie afname wanneer dit per patiënt wordt geregistreerd
- directe kosten afdeling (toewijsbaar aan de afdeling en worden soms ook wel indirecte cluster kosten genoemd)
  - o vb. personeelskosten van afdelingen waar patiënten worden behandeld
- indirecte kosten (niet toewijsbaar)
  - o vb. kosten van de afdeling personeelzaken

Om indirecte kosten binnen de toewijsbaarheid te zetten zijn er een aantal mogelijkheden. Het toewijzen van deze kosten wordt in economisch jargon ook wel kostenverbijzondering of kostenallocatie genoemd. Om de kosten toe te wijzen (dat wil zeggen directe én indirecte kosten) kunnen we gebruik maken van vier methoden (met gebruik van een voorbeeld wat per methoden verder wordt uitgebreid) :

- Delingscalculatie - totale kosten versus totale productie, waarbij een zelfde opbouw en evenwichtig gebruik van productiemiddelen (kostensoorten) moet gelden
  - o vb. totale kosten zijn 2.500 en productieaantallen van A en B zijn 500 en 750 betekent als indirecte kosten naar kostprijs producten:
 
$$2.500 / (500 + 750) = 2$$
- Equivalentiemethoden - totale kosten versus totale productie, waarbij er een weging of indexcijfer (verhouding tussen de producten) wordt gebruikt om onderlinge verschillen in producten naar kosten toe te spitsen (hoe hoger de verhouding, hoe hoger de kosten die worden doorberekend)
  - o vb. de indexcijfers voor A en B zijn respectievelijk 1,2 en 1:
 
$$2.500 / ((1,2 * 500) + (1 * 750)) = \sim 1,85$$

$$\text{Product A : } 1,85 * 1,2 = \sim 2,22$$

$$\text{Product B : } 1,85 * 1 = 1,85$$

- Opslagmethoden – directe kosten versus totale productie, waarbij de indirecte kosten evenredig worden doorbelast door directe kosten te verhogen met een opslag (hoe hoger de directe kosten, hoe hoger de indirecte kosten)
  - o vb. totale kosten van 2.500 bestaan uit 750 indirecte kosten en 1.750 directe kosten. Directe kosten zijn vervolgens onder te verdelen naar product A en B als 650 en 1.100.
 
$$750 / 1.750 = 42,8\%$$

$$\text{Directe kosten product A: } 650 / 500 = 1,3$$

$$\text{Product A: } 1,3 + (42,8\% * 1,3) = \sim 1,86$$

$$\text{Directe kosten product B: } 1.100 / 750 = \sim 1,47$$

$$\text{Product B: } 1,47 + (42,8\% * 1,47) = \sim 2,1$$
- Productiecentra- of kostenplaatsmethoden – hulpkostenplaatsen worden verdeeld naar hoofdkostenplaatsen conform verdeelsleutels van belasting van de hulpkostenplaats door de hoofdkostenplaats. Een laatste verdeling is die van hoofdkostenplaats naar kostendrager van de bewuste afdeling.
  - o vb. indirecte kosten, huisvesting is als volgt opgebouwd; product A gebruikt 300m<sup>2</sup> en product B 700m<sup>2</sup> van het totaal
 
$$\text{Indirecte kosten product A: } (750 / 1000) * 300 = 225$$

$$\text{Product A: } (650 + 225) / 500 = 1,75$$

$$\text{Indirecte kosten product B: } (750 / 1000) * 700 = 525$$

$$\text{Product B: } (1.100 + 525) / 750 = 2,17$$

Normaliter kunnen we veel meer indirecte kosten onderscheiden en zijn er ook vele directe kosten, omwille van eenvoud zijn in bovenstaande voorbeelden veel van deze mogelijkheden achterwege gelaten.

Belangrijk is nog om te noemen dat bovenstaande methoden pas goed kunnen worden toegepast wanneer een aangepast registratiesysteem (boekhoudkundig systeem) aanwezig is om de kostenverbijzondering verantwoord te laten plaatsvinden.

### **Kostenonderscheid**

Om kosten beter te kunnen onderscheiden, sneller en gemakkelijker inzichtelijk te maken wordt gebruik gemaakt van een aantal begrippen om ze te kunnen groeperen. Een aantal van deze begrippen komen ook terug in Illustratie 8 - Samenhang bij kostprijs en worden hieronder toegelicht.

### ***Kostensoorten***

Gelijksoortige kosten kunnen daarmee worden samengenomen om sneller en gemakkelijker inzicht te krijgen in de toegepaste productiemiddelen. Het detail waarin dit wordt toegepast is aan de organisatie zelf en zal naar gelang de grootte van het ziekenhuis ongetwijfeld variëren. Voor een kleiner ziekenhuis kunnen bijvoorbeeld geneesmiddelen, medisch materiaal, of salariskosten als kostensoorten gelden. Een groter ziekenhuis kan er voor kiezen zijn salariskosten verder te detailleren naar verplegend en administratief personeel.

### *Kostenplaatsen*

Dit zijn eenheden waar kosten plaatsvinden, zo wordt vaak het onderscheid gemaakt in verpleegafdeling, laboratoria of eerste hulp. Allen zijn bestaande afdelingen binnen een ziekenhuis waardoor we de kosten kunnen relateren aan hun plaatsing binnen de organisatie.

Er bestaan ook kostenplaatsen waarvoor niet een fysieke afdeling aanwezig is binnen de organisatie, bijvoorbeeld huisvesting. Omwille van handigheid en gebruik wordt deze kostenplaats echter vaak herkent en is ook deze een geaccepteerde kostenplaats.

Soms onderkennen we ook nog het onderscheid tussen hoofd- en hulpkostenplaatsen. Hierbij geldt dat binnen een hoofdkostenplaats productie van eindproducten plaatsvindt en een hulpkostenplaats ondersteunend is naar dit proces. Daarnaast wordt binnen het zorgjargon nog een zelfde terminologie gebruikt, namelijk de patiëntgebonden kostenplaatsen en niet-patiëntgebonden kostenplaatsen, deze zijn hetzelfde als respectievelijk hoofd- en hulpkostenplaatsen.

### *Kostendragers*

Als laatst komen we de kostendragers tegen. Dit zijn eindproducten waaraan we kosten kunnen verbinden.

Kostensoorten, kostenplaatsen en kostendragers kunnen samen binnen een matrix worden geplaatst om ons inzicht te geven in niet alleen de kosten in de organisatie maar ook waar die kosten in de organisatie voorkomen.

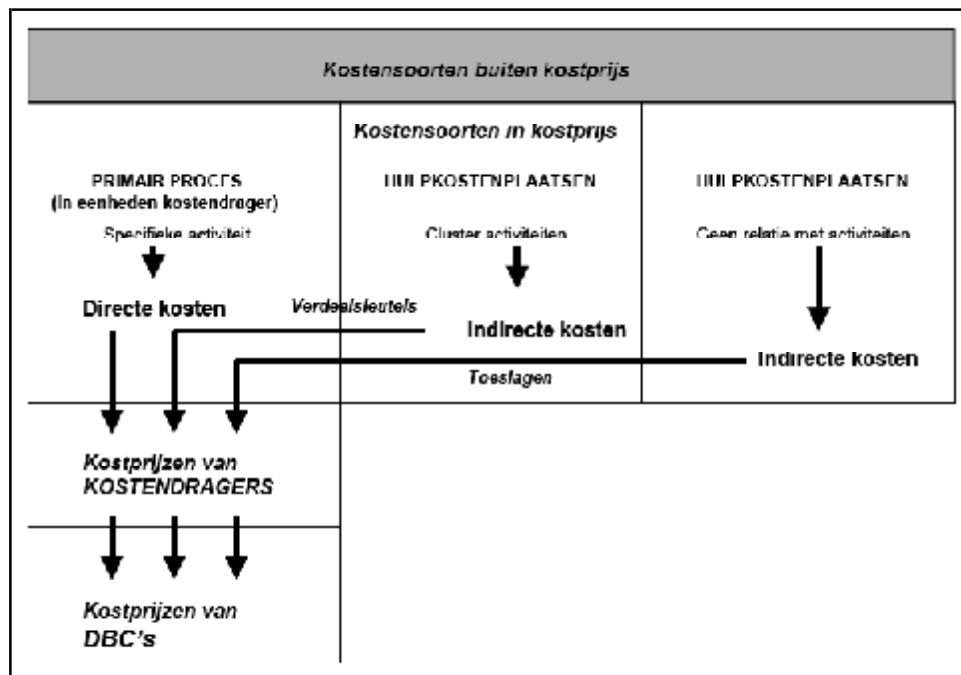
Laboratorium Kostenplaats		Clusters Kostendragers (groepering van verrichtingen en activiteiten)		
Categorieën Kostensoorten				
		Verrichting 1	Verrichting 2	Verrichting 3
	Salariskosten	12.000	2.000	7.000
	Medisch materiaal	43.000	18.000	12.000
Geneesmiddelen	67.000	1.000	21.000	

Illustratie 9 - Overzicht van kostenonderscheid

#### DBC systematiek

De hiervoor beschreven begrippen zijn te toe te passen binnen verschillende algemene principes voor kostprijsberekeningen. Binnen de DBC-systematiek zijn een aantal keuzes voor gedefinieerd en moeten worden opgevolgd.

Als we zowel de kostensoorten en de kostenplaatsen in één overzicht bundelen, krijgen we inzicht in het type kosten en de plaats waar deze kosten worden gemaakt. Zo'n overzicht wordt ook wel een kostenmatrix genoemd.



Illustratie 10 - Kostenmatrix

Binnen deze kostenmatrix komen alle componenten terug.

- De kostensoorten, de wijze van rubricering van kosten in de boekhouding moet volgens rekenschema en aansluiten bij de jaarrekening.
- Kostenplaatsen zijn bepalend in kostentoedeling en hierin kan door ziekenhuizen meer of minder detaillering in worden aangebracht evenals de benoeming van patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden kostenplaatsen. Uiteindelijk wordt alles toegerekend naar kostendragers.
- De kostendragers zijn de zorgactiviteiten van het ziekenhuis waarvan de kostprijs moet worden berekend. Het zijn juist de zorgactiviteiten die plaatsvinden en staan gedefinieerd binnen een landelijke zorgactiviteitentabel.
- De doorbelasting van hulpkostenplaatsen naar hoofdkostenplaatsen kan via verschillende methoden. Hoewel de methoden wellicht een andere benaming hebben bedoelen we hetzelfde:
  - o Directe doorbelasting – hulpkostenplaatsen worden rechtstreeks toegerekend aan hoofdkostenplaatsen
  - o Stepdown of waterval methoden – hulpkostenplaatsen worden toegerekend naar hulpkostenplaatsen en uiteindelijk hoofdkostenplaatsen

- Reciproque methoden – gelijk aan het stepdown, echter hierbij kunnen vica versa hulpkostenplaatsen toerekenen aan elkaar totdat er geen verschuiving meer optreedt
  - Directe doorbelasting via opslagpercentage naar kostendragers
- Vervolgens moeten de kosten worden doorberekend aan de kostendragers. Hiertoe worden de kosten en productie van één hoofdkostenplaats aan elkaar gerelateerd. Opnieuw zijn hierin een aantal mogelijkheden binnen de DBC-systematiek:
  - Toerekening van directe kosten kan door middel van weegfactoren productieclusters. Binnen een productieclusters komen meerdere activiteiten of verrichtingen voor waardoor onderlinge kostprijzen binnen de cluster gelijk zijn. Wel moet er dan gebruik worden gemaakt van een equivalentiecijfermethode om volume effecten te corrigeren. De equivalentiecijfermethode herleidt verschillende productsoorten tot één basisproductsoort. Daarna worden de kosten van deze productsoort bepaald en vervolgens die van de andere productsoorten.
  - Een andere manier om de directe kosten toe te rekenen is door per activiteit of verrichting alle benodigde personele, materiële en apparatuur inzet te inventarissen. Naar rato van deze inzet worden vervolgens de directe kosten per kostensoort verdeeld.
  - Om indirecte kosten toe te rekenen naar de kostendragers wordt gebruik gemaakt van een toeslagpercentage, wat beter betekent is als de terminologie “naar rato”. Het totaal aan directe kosten gedeeld door de directe kosten is het toeslagpercentage wat kan worden toegerekend.
- Als laatste moeten alle kostendragers naar kostprijs per DBC worden toegerekend. Dit gebeurt aan de hand van afgesloten, gevalideerde en gefactureerde DBC's van de instelling. Dit is dus ook een activiteit die pas kan plaatsvinden nadat alle activiteiten binnen de DBC hebben plaatsgevonden.

Heel kort en krachtig hebben we nu een indruk van de werking van de DBC-systematiek. Na bepaling van deze DBC's moeten de gegevens worden aangeleverd aan verschillende instanties. Die instanties, waarvan DBC-Onderhoud voeren daar ieders hun werkzaamheden op uit. Voor DBC-Onderhoud is dat onder andere het



onderhoud op productstructuur en eventuele nieuwe ontwikkelingen in de bestaande DBC's.

### **Activity Based Costing**

DBC-systematiek vertoont gelijkenissen met activity based costing (ook wel ABC-methode). Het is ontwikkeld voor de industrie waar een toename van technologie – productiviteitsverbetering - ervoor zorgde dat de bestaande methoden van toeslag van indirecte kosten op directe kosten leidde tot een kleiner relatief aandeel van de directe kosten.

Deze methode zoekt naar de oorzaak van de kosten. Daarbij kijkt het nadrukkelijk naar de activiteiten en niet de producten. De organisatie dient vast te stellen welke activiteiten nodig zijn en in welke mate. De diverse activiteiten worden gecategoriseerd in verschillende 'activiteitengroepen'. Elke activiteitengroep omvat dan slechts die activiteiten die nodig zijn om het eigen groepsdoel te verwezenlijken. Met behulp van wegingsfactoren moesten indirecte kosten volgens het gebruik van die kosten worden doorbelast naar de directe kosten.



# Praktijkonderzoek

Omdat het gehele onderzoek een doel dient wat de praktijk zal toekomen zal er gebruik worden gemaakt van praktijkervaringen en kennis uit de praktijk om eerder gestelde onderzoeksvraag te beantwoorden, zijnde "*Wat betekent het kostprijsmodel in de praktijk?*". De verkregen inzichten uit het theoretisch kader zijn uitgangspunt geweest bij het praktijkonderzoek, toch zijn interviews veelal vrij gelaten in structuur om zoveel mogelijk inzichten te verkrijgen.

Allereerst volgt in dit hoofdstuk een opsomming van de bevindingen uit de interviews. Deze opsomming bevat slechts de bevindingen die herhaaldelijk zijn voorgekomen en door meerdere geïnterviewde werden gedeeld. De volgende onderwerpen komen aanbod:

- Interne netwerk: De rol van de organisatie
- Extern netwerk: De rol van de omgeving
- Software: De voordelen van automatisering
- Arbeidsfunctie: Tijdsbesteding met DBC's en kostprijzen
- Verantwoordelijkheden: Wat en waar is de organisatie bezig
- Draagvlak: Ondersteuning krijgen
- Correcte registraties: De basisleggen
- Bereken centrale kostprijzen: Ergens beginnen
- Terugkoppeling: Bevestigen wat er gebeurt
- Constante verbetering: Blijven verbeteren, het kan altijd beter
- Stappenplan voor herijking: Een jaarlijks plan van aanpak

Het praktijkonderzoek bevat ook een case studie. Hierin zijn eerder verkregen inzichten uit het theoretisch kader en de interviews getoetst in de praktijk door een ziekenhuis te bezoeken. Hierdoor konden inzichten meer naar praktijk gericht worden en er nadrukkelijk op enkele onderwerpen worden geconcentreerd. Na een algemene uitleg van het ziekenhuis dat werd bezocht worden de volgende onderwerpen behandeld:

- Cultuur: De ongeschreven regels
- Ontwikkeling van het ziekenhuis: Ziekenhuis door de jaren heen
- Organisatiestructuur: Veranderingen in de organisatiestructuur
- Sturing binnen het ziekenhuis: Niveaus van sturing
- Motieven van veranderen: Resultaat en waarom

- Nieuwe organisatie: Inhoud van de verandering

Tot slot nog enkele nieuwe ontwikkelingen die in de markt van ziekenhuizen kan worden waargenomen – wat gebeurt er om ons heen?

Om de privacy van de respondenten tot op zekere hoogte te beschermen zijn namen geanonimiseerd. De auteur behoudt zich het recht deze naamsgegevens achter te houden. Om toch te verwijzen is in de interviews gebruik gemaakt van alfabetische belettering en wordt naar de casestudie verwezen als zijnde Ziekenhuis Vreugdedans.

## Interviews

Een eerste stap in het praktijkonderzoek was het afnemen van interviews met verschillende ziekenhuizen, waarin het daadwerkelijke contact plaatsvond door middel van telefonische gesprekken met financiële betrokkenen op een DBC niveau. Er werd hierbij een interview afgenomen ten gunste van een webpublicatie calculatieprincipes. De webpublicatie betrof een praktische handleiding waarin ziekenhuizen gewezen zouden worden op de praktische toepassing en mogelijkheden van richtlijnen die werden voorgeschreven vanuit het toezichtorgaan, NZA, in het document "Calculatieprincipes Verantwoordingskostprijs Versie 1.0". De bedoeling van deze interviews was om het inzicht te vergroten in de, voor de onderzoeker ook, onbekende omgeving en interne factoren die een rol konden spelen tijdens het beantwoorden van de onderzoeksvragen. De interviews boden een eerste blik op de ziekenhuizen en hoe deze omgingen met de DBC's (kostprijsmodel), hoe dit binnen de structuur van de organisatie was ingewerkt en wie daarin een rol speelt.

Deze interviews hebben plaatsgevonden met 17 ziekenhuizen (n=17) waarbij de geïnterviewde personen werd gezien als een financieel of DBC deskundigen. In veel gevallen is er gesproken met de persoon die zich bezig houdt met de kostprijzen (uitvoerende) waarvan de kostprijsfunctie een deel van zijn takenpakket was. Des te groter de organisatie, hoe groter de inhoudelijke en coördinerende de rol was van de geïnterviewde persoon. Dit bekende ook dat taken verdeeld werden door verschillende niveaus in de organisatie. In sommige gevallen was een direct aanspreekpunt van de kostprijsdeskundige een clustermanager, in een ander een administratief medewerker op een decentrale afdeling en weer ergens anders werd het afdelingshoofd om een bijdrage gevraagd.

In een enkel geval heeft er een rechtstreeks interview plaatsgevonden waaraan drie ziekenhuizen deelnamen. De gedachte hierachter was dat deze drie met elkaar in 'discussie' konden gaan, en direct konden leren van elkaar. De geïnterviewde

personen en ziekenhuizen zijn geanonimiseerd en staan niet vermeld in dit document maar zijn uitsluitend voorbehouden aan de auteur van dit document.

### *Bevindingen*

De bevindingen uit de interviews zullen hieronder aan de hand van enkele onderwerpen worden weergegeven. Ieder onderwerp is in meer of mindere mate tijdens elk interview aanbod gekomen.

#### **Intern netwerk**

Het is belangrijk een goed netwerk op te bouwen met personen die een bijdrage dienen te leveren aan de kostprijzen. Dat wil zeggen dat er contact onderhouden moet worden met decentrale personen (afdelingen) om desgewenst informatie op te vragen dan wel te beantwoorden. Hierin moeten een actieve benadering gehanteerd worden.

Ook het hoofd van de afdeling met de administratieve functie kan een rol spelen. Hoewel deze leidinggevende, in veel gevallen, geen uitvoerende verrichtingen doet voor de kostprijsfunctie kan hij wel zorgen voor de juiste contacten binnen de organisatie en anderen laten inzien van de noodzaak ervan (medewerking creëren). Ondersteuning vanuit management is dus ook voor de organisatiestructuur van de kostprijsfunctie erg belangrijk.

#### **Extern netwerk**

Uit sommige interviews kwamen zeer gerichte en specifieke vragen naar voren. Voor de beantwoording was de wens, ook gezien de mogelijkheden van de hedendaagse ICT toepassingen, om een netwerk te creëren. Een dergelijk netwerk kan een toepassing zijn waarin personen met een gelijksoortige functie en taken elkaar vragen kunnen voorleggen om hier antwoord op te ontvangen. Enerzijds zou dit uniformiteit nastreven en anderzijds zou dit ook kunnen leiden tot nieuwe innovaties.

#### **Software**

Tijdens interviews is dikwijls naar voren gekomen dat bepaalde software juist voordelen bood en andere een bepaalde werkwijze juist niet faciliteerden. Een goede software selectie bleek cruciaal.

Een nieuw softwarepakket moet allermindst de huidige infrastructuur en informatiesystemen van de organisatie ondersteunen. Zodoende kan men bronregistraties gebruiken in de kostprijzen en kan er een (nagenoeg) exacte benadering gegeven worden. Een andere mogelijkheid zou een datawarehouse zijn. Een dergelijke softwareproduct creëert verbeterde mogelijkheden tot automatisering. Andere randvoorwaarden hangen samen mogelijkheden tot decentrale invoer van

weegfactoren, het kunnen uitdraaien van afdelingsspecifieke rapportages en natuurlijk organisatie afhankelijke wensen en eisen.

Ook de keuze voor de leverancier kon belangrijk zijn. De leverancier kon zijn kennis vanuit andere contacten en projecten laten horen en toepassen.

### Arbeidsfunctie

De kostprijsfunctie bleek in vrijwel alle gevallen een parttime vorm aan te nemen. Voor gevorderde (volwassen) zorginstellingen ten aanzien van de kostprijsfunctie, werd door de geïnterviewde personen zelf aangegeven dat de tijd die er besteed werd voldoende was. In sommige interviews bleek dat de taken uitgevoerd werden door één persoon, een enkele keer was verdeeld over twee of meer personen.

“Moeten we niet iemand gaan aannemen voor kostprijzen, het hele jaar door.”

Hiermee hangt wel samen hoe actueel en frequent je de gegevens wil hebben. Ook is het natuurlijk van belang te bepalen waar je de gegevens voor wil gebruiken.

Het beeld wat in verschillende interviews naar voren kwam is dat de geïnterviewde duidelijk te kennen gaf dat, om de kostprijzen goed te bepalen, er meer tijd aan besteed zou moeten worden en het zich zou moeten ontwikkelen tot een volwassen discipline. De bepaling om dit niet uit te breiden hing vaak samen met een beperkt aantal FTE's, de prioriteitsgraad vanuit het management en de medewerking die verwacht kon worden vanuit decentrale afdelingen.

In ziekenhuis G is bewust gekozen de kostprijsstaken door twee personen uit te laten voeren. Hierin is een combinatie gemaakt van een persoon die is onderlegd met financiële kennis en een persoon onderlegd met medische kennis. Medische kennis blijkt waardevol door kennis over verrichtingen en achtergronden, tijdens gesprekken met artsen en het oordelen over het toewijzen van kosten.

Door andere geïnterviewde persoon is aangegeven dat de keus om twee personen de kostprijsfunctie te laten uitvoeren een bewuste was om willen van kennisspreiding. Doordat er mogelijkheden bestaan waardoor de persoon, met de bewuste kostprijskennis, om welke reden dan ook. Hiernaast bied een goede documentatie verbeterde kennisspreiding en een beperkt risiconiveau. Tijdens veel interviews werd duidelijk dat er een plan werd opgezet voordat men tot uitvoering overging. Ook worden in enkele situaties handelingen en keuzes gedocumenteerd om meer inzicht te geven aan derden die daar behoefte aan hebben in vormen van verantwoording en training.

### Verantwoordelijkheden

De kostprijsberekening nemen in vrijwel alle gevallen een tijdelijke vorm bij enkel administratieve personen die gedurende een bepaalde periode in het jaar prominenter aanwezig is dan andere.

“Gedurende het herijken is er niemand die er ‘bovenop’ zit. Ik denk dat de controller de eindverantwoordelijke is maar ik weet het niet 100% zeker. Of het de controller is, het hoofd financiën of het hoofd van de sector faciliteiten waaronder financiën valt.”

In veel gevallen was er geen duidelijk beeld waar de verantwoordelijkheid is vastgelegd. De uitvoerende persoon was voor de totstandkoming van de gegevens verantwoordelijk of voelde zich volledig verantwoordelijk maar was zich er niet van bewust waar de eindverantwoordelijkheid lag.

In ziekenhuis K zijn de taken zo geregeld dat centraal iemand de decentrale personen aanstuurt en begeleid. De decentrale personen zijn gesitueerd op afdelingen of clusters. Daarin zijn zij verantwoordelijk voor de allocatiefactoren en de waarde daarvan.

- De soort sleutel (bv. aantal polibezoeken of verpleegdagen)
- De kenmerken van de verrichtingen (bv. hoeveel maakt een verrichting gebruik van een polibezoek)

In een enkel geval waren de verantwoordelijkheden decentraal gelegd en bestond er centraal een meer coördineren, signalerende en ‘screenend’ rol. Dit houdt in dat de geïnterviewde persoon verantwoordelijk was voor de coördinatie van het proces, het signaleren en terugkoppelen van gegevens en als laatste, ook gekoppeld aan het signaleren, het screenen van de inputgegevens.

Het wordt herhaaldelijk onderkend dat de rol meer aandacht wenst en zeker indien de organisatie er meer mee gaat (moet) doen. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn bij het toepassen van kostprijzen voor een interne bedrijfsvoering.

In topklinisch ziekenhuis S blijkt steeds meer aandacht te komen voor financiële gegevens. Zo is op de betreffende afdeling, waarin de uitvoerende functie van de kostprijsfunctie zich bevindt, binnen 2 jaar gereorganiseerd van een enkel, naar 3 onderdelen waarin er een uitbreiding heeft plaatsgevonden van 4 naar 10 medewerkers.

Een verwachting kan zijn dat wanneer de eindverantwoordelijkheid voor een onderwerp als kostprijsberekening aan iemand worden toegewezen en die persoon daarover verantwoordelijk wordt gehouden, de kostprijsberekening ook een serieuzere vorm aan zal nemen.

### Draagvlak

Tijdens de interviews kwam veelvuldig naar voren dat er draagvlak moet zijn binnen de organisatie voor het berekenen van kostprijzen. Dit geldt als één van de belangrijkste voorwaarde bij aanvang maar ook tijdens uitvoering van de kostprijsberekening.

Een andere benaming voor het kostprijsmodel zou kunnen zijn het "kostoerekening"-model.

"Die term is specifiek de activiteit die we uitvoeren en zou misschien iets van het perfectionisme weg te nemen. Immers worden er geen perfecte kostprijzen gemaakt, we proberen een zo goed mogelijke indicatie te geven."

### Correcte registraties

Correcte registraties worden creëert door je brongegevens te screenen, zelf na te lopen op eventuele fouten. Het screenen van je gegevens is erg belangrijk om een nauwkeurige samenstelling van je kostprijzen mogelijk te maken. Om je gegevens eenvoudig te screenen zou je de vraag kunnen stellen: "Zijn de kosten op de juiste plek geboekt?".

Hierin wordt geprobeerd te achterhalen of de plaats waar de kosten worden geboekt ook daadwerkelijk de plaats is waar de verrichtingen worden uitgevoerd. Dit brengt voor alle betrokkenen en verantwoordelijke personen de situatie beter in beeld en kan dienen als verwijzing of verantwoording van de gegevens.

Afdeling B ligt tussen Afdeling A en C. Van Afdeling B wordt verwacht dat deze zijn verrichtingen boekt bij Afdeling A maar na onderzoek blijkt dat zijn verrichtingen grotendeels geboekt worden bij Afdeling C. Hierdoor ontstaan verschillende in bronregistraties en in de toerekening van de kosten ten opzichte van de uitgevoerde verrichtingen.

### Bereken centraal kostprijzen

Interviews hebben uitgewezen dat kostprijsberekeningen uitgevoerd worden na het opstellen van de jaarrekeningen. Hiervoor zijn twee redenen te bedenken:

- de reden om dit na de jaarrekening uit te voeren hangt samen met de gegevens die benodigd zijn
- omdat voor externe aanlevering ex-post kostprijzen worden verwacht en deze dus samenvallen met het de afsluiting van het grootboek. De jaarrekening levert zowel de productinformatie die nodig is bij de bepaling van de kostprijsberekeningen als de kosten die hiermee gepaard gaan.

Bij het opstarten van een kostprijsmodel is in vele interviews naar voren gekomen eerst centrale kostprijzen te maken. Een voorwaarde is dat het



productieniveau en de bijbehorende kosten bekend zijn (ex-post). Een dergelijke manier van het opstellen van kostprijzen is te typeren als “bureaustandkosten” of “centrale kostprijzen”. Het proces van het creëren van centrale kostprijzen moet simpel gehouden worden en zou slechts als gesprekstof dienen.

“Keep it simple”

“Perfection kills progress”

### Terugkoppeling

“Stel een aantal kostprijzen op en toon een afdeling wat zijn kostenaandeel is in een bepaalde verrichting of activiteit. Vervolgens kunnen er vragen aan de persoon worden gesteld als: Klopt die informatie? Heb je daar een idee bij?”

Maak inzichtelijk wat je hebt gedaan om tot een bepaalde kostprijs te komen en deel dit met de decentrale afdelingen. Hierdoor kan een decentrale afdeling meer inzicht krijgen in de totstandkoming van de kostprijzen en hierdoor ook beter oordelen over de kwaliteit ervan.

### Constante verbetering

Een behoefte aan een constante verbetering van het model kwam zeer nadrukkelijk in de interviews naar voren. Verbeteringen kunnen ook het doorrekenen van scenario's betekenen.

Capaciteitsproces: “Wat betekenen 100 extra operaties?”

“Kostprijzen zouden zo nauwkeurig mogelijk moeten”. *Mogelijk*, omdat naast de verfijning die nodig is om (exacte) kostprijzen te bepalen er een afweging moet plaatsvinden over de opbrengsten van een dergelijke verfijning ten opzichte van de tijd die er mee gemoeid is. Mocht na het doorrekenen van een subset van verrichtingen (scenario) het verschil marginaal zijn, is het niet wenselijk dit voor meerdere soortgelijke verrichtingen door te voeren. Echter is een dergelijke verandering slechts een kwestie van enkele momenten, waarom zou je dan niet direct deze verrichtingen op een goede manier inzichtelijker maken? Wat in de interviews naar voren kwam was een behoefte aan een jaarlijkse planning van herijking en verbetering.

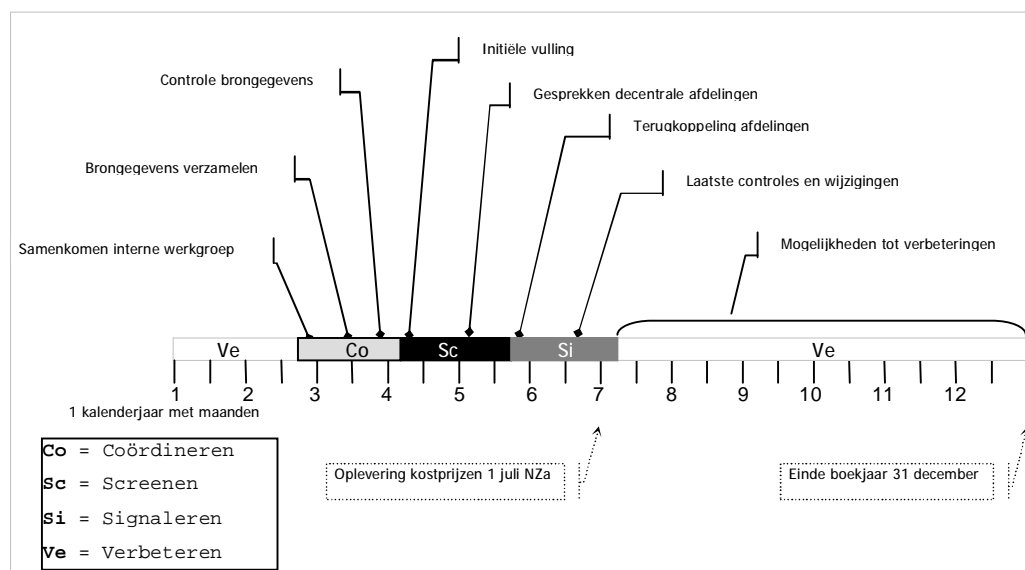
Tijdens de interviews kwam naar voren dat er betere kostprijzen zouden zijn wanneer er in een kortere periode herijking zou plaatsvinden. Het zou nog beter zijn wanneer er gedurende het gehele jaar, tijd zou zijn om verfijning en verbetering door te voeren. In een dergelijke planning wordt juist de herijking beperkt tot uitsluitend

herijken en wordt er in de overige periode van een kalenderjaar ruimte vrijgemaakt om te verfijnen en verbeteren.

“Als ik er een 3 tot 4 weken helemaal uit ben en je moet het daarna weer oppakken, dan moet ik er weer helemaal induiken. Dat alleen al kost tijd, dat is vervelend. Ik zou het liefste een aaneengesloten periode alleen maar met kostprijzen bezig zijn. Dan kun je veel meer opschieten en veel sneller schakelen. Het komt de voortgang gewoon ten goede.”

### Stappenplan van herijking

Tijdens de interviews is er gesproken over de kostprijsfunctie per jaar. Wettelijk is bepaald, door toezichthouder NZA, dat deze herijking op een jaarlijkse basis dient te worden uitgevoerd. De interviews toonde aan dat organisaties die al langer betrokken waren bij kostprijzen (bijvoorbeeld de zogenaamde koploperziekenhuizen) meer inzicht hebben in de situatie. Daarnaast waren zij in staat gedetailleerd situaties kunnen beschrijven en dat er in een aantal interviews ook bleek meer ruimte te zijn voor kostprijzen dan vergelijkbare organisaties.



**Illustratie 11 - Planning van herijkingproces**

In Illustratie 11 - Planning van herijkingproces is een globale, idealistische, planning van een herijkingproces gegeven. Hierin zijn vier stappen gegeven (Co, Sc, Si en Ve) waarin een set activiteiten worden uitgevoerd. Onderstaand worden de stappen voor het herijken beschreven, wat geldt als een geabstraheerd model uit verschillende interviews.

- Coördinatie

Bij een aantal grotere ziekenhuizen bestond de eerste stap van het herijkingproces uit het samenkomen van een werkgroep “kostprijzen”. Binnen deze

werkgroep waren mensen aangesloten met taken binnen het samenstellen van de kostprijzen voor de organisatie, veelal financieel uitvoerende. De inhoud van dit samenkomen bestond vaak uit een taakverdeling en een planning ten aanzien van “wie gaat naar welke afdelingen en wanneer”.

- Screenen

De kostprijzen dienen te worden gecontroleerd en overlegd met decentrale afdelingen. Allereerst moet hierbij centraal worden toegezien op valide kostprijzen. Zijn er geen kostprijzen die niet reëel zijn? Worden de kostprijzen herkend? In sommige situaties bleek het verstandig te zijn de kostprijzen van vorig jaar hierin mee te nemen om zodoende verschillen ook direct ‘boven water’ te halen.

- Signaleren

Nadat de kostprijzen opnieuw zijn berekend volgt er nogmaals een screening. Hierbij wordt een laatste maal gecontroleerd of er geen rare situaties zijn ontstaan. Hierin kan het mogelijk zijn nogmaals de directe kosten met de afdeling door te spreken. Ook zou hierin nog een keuze kunnen zijn om gegevens te verfijnen of verbeteren. Situaties die veranderd zijn, situaties waar in voorgaande tijdgebied bij is geweest of bij wijze van steekproef voert men deze controle/verfijning/verbetering uit.

Met de historiegegevens en overleg met een eventuele werkgroep moet er een definitief besluit vallen over de kostprijzen. Ook deze definitieve kostprijzen worden gecommuniceerd met de afdeling en wordt om een laatste reactie of goedkeuring gevraagd.

- Verbeteringen

Verbetering in het model, een verfijning of een nieuwe aanpak kan het beste worden opgesteld in de periode voorafgaand of na de herijking. Daarbij wordt het herijkingproces ontlast van deze bijkomende zaken. En stimuleert tevens dat kennis gedurende het jaar niet verloren gaat en dat bij een herijkingproces er volledig op herijken geconcentreerd kan worden en er geen ‘last-minute-changes’ hoeven te worden doorgevoerd.

Wijzigingen in afdelingen, zoals verbouwingen of de toepassing van nieuwe methoden lenen zich uitstekend om juist in deze periode de kostprijzen te herdefiniëren. Ook het doorrekenen van scenario's (Wat betekenen 100 extra operaties?) of het vergelijken met andere organisaties in de markt behoort tot dit proces om meer inzicht in de eigen systemen te krijgen.

### ***Kwaliteit***

Wanneer we later in dit document onze conclusies willen verbinden aan dit praktijkonderzoek moeten we iets roepen over de kwaliteit hiervan om ook een beter

inzicht te krijgen in de stevigheid van onze conclusie. Kunnen we die kwaliteit cijfermatig uitdrukken? Nee, dat lijkt onmogelijk. Hoe kun je de gesproken woorden of gevoelens van anderen uitdrukken in een cijfer, het is een gevoel. Om dat proberen uit te drukken, te kwantificeren zou een onderzoek op zich zijn.

De kwaliteit van deze interviews moeten we niet als een feit beschouwen. Belangrijk is hierbij namelijk dat het gaat om een personen die zich met name richten op de financiële gegevens van de organisatie. De DBC's hebben een directe impact gehad op de manier waarop het werk is vormgegeven en daarom zou dit ook enige averse kunnen opwerpen. Anderzijds mogen we stellen dat door de invoer van de DBC's er ook nog veel vragen onbeantwoord zijn gebleven. Vragen die met name bij de geïnterviewde nog leven en ook nog enige tijd zullen blijven leven. Er kon onmogelijk op alle vragen worden geanticipeerd, en wellicht dat juist in dat licht destijds is gekozen om een organisatie als DBC-Onderhoud te laten ontstaan.

## Casestudie

Tijdens enkele bezoeken aan het ziekenhuis Vreugdedans, waarin is gesproken met een deskundige op informatie en financieel gebied bij een betreffende afdeling, werden eerdere opvattingen voorgelegd. Een vervolggesprek heeft een verdieping ten aanzien van de verkregen informatie betekend waarin de interne sturing en met name de DBC-systematiek nader werd besproken.

Deze gesprekken waren open vraaggesprekken, wat inhoud dat voorbereiding is gedaan om een richting te geven aan het gesprek maar om de vrijheid te behouden enigszins van het onderwerp af te wijken en ook bijzaken te kunnen bespreken.

### Ziekenhuis Vreugdedans<sup>24</sup>

Ziekenhuis Vreugdedans behoort tot de grootste niet-academische ziekenhuizen van ons land. De dato december 2007 beschikt ziekenhuis Vreugdedans over enkele ziekenhuislocaties en buitenpoliklinieken, van waaruit het verzorgingsgebied met circa 265.000 inwoners wordt bediend. Ziekenhuis Vreugdedans heeft een erkenning voor bijna 1100 bedden.

	opnames	Dagopnames	verpleegdagen	polikliniekbezoeken
Aantal	29 500	24 000	211 000	439 000

<sup>24</sup> Informatie afkomstig van de website van Ziekenhuis Vreugdedans \*

Er werken circa 4000 medewerkers, onder wie 200 specialisten. Ziekenhuis Vreugdedans werkt met een jaarlijks budget van ongeveer € 200.000.000. Het biedt, naast alle basisfaciliteiten, tevens topklinische functies aan. Het topklinische karakter ontwikkelt zich gestaag en vindt erkenning in en buiten de regio. Nagenoeg alle medische specialismen zijn vertegenwoordigd. Voor enkele jaren terug is ziekenhuis Vreugdedans als traumacentrum (één van de 11 in Nederland) aangewezen. De afdeling waarvan de informatie en financieel deskundige afkomstig is, is nog zeer recentelijk in gebruik genomen.

### **Cultuur**

Cultuur is dat complexe geheel van kennis, geloof, kunst, wetgeving, moraal, gewoonte plus andere vaardigheden en rituelen, dat mensen nodig hebben als lid van een samenlevingsverband (<http://www.wjsn.nl>). Cultuur als geheel kan worden gekenmerkt als een set ongeschreven regels die in iedere organisatie gelden (en per organisatie verschillen), zich ontwikkelen en waarnaar gehandeld wordt. In een onderzoek van Keizers-Unshelm (2006) waarin zij de vergrijzing bekeek merkte zij het volgende op:

Medewerkers werkzaam binnen één van de 3 gebouwen zijn niet altijd bereid (tijdelijk) in een ander gebouw te werken, ondanks dat het dezelfde afdeling en werkzaamheden betreft. ... intensieve samenwerking en uitwisseling van personeel tussen de clusters ... ontbreekt ... aangestelde clustermanagers voor de primaire clusters, proberen door middel van gezamenlijke projecten, de samenwerking tussen de clusters te intensiveren.

We zouden hieruit kunnen afleiden dat binnen ziekenhuis Vreugdedans geldt dat samenwerking van onderlinge afdeling nog moeizaam gaat, hoewel er goede voorstellen zijn gedaan en projecten zijn gedefinieerd om deze te verbeteren.

Hoewel we in het praktijkonderzoek niet hebben gelet op het cultuuraspect is het om een volledig beeld van de situatie te krijgen, noodzakelijk hier toch iets over op te nemen. Cultuur speelt een belangrijke rol in iedere verandering en speelt, zonet de belangrijkste rol vanwege zijn enorme omvang, verschillende opvatting en moeite te controleren.

### **Ontwikkeling van het ziekenhuis**

Ziekenhuis Vreugdedans heeft de ontwikkeling van de DBC systematiek op de voet gevolgd. Dat heeft er toe geleid dat de organisatie in een vroeg stadium kon inspelen op de ontwikkelingen die plaatsvonden omtrent DBC's. Ziekenhuis Vreugdedans constateerden dat vanuit politiek Nederland acties werden ondernomen om de

ziekenhuizen meer innovatief, transparant en doelmatiger te maken op basis van een goede kostenbeheersing.

Als gevolg van de verwachte invoering van DBC's begon ziekenhuis Vreugdedans reeds in 2002 met de implementatie van een (basis)datawarehouse en Business Objects. Over het algemeen heeft een datawarehouse als voordeel dat het in staat informatie te verzamelen uit verschillende bronnen (bv. verschillende registratie systemen) en deze op een gebruikersvriendelijke te tonen, aangepast op wensen van de specifieke gebruiker. In een grote organisatie als een ziekenhuis bijna een vereiste zou men kunnen zeggen omdat iedere manager weer eigen waarde hecht aan andere informatie en daardoor een eigen rapportage kan krijgen.

Ziekenhuis Vreugdedans was één van de Nederlandse ziekenhuizen die de informatiesystemen opnieuw ging inrichten. "Data over financiën, verrichtingen, de operatiekamers en andere afdelingen wordt opgeslagen in afzonderlijke bronsystemen. Vanwege de invoering van de al eerder genoemde DBC's moesten we een compleet beeld van de patiënt kunnen krijgen. Dit betekende dat we een oplossing moesten vinden om stuurinformatie uit de verschillende bronsystemen te destilleren en accurate rapportages te maken als basis voor onze besluitvorming.", aldus een beleidsmedewerker.

Zoals al eerder vermeld in dit document, werd er een producttypering ontwikkeld voor de curatieve zorg, uiteindelijk de zogenaamde DBC's. Binnen vele ziekenhuizen, niet alleen ziekenhuis Vreugdedans, werd daarom de juiste en correcte registratie van activiteiten erg belangrijk en werd er onderzoek gedaan hoe deze registratie zo goed mogelijk kon plaatsvinden. Dit hield in dat er gekeken werd naar registratie van de juiste activiteiten, handelingen, middelen, etc, bij het correcte product, op de correcte plaats binnen de correcte afdeling. Heel simpel gezegd werd het belangrijk dat het proces van vastleggen en registreren goed verliep, dat afdelingen de registraties moesten verrichten binnen de afdeling en bij het correcte product. Deze eerste stap bleek tijdrovend en uitgebreid omdat de organisatie in sommige gevallen daar nog niet op was voorbereid of anders was ingericht. In deze periode moesten blokkades worden opgeheven en werden uiteraard ook vraagtekens gesteld bij de inrichting van sommige processen en werkwijzen. Sommigen van deze blokkades gingen gepaard met conflicten binnen de cultuur zoals we die eerder beschreven. Samenwerking en een collectief gedachtegoed was erg belangrijk voor het succesvol doorlopen van deze periode.

"We zullen ook naar andere onderdelen van de organisatie moeten kijken, uiteindelijk zijn wij onderdeel van een groter geheel. We moeten meer gaan sturen op vraag en aanbod. Zo wil de afdeling oogheelkunde bijvoorbeeld dat staaroperaties binnen zes weken kunnen worden

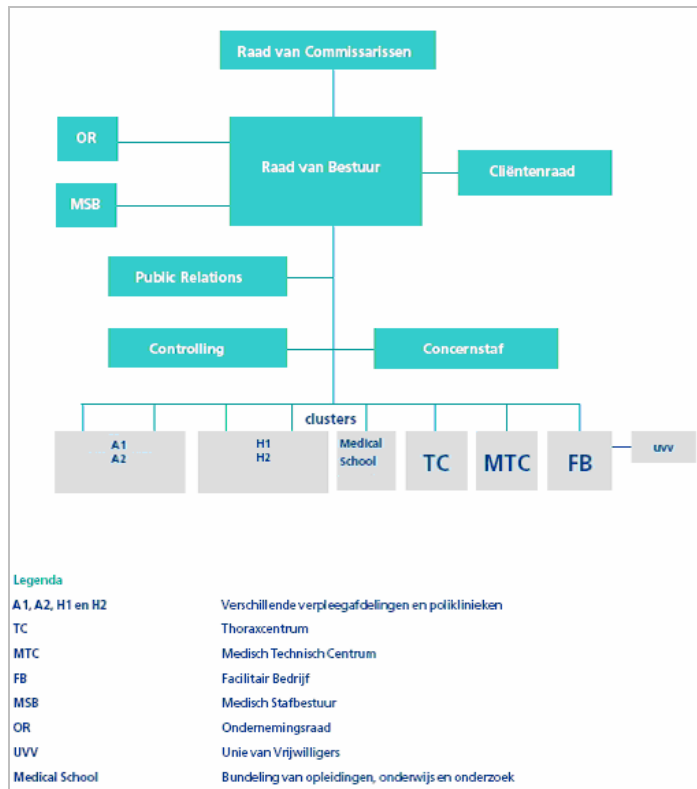
geopereerd. Dat mag voor ons misschien niet efficiënt zijn, in de hele keten van zorg is het dat weer wel", aldus de manager operatiekamers en clustermanager.

Een volgende stap, na optimale registratieresultaten (wanneer de kosten en opbrengsten die er mee gemoeid zijn om het nog verder te verbeteren niet langer een acceptabel evenwicht vertonen) kon er gekeken worden naar zogenaamde verbeterpunten.

Bij ziekenhuis Vreugdedans hebben de ontwikkelingen geleid tot de conclusie dat onder andere organisatieverandering een permanent proces van de organisatie moet worden en zich zal relateren aan in- en externe veranderende omstandigheden. In besluiten van de raad van bestuur is terug te vinden dat organisatieverandering, of verandering van zichzelf, een vanzelfsprekende activiteit zou moeten worden waardoor een schoksgewijze aanpak tegen kan worden gegaan, anticipatievermogen bij medewerkers verhoogt. Resultaat zou zijn dat dit per saldo minder energie en kosten met zich mee zou brengen. In deze gedachten schuilt voor de organisatie velen voordelen maar het vereist ook, vooral in het huidige stadium van ontwikkeling, een grote acceptatie.

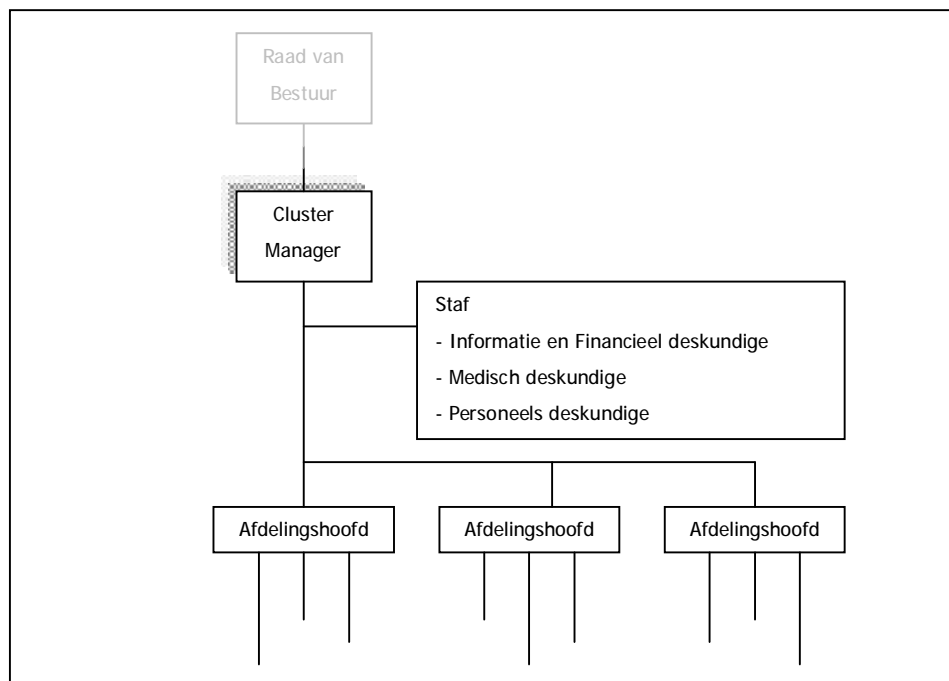
### **Organisatiestructuur**

Anno 2005 was ziekenhuis Vreugdedans ingedeeld in clusters, de volledige organisatie bestaat uit zes clusters. De oorsprong van deze clusters is sterk gerelateerd aan hun ligging in een absolute zin en veranderingen die in voorgaande jaren hebben plaatsgevonden. De organisatie is als volgt ingedeeld:



Illustratie 12 - Organogram Ziekenhuis Vreugdedans

Als er vervolgens gekeken wordt naar de indeling van een cluster treft men ongeveer de volgende structuur aan:





### Illustratie 13 - Organogram van een cluster

Een cluster is opgebouwd uit verschillende afdelingen, die hun scheiding kennen in de verschillende specialismen. Elke afdeling kent op zijn beurt een eigen structuur, afhankelijk van de grootte uitgedrukt in het aantal personen en FTE's wat er werkzaam is, zal men er nog een eerste verantwoordelijk aantreffen als aanspreekpunt voor het afdelingshoofd. Op een nog lager niveau kenmerkt het zich als zeer plat en weinig formele verdieping in niveaus.

Het afdelingshoofd heeft onder zijn directe verantwoordelijkheid de volledige afdeling, wat voor sommige afdelingen betekent dat dit soms meer als 100 personen zijn. Ter illustratie van de grootte en problematiek van een dergelijke afdeling; met alle 100 personen dient een functioneringsgesprek worden aangegaan, aangezien dit onder de verantwoordelijkheid en directe taken van het afdelingshoofd valt, kan dit een erg tijdrovende klus zijn.

Keuzen voor deze platte structuur waren destijds om een slagvaardige besluitvorming en duidelijkheid naar medewerkers te creëren.

#### Sturing binnen het ziekenhuis

Sturing vinden we terug in de organisatiestructuur in de vorm van een hiërarchisch geheel. De cluster manager onderhoudt contact met de afdelingshoofden onder zijn verantwoordelijkheid, hetzelfde geldt voor het afdelingshoofd ten opzichte van zijn afdeling. Op hoog niveau is de Raad van Bestuur verantwoordelijk voor de lange termijn plannen en de tactische sturing.

#### Motieven van veranderen

Belangrijkste aanpassing bij die ziekenhuis Vreugdedans worden doorgevoerd zijn de wijzigingen in de organisatiestructuur. De aanpassing van de organisatiestructuur geldt als een tussentijdse bestuursvorm. Uiteindelijk wordt er gestreefd een organisatievorm te ontwikkelen gebaseerd op klinische of thematische centra, hier wordt meer over geschreven in het onderdeel Nieuwe organisatie.

Het beoogde resultaat is als volgt geformuleerd in het besluit:

- Kwalitatief hoogwaardige en veilige zorg
- Optimaal management participatie van de medische staf
- Verbetering van de aansturing en begeleiding van medewerkers
- Doelmatige bedrijfsvoering

Ziekenhuis Vreugdedans wil een organisatie neerzetten met minimale hiërarchische lagen, welke doelmatig en doeltreffend zijn mensen inzet, functiegerichte centrale diensten en een kleine span of control.

### Nieuwe organisatie

Er worden een aantal centrale stafdiensten ingesteld, daarbij moet gedacht worden aan HRM, Financiën & Informatie, PR & Voorlichting, ICT. Elke stafdienst staat onder leiding van een stafmanager. Daarnaast gaan er Resultaat Verantwoordelijke Eenheden ontstaan. Dit zijn een aantal klinische centra, of thematisch georganiseerde centra binnen de organisatie waarbij er één RVE per specialisme geldt.

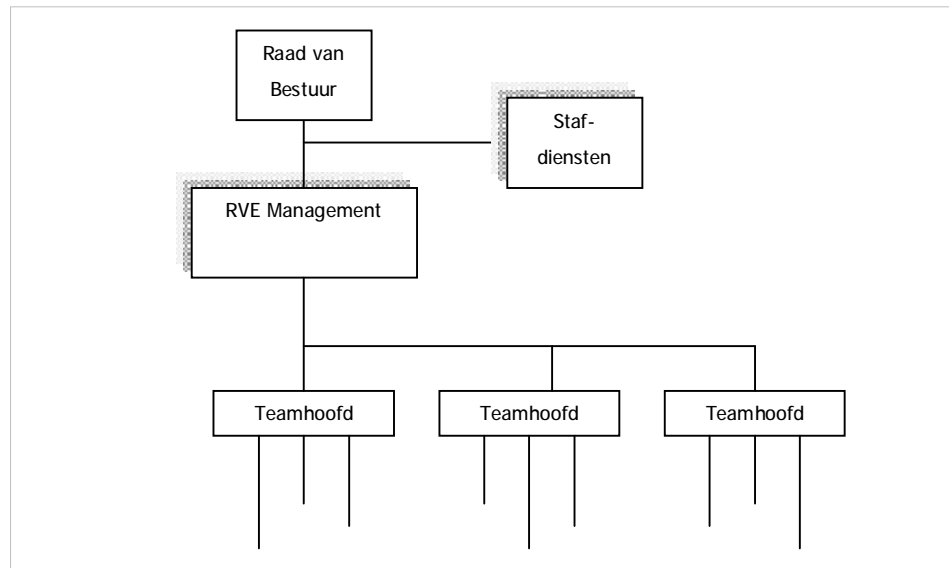
De leiding van een RVE bestaat uit een dualmanagement, waarbij één medisch manager en een bedrijfskundig manager zullen worden neergezet. Beide moet in overleg concrete acties opstellen voor de RVE en zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de gemaakte productie- en kwaliteitsafspraken (budgetverantwoordelijkheid). Deze afspraken worden in overleg met de Raad van Bestuur gemaakt. De RVE's worden daardoor beoordeeld hoe ze met hun geld zijn omgegaan en wat ze daarvoor gedaan hebben. Een volgende stap is om te bepalen of de zorg juist bij die RVE's is verbeterd of verslechterd in kwaliteit om te bepalen of een RVE succesvol is.

Samen zijn de beide managers verantwoordelijk voor de bevordering van samenwerking en afstemming van zorgprocessen met andere RVE's. De medisch manager heeft als aandachtsgebied het adequaat functioneren van de patiëntenzorg / zorginhoudelijke processen en de bedrijfskundig manager het adequaat functioneren van het bedrijfsproces zoals financiën, logistiek, investeringen, materiele zaken, ICT en P&O.

Bestuursvoorzitter: "Resultaat Verantwoordelijke Eenheden zijn precies wat het woord zegt, ze zijn verantwoordelijk voor hun resultaat, men wordt zelf verantwoordelijk gemaakt voor het werk wat men doet, inclusief het management, het bestuur wat daar voor nodig is."

Binnen de RVE's worden ook teamhoofden aangesteld. Hij of zij ontvangt leiding van de bedrijfskundig manager en geeft hiërarchisch leiding aan de medewerkers van een team binnen de RVE. Draagt zorg voor het plannen van werkzaamheden en personele bezetting, onderhoud en beheer van ruimten, middelen en inventaris. Daarnaast is deze persoon belast met het aansturen en begeleiden van het team en bevorderen van het werkklimaat.

De verantwoordelijkheden voor deze persoon zijn het behalen van afgesproken resultaten, waaronder deel-budgetverantwoordelijkheid en zal hierover verantwoording afleggen naar RVE management.



**Illustratie 14 - Nieuwe Organisatiestructuur Ziekenhuis Vreugdedans**

Veel van de nieuwe structuur kunnen we terugherkennen in de bestaande clusterstructuur. Wat wel belangrijk is op te merken dat er slechts 6 clusters waren maar het aantal RVE's binnen de nieuwe structuur boven de 30 uit stijgt. In wezen ontstaat er dus meer differentiatie en een hoger detailniveau binnen de besturing van het ziekenhuis.

#### **Nieuwe marktontwikkelingen**

Tot slot een aantal nieuwe ontwikkelingen waarvan kan worden gezegd dat ze in meer of minder mate ook te maken hebben of gelijkenissen vertonen met het gedachtegoed van de DBC's.

Onlangs hebben investeringen binnen ziekenhuis Vreugdedans geleid tot een goede naam in de regio en een toenemend aantal zorgvragen. Vervolgens is er voor gekozen een deel van het budget te investeren. De investering is een extra service die het ziekenhuis kan bieden naar naasten mensen van patiënten die een bezoek brengen voor uiteenlopende redenen. Zo'n investering zal in ogen van de klant ongetwijfeld meespelen in het beoordelen waar de zorg zal plaats vinden, maar opnieuw, deze investeringen spelen vooralsnog alleen een rol bij planbare zorg.

Onder de naam "Volg je hart" laat de verzekeraar een project zien dat in een samenwerking met het ziekenhuis, Philips en Zilveren Kruis Achmea tot stand is gekomen. Chronische hartpatiënten krijgen thuis een speciaal kastje, waarmee op

afstand controle plaats kan vinden. Daarnaast wordt er via de tv informatie verstrekt om bij te dragen aan een gezondere levensstijl. Het project is zeer geslaagd omdat er voor alle partijen veel voordelen behaald worden.

Inmiddels vinden er ontwikkelingen plaats binnen de zorgmarkt die voor de markt zelf baanbrekend te noemen zijn. Op tv zijn reeds commercials te zien hoe zorgverzekering Univé een uitgekilde polis aanbied aan een beperkte groep uit de Nederlandse samenleving. Hierin biedt de verzekeraar fikse korting op het polisbedrag als gevolg van verplichtingen voor de planbare zorg. Bij mij op dit moment bekend als één van de koploper als het aankomt op een nieuwe inslag in de zorg. Opmerkelijk is wel dat voorlopig deze polis gecombineerd gaat met één ziekenhuis.

Hoewel dergelijke ontwikkelingen waren ingecalculiseerd tijdens het instellen van de DBC-systematiek, blijft het noemenswaardig dat deze vanaf heden pas óf ook beschikbaar komen.

### *Samenvattend*

In dit hoofdstuk hebben we neergezet dat bezig zijn (arbeidsfunctie) alleen niet voldoende is, maar dat er in de volledige organisatie naar gehandeld moet worden (verantwoordelijkheden en constante verbetering). Dat kan betekenen dat de organisatie moet veranderen maar dat ten minste duidelijk moet worden gecommuniceerd (interne netwerk, externe netwerk en terugkoppeling) en er voldoende ondersteuning (draagvlak en correcte registraties) moet zijn.

De case studie heeft dit kracht bijgezet en heeft laten zien hoe een ziekenhuis zich ontwikkelt naar een doelmatige en resultaatbewuste organisatie.

### *Kwaliteit*

Zoals ook in het vorige deel van dit hoofdstuk, moeten we ook in dit deel iets zeggen over de kwaliteit van het praktijkonderzoek. Het is allerminste opmerkelijk dat we tijdens dit praktijkonderzoek slechts gebruik maken van een aantal interviews en een enkele case, zijnde het Ziekenhuis Vreugdedans, om ons tot inzichten te brengen en conclusies. Redenen daarvoor zijn reeds beschreven en hoewel er vele mogelijkheden waren om dit praktijkonderzoek te laten plaatsvinden is er destijds voor de huidige opzet gekozen.

De kwaliteit van dit onderzoek is eenzijdig. We hebben ons laten informeren door financiële betrokkenen in slechts enkele ziekenhuizen die Nederland rijk is en

hebben daarbij bijvoorbeeld niet gekeken naar verschillende managementniveaus in de ondernemingen. Daardoor zouden we kunnen zeggen dat de kwaliteit een vertekening bevat. Er moet rekening gehouden worden met dit vertekenend beeld tijdens het opstellen van conclusies en uiteraard waarneer deze zou worden overgenomen. Het kan om die reden verstandig zijn een vervolg onderzoek te laten plaatsvinden naar aanleiding van de conclusies om een helder beeld te krijgen van de mogelijkheden en daarmee een duidelijke set verwachtingen te definiëren.



# Analyse

De doelstelling van dit onderzoek was het in kaart brengen van de huidige situatie in ziekenhuizen met betrekking tot het kostprijsmodel en de veranderingen in besturingsmodellen. Aan de hand van het praktijkonderzoek en een theoretisch kader wordt daarom gekeken naar de nieuwe ideeën, visies en ontwikkelingen. Daarmee wordt in dit hoofdstuk ook de vraag beantwoordt: *“Welke veranderingen in het besturingsmodel zien we gekoppeld aan de veranderingen in de financieringsstructuur?”*

In lijn met de structuur van dit document zal een analyse worden weergegeven van de besturing, de kostprijzen met binnen die onderdelen de koppeling naar de praktijk. Daarna wordt op de koppeling tussen de besturing en de kostprijzen. Onderstaand een opsomming van de onderwerpen en inhoud welke zal worden beschreven in deze analyse.

Onderwerp	Probleem en mogelijke oplossing
<i>Besturing</i>	
Gebruik van paradigma	Toepassing van het klassieke sturingsparadigma komt nog té veel voor. Er valt te pleiten voor een verschuiving naar een multi-actor of netwerkmodel.
Duidelijk communiceren	Implementatie van de kostprijzen is nog onvoldoende gebleken. Juist communiceren door de niveaus van besturing is noodzakelijk voor een integratie in de organisatie.
<i>Kostprijzen</i>	
<i>Gedwongen toepassing</i>	Kostprijzen zijn door de omgeving opgelegd aan ziekenhuizen. De focus op voordelen en interne integratie moet leidend zijn om frustraties te voorkomen.
Onzekerheid van vrijheden	Onduidelijkheid en onzekerheid door de vrijheden die

	worden gegeven. Transparantie van proces en handelingen zou deze onzekerheid deels kunnen wegnemen.
Kostprijzen en de werkvloer	Kostprijzen stellen de klant centraal. Op de werkvloer al langer het geval binnen bijvoorbeeld logistieke doeleinden. Deze combinatie kan nog nadrukkelijker worden benut.
Benchmarking	Benchmarking geeft meer betekenis aan kostprijzen. Investeren in het opstellen van benchmark mogelijkheden is een kans voor DBC-Onderhoud.
<i>Besturing en kostprijzen</i>	
Balanced scorecard	De balanced scorecard geeft juiste inzichten in de organisatie in combinatie met sturing op juiste resultaten. Toepassing van dit model moet wel op vier onderdelen zonder dat er één onderdeel onvoldoende wordt ingezet.
Interne verschuiving	Verschuiving van de verantwoordelijkheden naar lagere niveaus in de organisatie moet gepaard gaan met de verschuiving van de middelen.
Klant centraal	De klant komt meer centraal te staan in het ziekenhuis. De klant zal na zijn bezoek wederom naar dat ziekenhuis willen terugkeren.

## Besturing

Voorafgaand aan dit hoofdstuk is de veelzijdigheid toegelicht van het begrip sturing. We hebben verschillende vormen van sturing onderkend en de toepassing daarvan. Een aantal van die vormen en toepassingen zijn herkend gedurende het praktijkonderzoek.

### *Gebruik van paradigma*

Het klassieke sturingsparadigma afkomstig uit de theorie van Taale (2004), waarin de sturing van bovenaf naar beneden vloeit kunnen we in vrijwel alle van de hedendaagse, niet alleen ziekenhuis-, organisaties herkennen. Zoals in de theorie naar



voren is gekomen is het bij uitstek een geschikt model bij eenduidig te definiëren problematiek en crisissituaties waarin helderheid en structuur belangrijk zijn. Modellen waarin de sturing vrij door de organisatie verplaatst en er nauwelijks sprake is van een autonome of besturende actor zijn juist nuttig bij problemen die afwijken van kant en klare oplossingen. Als we deze theorie parallel trekken aan de bevindingen uit de praktijk zijn er duidelijke herkenningpunten.

- De problematiek die we tegenkomen zijn niet altijd eenduidig gedefinieerd. Stel maar eens een diagnose door middel van enkele klachten of symptomen.
- Binnen het ziekenhuis is men kennisintensief bezig met ontwikkelingen op het gebied van medische behandelingen, apparatuur, toepassingen en medicijnen. In vrijwel alle ziekenhuizen vind onderzoek plaats om de kennis te verrijken en te delen met anderen. Natuurlijk zijn de ziekenhuizen organisaties met professionals, een arts wordt je niet zomaar.
- Ook de omgeving speelt een enorme rol bij een ziekenhuis. Neem de DBC's en de kostprijzen waar we het in dit onderzoek over hebben, het was de omgeving die dit heeft neergelegd bij het ziekenhuis en heeft opgedragen deze te hanteren.

Hoewel in de ziekenhuisorganisatie uit ons praktijkonderzoek het klassiek sturingsparadigma is te herkennen, en dit ook bij andere organisaties wordt aangetroffen, zou je bij een dergelijk veranderlijke omgeving, kennisintensieve en professionele organisatie een netwerkmodel verwachten. Vaak is de oorzak terug te herleiden naar eerdere opvatting hoe een organisatie moest worden georganiseerd, namelijk volgens het klassiek sturingsparadigma. Betekent dit dan dat er helemaal geen netwerkmodel toepassing bestaat in ziekenhuisorganisatie? Nee, een hedendaagse ziekenhuisorganisatie bestaat uit twee (hoofd)actoren, namelijk het eerdergenoemde ziekenhuisbedrijf en het MSB.

Binnen een MSB herkennen we velen professionals. Professionals typeren we als hoog opgeleide. Deze hebben zich binnen een MSB tot een eigen organisatie gevormd. De organisaties van een MSB zijn soms klein, anderen juist groter. Het zijn deze MSB's waarbinnen we het multi-actor of netwerkmodel zullen aantreffen. Het klassiek sturingsparadigma is wat deze MSB's verbindt met elkaar en combineert tot een ziekenhuisorganisatie zoals we dat kennen als klant of patiënt.

### *Duidelijk communiceren*

Een ander praktijkprobleem wat werd aangegeven was de communicatie. Dit kwam terug in de interviews en ook in het praktijkonderzoek bij het ziekenhuis Vreugdedans.

In de praktijk wordt aangegeven dat het duidelijk communiceren van verantwoordelijkheden, creëren draagvlak (communiceren), terugkoppeling en constante verbetering moet leiden tot betere kostprijzen.

Geïnterviewden gaven vaak aan dat slechts zij, soms met de ondersteuning van een enkele ander, zich bezig hielden met de kostprijzen binnen hun organisatie. Dit kon niet alleen bij kleinere organisaties worden geconstateerd, ook bij grotere was de arbeidsfunctie voor de kostprijzen in parttime vorm. De geïnterviewden gaven hierbij vaak aan dat de kostprijzen nuttig zijn voor de organisatie, maar dat er onvoldoende in werd geïnvesteerd.

De praktijk heeft ook aangetoond dat kennisverspreiding en gedragenheid door DBC activiteiten en dan vooral de inzet van kostprijzen bij meerdere personen te beleggen voordeel oplevert voor de organisatie in de nauwkeurig van de gegevens en de toepassing tijdens investeringsbeslissingen. Kennisverspreiding komt ook terug in het praktijkonderzoek bij het opstellen van een intern netwerk binnen de organisatie en de vraag naar een extern netwerk waarin bijvoorbeeld via een forum contact zou kunnen worden gezocht om problemen bespreekbaar te maken en kennis te verspreiden. Tot slot zou zelfs het herijkingproces en betrekken van de software leverancier een rol spelen.

In de case studie komt dit al wel meer tot uiting. Meer en meer wordt de financiële zijde van de onderneming daar benadrukt binnen de structuur. De organisatie beleeft daar een omslag naar een meer resultaatgerichte structuur waarin de DBC prima tot zijn recht komt. Ook waren in de huidige structuur, verspreid door de organisatie, financiële deskundige aanwezig om de medisch specialisten te zijde te staan waar nodig.

Hierin kan een model worden herkend wat al eerder is genoemd. Neem het model van Deming, met zijn PCDA-cirkel. De cirkel beschrijft een aanpak voor procesverbetering en lijkt uitermate geschikt binnen dit praktijkonderzoek. De toepassing van dit model zou er toe moeten leiden dat het operationaliseren van datgene we willen bereiken met de balanced scorecard beter zijn weg in de organisaties vindt. Voor de balanced scorecard kennen we nog een ander implementatieplan: voorbereiden, communiceren, vertalen, herzien, implementeren en feedback. Op het moment dat er wordt voorbereid en dit vervolgens in de organisatie terecht komt zal er helder en duidelijk gecommuniceerd moeten worden. Workshops, presentaties en documentatie kunnen dienen om mensen op de hoogte te brengen. In de praktijk bleek vaak dat er onduidelijkheden waren. Er stond wel iets te

gebeuren, soms gebeurde het zelfs al maar hoe het precies verliep of wat de status was, bleef onduidelijk. Zeker bij grote organisatie kan dit voor frustraties zorgen. Stel de situatie voor dat we in een kring zitten en een bericht aan het begin van de kring in iemands oor fluisteren en dit doorvertellen. Uiteindelijk komt dat bericht vervormd terug. Hoe groter de organisatie, hoe groter de vervorming van het bericht tenzij we dit duidelijk en helder communiceren naar iedereen.

## Kostprijzen

Eerder is er een beeld gegeven van het kostprijsmodel zoals dat binnen de DBC systematiek geldend is. In zijn complexiteit en vele facetten blijkt het een model te zijn waarin we kosten herleidden tot productprijzen. Bij de geïnterviewde bleek dat DBC's en kostprijzen inmiddels een bekend fenomeen zijn. Dat is ook niet verwonderlijk als we nagaan dat het verplicht is gesteld en inmiddels een begrip is waarover al jaren wordt gesproken, gedebatteerd, gediscussieerd en aan wordt doorontwikkeld. Ze vinden hun oorsprong in de financiële kant van het ziekenhuis, maar worden ook vertaald naar de werkvloer.

### *Gedwongen toepassing*

Kostprijzen zijn specifiek ofwel uniek per organisatie. Op een hoger niveau worden regels verstrekt om kostprijzen op te stellen, deze regels zijn kaderstellend en bevatten weinig concretisering. Achterliggende gedachte is dat deze moeten leiden tot een aantal kaders maar voldoende vrijheid moeten bieden tijdens de toepassing in de organisaties (ziekenhuizen) zelf. In de praktijk bleek de beleving van de DBC's/kostprijzen een last, een extra verplichting die niet direct leidt tot een verbetering van de werkprocessen of eindproducten. Hoewel dat ook komt door de inrichting van de organisatie en de toepassing van de gegevens ziet hierin een kern van waarheid.

Voor een enkele organisatie kunnen de kostprijzen meer dan alleen maar als middel voor aanlevering worden gezien. Intern kan erop gestuurd worden en kunnen managers zien hoe de kosten zich vertalen naar de klant. De manager/medische professional moet zich meer en meer gaan afvragen het wel nuttig is, of datgene wat hij doet bijdraagt aan het medisch en financieel belang van de patiënt. De vraag die daarmee gepaard gaat; wil je een medische specialist in die rol plaatsen.

## *Onzekerheid van vrijheden*

Het kostprijsmodel zoals dat is beschreven in het theoretisch kader biedt vele mogelijkheden en dit komt ook terug uit de praktijk. De vele mogelijkheden die het biedt, resulteert in onduidelijkheid en onzekerheid.

- De keuzes en aannames zijn mogelijk zo divers dat er wordt getwijfeld of er op het niveau van DBC-Onderhoud wel de juiste getallen gedestilleerd kunnen worden wanneer je dit zou willen vertalen naar één DBC vanuit verschillende ziekenhuizen.
- De vrijheden creëren ook wantrouwen, niet alleen bij de ziekenhuizen maar ook bij de organisatie die de gegevens ontvangt. Doordat kosten niet altijd direct zijn toe te wijzen schuilt in de indirecte kosten grote onzekerheid. De keuzes die daarin worden gemaakt zijn van invloed op de hoogte van de kostprijzen, worden die keuzes niet overal hetzelfde gemaakt ontstaan er dus geen 'gelijke' kostprijzen.
- De keuzes in kostenplaatsen lijkt eenvoudig maar kan voor de toerekening naar DBC cruciaal zijn. Vaak zijn deze keuzes in de praktijk nog gekoppeld aan de huidige organisatiestructuur. Bij deze structuur is niet aan financiële bepalingen gedacht, dus of een kostenplaatsenstructuur volgens organisatiestructuur wenselijk is, is nog maar zeer de vraag.
- Ook blijkt dezelfde keuze 'volledig' vrij wordt gelaten als het aankomt op kostensoorten, kostendragers en methoden van toewijsbaarheid.

Allen bronnen van onzekerheid wanneer cijfers van organisaties met elkaar worden vergeleken en er wordt gegeneraliseerd. Transparantie van proces en handelingen zal veel van deze onzekerheid kunnen wegnemen. Dit zou vooral onzekerheid bij de financieel deskundige moeten wegnemen zodat deze nog beter de integratie en toepassing van kostprijzen zou kunnen uitdragen in zijn organisatie.

## *Kostprijzen en de werkvloer*

De opbouw van de DBC, vanaf het moment dat de klant (patiënt) bij het ziekenhuis komt, tot het moment dat deze het ziekenhuis verlaat en een factuur meekrijgt, de klant de centrale rol speelt. Ook in ziekenhuizen komt die benadering terug op meerdere plekken. Tijdens onze interviews werd wel eens als voorbeeld genoemd dat afdelingen die voor behandeling van de klant met elkaar te maken hadden, fysiek dichterbij elkaar zijn geplaatst.

Dit logistieke aspect - dat op de werkvloer in een vroeg stadium werd erkend en waarin de klant een centrale rol speelt - is pas later vertaald naar de financiële omgeving. Enigszins tot een opmerkelijk detail wat niet ongenoemd mag blijven. Ook

omdat dit nog wel eens ter discussie kan staan. Het benutten van deze overeenkomst kan er ook toe leiden dat de inzet van DBC's ofwel kostprijzen binnen de organisatie een nuttige kan zijn.

### *Benchmarking*

Ziekenhuizen reageerden enthousiast op de mogelijkheid om hun gegevens (tot op een zekere hoogte) te kunnen benchmarken. Benchmarken stelt een organisatie in staat zijn eigen gegevens te toetsen tegen een toetsingkader uit de markt om daaruit te kunnen afleiden hoe het presteert ten opzichte van andere organisaties in dezelfde markt. Ook hierin schuilt potentie voor de DBC.

Wanneer ziekenhuizen in staat zijn hun resultaat te spiegelen aan die van de markt geeft hun dat inzicht van absolute verbeterpunten en punten waarop het een voorsprong heeft ten opzichte van zijn concurrenten. Het is vervolgens aan het bestuur om te kijken wat het hiermee doet. Een ziekenhuis kan er immers voor kiezen zorgelijke onderdelen van het ziekenhuizen gezonder te maken, geld te investeren om die onderdelen te verbeteren. Een andere mogelijkheid is de voorsprong op de concurrentie te vergrootten door investeringen te doen in bijvoorbeeld een nog stevigere kwaliteit/kosten positie.

## **Besturing en kostprijzen**

Hieronder wordt de koppeling tussen besturing en kostprijzen nadrukkelijk gezocht. Vervolgens wordt gekeken welke verandering in besturing gezien kan worden als komend vanuit de verandering van het financieringssysteem, de kostprijzen.

### *Balanced scorecard*

In het praktijkonderzoek herkennen we op een hoger niveau de inrichting van de balanced scorecard. Niet alleen tijdens de case studie maar ook tijdens de interviews werd het model herhaaldelijk genoemd. De balanced scorecard is een manier om onze organisatie in te richten. Het beschrijft op vier niveaus onze doelen en dwingt ons deze te vertalen naar operationele resultaten. De kracht ligt vooral in het vertalen van lange termijn doelen naar korte termijn activiteiten.

Ziekenhuis Vreugdedans heeft zijn doelen geformuleerd en heeft geconstateerd dat dit in operationele fasen moeilijk is te vertalen. Vandaar dat de organisatiestructuur is veranderd en er nieuwe functies zijn ontstaan. De grootste verandering is de opdeling naar de zogenaamde RVE's waarin een dualmanagement de verantwoordelijk heeft over een zogenaamde eenheid. Binnen dat dualmanagement zit een medisch manager en een bedrijfskundig manager. Hierbij

zien we dat de verantwoordelijkheid lager in de organisatie wordt belegd, een dualmanagement wordt verantwoordelijk voor het resultaat en niet langer verantwoordelijk voor de uitvoering van de bijbehorende activiteiten.

We zouden de basisprincipes van de balanced scorecard kunnen herkennen. Hoger management stelt doelen en bepaald strategie. Deze worden vervolgens vertaald naar resultaten die bepaald dienen te worden en komen terecht bij dit dualmanagement. Vervolgens is het aan dit dualmanagement om een rapportage te maken van hun prestaties en dit terug te koppelen. Deze rapportage is niet alleen voor hoger management nuttig maar ook voor het dualmanagement dwingt het zicht te houden op hun eigen organisatie en ook actief te sturen op deze resultaten. Juist binnen deze rapportages zijn mogelijkheden om kostprijzen op te nemen.

Het dualmanagement is niet heilig. Binnen ziekenhuis Vreugdedans zijn enkele tientallen RVE's ingericht en daarbinnen zijn een aantal mensen verantwoordelijk voor een aantal RVE's. Simpel gezegd, een enkele bedrijfskundig manager kan tot 8 RVE's onder zijn verantwoordelijkheid hebben. Een zelfde hoeveelheid is bij de medisch manager herkenbaar. Doordat die persoon, op die positie, meerdere verantwoordelijkheden heeft zou niet alleen een verstrengeling van belangen kunnen optreden maar ook een verlies van effectieve sturing. Hoeveel kan een manager immers (be)sturen vanaf zijn positie, zeker als deze maar parttime beschikbaar is voor die RVE?

### *Interne verschuiving*

Er vind een verschuiving plaats van verantwoordelijken waarbij deze ook gevolgen heeft voor bestuurlijke modellen. Waar we voorheen wellicht veel topdown en hiërarchische structuren opmerkten wordt er in toenemende mate gesproken over strategische business units, resultaatverantwoordelijke eenheden of zogenaamde miniondernemingen binnen het ziekenhuiswezen. De ontwikkelingen doen denken aan het eerder genoemde klassiek sturingsparadigma wat langzaam verschuift naar een multi-actor model of wellicht uiteindelijk zelfs netwerkmodellen. Ook opvatting van De Leeuw die we in het theoretisch kader hebben benadrukt lijken waar, waarin onderneming meer en meer in staat moeten zijn zichzelf te besturen.

Het ziekenhuis Vreugdedans bevindt zich op dit moment in een tussentijdse bestuursvorm. De omslag naar een organisatie met de zogenaamde resultaatverantwoordelijke eenheden is geen eenvoudige en gaat gepaard met de nodige uitdagingen; vind bijvoorbeeld maar eens de geschikte mensen om leiding te gaan geven aan een RVE. Er zijn veel voorwaarden waar zo iemand aan moet

voldoen. Ook dit hangt samen met de cultuur van de organisatie. De tussenvorm kan als een extra belasting worden gezien, of door sommige ook zo ervaren, maar omwille van duidelijke communicatie en omslag cultuur wel eens bijzonder waardevol.

De verschuiving in verantwoordelijkheden leidt ook tot een zelfbestuurlijkheid van de afdelingen. Zij worden zelf verantwoordelijk gesteld voor de omzet en moeten dus zelf aan de slag om hun verantwoordingen te gaan documenteren om knelpunten te overkomen en hiertegenover een aantal goede oplossingen te zetten. Belangrijk hierbij is wel dat de juiste middelen beschikbaar worden gesteld om deze verantwoordelijkheden te kunnen nakomen. Het is waarschijnlijk dat dit leidt tot een meer innovatief karakter en een onderneming die sneller geneigd is voordelen tot een positieve uitbuiting om te zetten.

### *Klant centraal*

Patiënten krijgen een centrale rol in het geheel als klant. Het is immers zo dat als de klant geholpen is er een factuur gestuurd kan worden en daarin zitten de toekomstige inkomsten van het ziekenhuis. Die verhoudingen lagen vroeger ook al zo, maar deze komen nog nadrukkelijker naar voren nu verantwoordelijkheden door de onderneming worden verdeeld. De nieuwe situatie betekent een kritische klant. Een verzekeringsmaatschappij die wil onderhandelen over prijzen. Een klant die graag geholpen wil worden bij een zorgvraag en het ziekenhuis wat de klant graag goed en snel van dienst wil zijn om te zorgen dat niet alleen de klant, maar het ziekenhuis zelf ook tevreden is.

Omdat die klant zo centraal komt te staan, wordt het belangrijk deze goed van dienst te zijn. Als een klant terugkomt van een ziekenhuisbezoek en geen positieve berichten heeft ten aanzien van de geboden zorg tegen zijn zorgvraag, wat let het andere klanten (patiënten) dan om niet eens een ander ziekenhuis in de regio te proberen. Hoewel dat vroeger ook wel gebeurden, dit keer zijn het de ziekenhuizen zelf die voor kosten van 'verloren klantpotentieel' moeten opdraaien, een goede klantbinding en tevreden klanten zijn essentieel.





## Conclusies en aanbevelingen

Dit is het afrondende deel van het document. Aan de hand van de bestudeerde literatuur, interviews en analyses wordt hier een opsomming gegeven van de verkregen antwoorden en resultaten en de conclusies die daaraan verbonden kunnen worden. Vooral wordt in dit onderdeel de vraag beantwoordt: *“Hoe kan tactisch management binnen ziekenhuizen beter sturen?”*. Daaraan verbonden aanbevelingen waarmee we de vraag van *“Welke stimulans/verbetering kan DBC-Onderhoud de ziekenhuizen nog bieden?”* willen beantwoorden.

### Algemene conclusie

Ik vind de ontwikkeling van de DBC een positieve binnen de ziekenhuisorganisaties. Het stelt de organisatie in staat zich meer bewust te worden van zijn producten en de daaraan gekoppelde kostprijs. Hoewel ik erken dat de kostprijs niet leidend moet zijn in de zorgvraag moet deze zeker zijn intreden doen op meerdere niveaus in de organisatie. Hierbij wil ik niet spreken over een resultaatgerichte organisatie maar in termen van een resultaatbewuste organisatie. Bewust zijn van de vele mogelijkheden en onmogelijkheden maakt een organisatie sterker en kan een organisatie doelmatiger maken.

Tactisch management kan sturing beter vormgegeven door kritisch naar de organisatie te kijken waarin op elk niveau de vraag gesteld zou moeten worden: *Ben ik instaat te sturen op resultaat en stel ik de juiste middelen beschikbaar?*. Naar mijn mening kan de organisatie daardoor meer resultaatbewuster optreden – zoekend naar een balans tussen lange termijn optimalisatie en korte termijn resultaat – waarbij het niet alleen aandacht heeft voor resultaatbewust financiën maar ook voor bijvoorbeeld kwaliteit, klanttevredenheid en communicatie naar de interne organisatie en externe omgeving. De vraag die een medisch specialist zichzelf kan stellen waarbij hij/zij nog steeds uitgaat van het beste belang van de patiënt is bijvoorbeeld: *Is de huidige ontwikkeling in het beste belang van de klant (de patiënt) en hoe kunnen we daarmee het belang van de organisatie dienen?*.

### De besturingsmodellen van ziekenhuizen zijn in ontwikkeling

Neem een willekeurig ziekenhuis en je kunt enkele veranderingen waarnemen waarbij zeker een gedeelte (zoniet de gehele) verandering een gevolg is van de verandering in het kostprijsmodel. Lang niet alle ziekenhuis organisaties hebben dat nog volledig

erkent of zijn er echt actief mee bezig en zouden dat wel moeten om hun eigen besturing- en kostprijsmodellering op orde te krijgen. De zoektocht zou moeten leiden naar een ziekenhuis wat klaar is voor de 21<sup>e</sup> eeuw met een passend besturingsmodel (en organisatiestructuur) conform wensen van zijn interne organisatie en externe omgeving.

De organisatie kan zich gesteund voelen door gebruik te maken van een aantal theorieën en kennis die zich richt op sturing, neem bijvoorbeeld de eerder genoemde Balanced Scorecard en INK-model wat zeker gelden als goede basis modellen voor het inrichten van de organisatie. Wat de theorie vooral heeft aangetoond is dat de financiële gegevens en productieaantallen niet zaligmakend zijn voor een goede sturing. Naast de sturing op basis van financiële gegevens moet een organisatie bereid zijn te erkennen dat er andere onderwerpen zijn waarop het moet sturen. De kostprijzen zijn echter wel een zeer bruikbaar hulpmiddel om deze financiële toepassing vorm te geven. De balanced scorecard biedt aanleiding om te kijken naar meer dan alleen kostprijzen. De visie die dit model neerlegt en gedachte die daar achter zit zou voor elke onderneming kunnen inspireren en zijn organisatie eigentijds in te richten.

### **Ziekenhuizen worden resultaatgericht en vol vertrouwen**

Meer en meer zullen de activiteiten en taken worden vrijgelaten en wordt er gecommuniceerd en gerapporteerd op basis van resultaten. Hierbij vloeien verantwoordelijkheden lager in de organisatie en moet hoger management leren mensen 'hun gang te laten gaan' en te vertrouwen. Vertrouwen; een zeer belangrijk thema, omdat dat uiteindelijk zal leiden tot een organisatie die daadwerkelijk op resultaten kan sturen. Er wordt wel gesproken in verantwoordelijkheden maar minder wordt daarbij gekeken naar beschikbare middelen om die verantwoordelijkheden te kunnen uitvoeren. Er wordt op papier wel geschoven met die verantwoordelijkheid de vraag is echter of dat in de praktijk ook daadwerkelijk haalbaar is. De ontwikkeling is positief en in lijn met denkbeelden hoe we een hedendaagse organisatie zouden moeten besturen.

### **De DBC voor interne besturing**

Er worden nog onvoldoende mogelijkheden of potentie erkent in het gebruik van DBC's voor de interne sturing. Financieel deskundige hebben kenbaar gemaakt deze mogelijkheden te zien, nog maar in weinig gevallen heeft dat geleidt tot een integratie van de DBC's door de gehele organisatie. We kunnen dit koppelen aan vele factoren, die we zeker in dit onderzoek ook nog wel eens onderbelicht hebben – denk aan cultuuraspecten, kennis en ervaring van de mensen die er gebruik van moeten

maken. Om DBC's puur en alleen als enig financieel besturingsmechanisme in te zetten gaat in tegen elk management besturingssysteem wat stelt dat er meerdere dimensies zijn. DBC's zijn wel een middel om de financiële dimensie meer inhoud te geven. DBC's zijn uiteindelijk immers het resultaat van vele inspanningen en past prima in een thema als "focus op resultaat".

#### **Kansen herkennen in frustraties**

Ongeduldig als we soms zijn heeft een dergelijke invoering als DBC's voor grote organisaties veel tijd nodig en is het gekozen pad van een geleidelijke invoering een logische – ook al leidt dat nog tot weerstanden, frustraties en meer becommentariëring op het gebruik van de systematiek. Ook omdat er op dit moment twee bekostingsmodellen actief zijn roept frustraties op. In het huidige stadium van invoering (en nadat we er al even mee zijn geconfronteerd) wordt er minder gesproken over last en steeds meer is sprake van mogelijkheden en kansen. De discussie die nu zou moeten aanbreken is die hoe we het DBC nog beter kunnen invoeren als integraal onderdeel van onze organisatie en hoe DBC-Onderhoud dit proces kan faciliteren.

## **Aanbevelingen**

Vanuit de conclusies volgen nog een aantal aanbevelingen naar voornamelijk DBC-Onderhoud. DBC-Onderhoud houdt zich bezig met het onderhoud van DBC's en beantwoording van vraagstukken betreffende deze. Nu de praktijk uitwijst dat DBC's als middel worden gezien, overal worden toegepast (mede vanwege het verplichte karakter) en dit inzicht geven in werkingen van de organisatie moet er ook worden gekeken naar mogelijkheden die DBC-Onderhoud zijn klanten, de ziekenhuizen, wellicht kan aanbieden naast deze bestaande diensten. Hieronder een opsomming van hieraan gekoppelde aanbevelingen.

### ***Kennis delen***

De aanbeveling naar DBC-Onderhoud is niet alleen dienend te zijn naar de financieel deskundige, maar ook de gesprekken met andere partijen binnen de ziekenhuisorganisatie aan te gaan. Op de man af personen of doelgroepen op de werkvloer benaderen. Dit gebeurt al door middel van cursussen en gebruikersbijeenkomsten, maar gebeurt in mijn (beperkte) beeld nog onvoldoende op specifieke doelgroepen (of op de man af) en heeft het daarin nog stappen te ondernemen. Het zou daarin de gedachte achter DBC's en de kostprijzen in de organisatie kunnen stimuleren om dit zodoende beter te integreren.

Er kunnen ook kanalen worden gecreëerd om dit te faciliteren. Niet altijd moet dit contact op initiatief van DBC-Onderhoud plaatsvinden, ook moeten worden bekeken hoe contact kan worden gestimuleerd tussen de ziekenhuizen onderling. Huidige ICT-mogelijkheden en webomgevingen kunnen hier nadrukkelijk een oplossing in bieden, door forums, weblogs en wiki-omgevingen.

DBC-Onderhoud bezit bijvoorbeeld zelf uiteenlopende kennis en kunde en beschikt over een (vrijwillige) werkgroep waaraan een aantal ziekenhuizen deelnemen. Deze ziekenhuizen bieden vrijwillig hun financiële gegevens aan en gaan met DBC-Onderhoud het gesprek aan omtrent DBC's. In lijn daarmee kan gedacht worden om ervaringen en kennis te delen binnen een intervisie omgeving. Intervisie biedt mensen de mogelijkheid een probleemsituatie ter tafel te brengen (of te publiceren op een forum) waarop door andere partijen kan worden gereageerd. Rol die hier voor DBC-Onderhoud is weggelegd is die van een intermediar, de mensen bij elkaar brengen en het proces bewaken.

Een soortgelijk initiatief heeft er bestaan in de vorm van DBCGedeeld. De website DBCGedeeld gaf geauthenticeerde gebruikers toegang tot een digitale portaal waarin vraag en antwoord konden worden gekoppeld omtrent DBC's. Met name om de DBC's bekend te maken bij niet alleen de financieel deskundigen maar ook verder in de organisatie zou DBC-Onderhoud een rol kunnen vervullen met dergelijke opzet.

Mogelijke vervolgonderzoek naar de toepassingen van DBC's binnen de organisatie en middelen als het creëren en verzorgen van presentaties, websites oprichten of prijzen uitloven voor goede of innovatieve toepassingen van DBC's binnen de organisatie. Mogelijke onderzoeksvraag: *Hoe kan DBC-Onderhoud DBC's integreren in ziekenhuizen, verder dan de financieel deskundige?*

### *Benchmarking*

Benchmarking kan DBC-Onderhoud nog aantrekkelijk maken voor ziekenhuizen. Bijvoorbeeld in de vorm van benchmarkcontracten om zodoende gegevens uit te wisselen. Meerdere geïnterviewde gaven aan waarde te zien in de mogelijkheid eigen DBC's gegevens met gegeneraliseerde gegevens te kunnen benchmarken. Tijdig deze gegevens verzamelen, structureren en terugkoppelen verzekerd DBC-Onderhoud van goede (en steeds betere) aanlevering en geeft de organisatie meer betekenis bij de aanlevering van zijn gegevens.

Randvoorwaarden kunnen zijn dat bijvoorbeeld de gegevens gegeneraliseerd moeten worden conform de juiste criteria, dat de gegevens ten alle tijden

vertrouwelijk worden behandeld en dat er afspraken moeten worden gemaakt over de aan te bieden gegevens, welke wél en welke niet? Ook zullen criteria moeten worden bepaald wie wél en wie niet gegevens mag aanbieden en ontvangen, en in welke mate we de gegevens kwalitatief kunnen vertrouwen.

DBC-Onderhoud kan ook de banden aanhalen met de leveranciers van softwarepakketen - Hoe integreer je bijvoorbeeld benchmarking binnen een ziekenhuis?. De leverancier zou iets kunnen betekenen voor DBC-Onderhoud in termen van softwareprogramma en vica versa voor de aanlevering van juiste brongegevens. Aan de achterkant werkt het ook door te kijken wat DBC's nog meer voor verzekeraars kunnen betekenen. De toepassing van zowel het ziekenhuis, de verzekeraar en wellicht de leverancier van het softwarepakket zou een goede integratie tot gevolg kunnen hebben.

De ontwikkeling van benchmarken en mogelijkheden zouden getoetst moeten worden tegen de missie en doelstelling van DBC-Onderhoud. Daarnaast zou in samenwerking met de ziekenhuizen de daadwerkelijke noodzaak moeten worden vastgesteld en de beschikbaarheid van deze gegevens. Het is bekend dat andere marktpartijen reeds een zelfde invulling geven aan dit vraagstuk, echter kan de centrale rol van DBC-Onderhoud daarin bepalend zijn voor een succesformule. Mogelijke onderzoeksvraag, bij een vervolgonderzoek van dit thema: *Hoe zou DBC-Onderhoud benchmarking kunnen realiseren voor ziekenhuizen conform bedrijfsmissie en ziekenhuismensen?*



## Referenties

Hieronder volgt een opsomming van alle artikelen, boekdrukwerken en webadressen die direct, ofwel indirect, hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit onderzoek.

### Artikelen en boekdrukwerken

- Amelsfoort, A. van en Fictorie, M. (2005). *Gezondheidszorg & Management*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen
- Anthony, R.N. en Young, D.W. (1999), *Management control in nonprofit organizations*. 6th edition, Boston (MA): Irwin/McGraw-Hill.
- Anthony, R.N., Dearden, J. en Govindarajan, V. (1992), *Management control systems*. Homewood Illinois: Irwin.
- Babbie, E. (2004). *The practice of Social Research*. Editie 10. ISBN: 0534620280.
- Bakker, H.E. en Hofdijk, J. (2005). *DBC's kunnen meer dan je denkt*. Zorgadministratie en Informatie 122, Volume 32, december 2005, 9-13
- Bekkers, V.J.J.M. (2002), *Sturingsconcepties in beweging: achtergronden, kenmerken en posities*, Handboek sturing in de sociale sector, Den Haag: Elsevier, (losbladig handboek), pp. A-2-1-1 - A 2-1-26.
- Bergh, F.A.J.T.M. van den, Bartels, P.C.M. en Wildeboer, G.J. (2001). *Opzet van een kostprijsmethodiek voor laboratoriumactiviteiten*. Nederlands Tijdschrift voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde. Volume 26. Nummer 1. 43-47.
- Bestuurlijke verantwoording (2006). *Van schakel naar keten werkt!*. Programma Declaratiecasus 2004 – 2006.
- Boerrigter, H. (2005). *Control in gemeenten: Ontlasten of stimuleren*. Rotterdam: Erasmus Universiteit
- Boonstra, L. (2003). *De bestuurlijke informatievoorziening onder invloed van productfinanciering*. Enschede: Universiteit Twente.
- Bruijn, J.A. de en Heuvelhof, E.F. ten (1991), *Sturingsinstrumenten voor de overheid: over complexe netwerken en een tweede generatie sturingsinstrumenten*. Leiden: Stenfert Kroese.
- Cap Gemini Ernst & Young Adviesgroep Gezondheidszorg (2002). *Diagnose Behandeling Combinatie in de GGZ*.
- Crom, B. (2005). *De invloed van externe budgetparameters op de interne budgettering van academische ziekenhuizen*. Labyrinth Publication. ISBN: 9053350632
- CTG/ZAio& NVZ (2006). *Principes en uitgangspunten voor het aanleveren van kostprijsinformatie aan CTG/ZAio*. Presentatiemateriaal. CTG en NVZ.
- DBC 2003. *Model Kostprijzen*. Versie 17. Utrecht, december 2004
- DBC GGZ (2003). *Kostprijsmodel*. Versie 1.

- DBC-Onderhoud (2007). *Reclame drukwerk: Uw service-organisatie voor DBC's*. Verkregen op 6 februari 2007, van Henri Rutgers, DBC-Onderhoud.
- Elsevier.nl (2006). '*Innovatie in ziekenhuizen hard nodig*'. Verkregen op 6 februari 2007, van <http://www.elsevier.nl/nieuws/nederland/artikel/asp/artnr/101450>.
- Groot, T.L.C.M. en J.H.R. van de Poel (1985), *Financieel management van non-profit organisaties*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Hoogervorst [minister] (2006). *Reactie NVZ op brief minister Hoogervorst 'Ruimte voor betere zorg'*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Referentie: 06000992/al.hp
- Hoogervorst [minister] (2006). *Ruimte voor betere zorg*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kenmerk: CZ/IZ-2695262
- Hoogervorst [minister] (2006). *Stand van zaken invoering DBC's*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kenmerk: DBO-CB-U-2682919
- Janssen, M.C.W. (2007). *Markt en consument in de gezondheidszorg*. Markt en consument in de gezondheidszorg. Editie maart/april. Nummer 2.
- Jeurissen, P.P.T., Brummelman, E.G. en Heurck, M.C.E. van (2003). *Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies*. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Jongbloed, B. en Salerno, C. (2003). *De Bekostiging van het Universitaire Onderwijs en Onderzoek in Nederland: Modellen, Thema's en Trends*. Enschede: Universiteit Twente.
- Kant, A. (2006). *Marktwerking is niet gunstig voor de gezondheidszorg*. Nederland Tijdschrift Geneeskunde. Volume 150. Nummer 18. pagina 1015.
- Kaplan, R.S. en Norton, D.P. (1996). *Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System*. Harvard Business Review. Vol. January-February. 75-85
- Kar, H.M. van de (1981), *Beheersen en begroten*, Naar een beheersbare collectieve sector. Deventer: Kluwer, 83-124.
- King, G., Keohane, R.O. en Verba, S. (1994). *Designing Social Inquiry. Scientific inference in qualitative research*. ISBN: 0691034702.
- Klompenhouwer, J-L en Vos-Deckers, G. (2005). *De DBC-Methodiek*. Rotterdam: Erasmus Universiteit
- Knop, L. (2005). *Individuele onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen over kwaliteit, prijs en volume*. Rotterdam: Erasmus Universiteit
- Koomans, L.P. (2001). *Loslaten is je enige houvast*. Informatie Professional. Volume 5. Nummer 9. 36-38.
- Koops, E. (2001). *Combinatie BSC en ABC leidt tot betere stuurinformatie*. Management Control & Accounting. Nummer 5. 33-38
- KPN (2006). *Zorg voor Innovatie*.
- Leeuw, A.C.J. de (2000). *Bedrijfskundig management, primair proces, strategie en organisatie*, Van Gorkum & Comp. B.V., Assen. ISBN: 9023235827.
- Leeuw, A.C.J. de (2001). *De wet van de bestuurlijke drukte*. Van Gorkum & Comp. B.V., Assen. ISBN: 9023220838
- Leeuwen, O.C. van (1997). *Bestuurlijke informatieverzorgers ondersteunen het management controlproces*. Eerste druk, tweede oplage. ISBN: 9026726279.



- Maarse, J.A.M. (2001). *De hervorming van de gezondheidszorg*. Bestuurskunde. Volume 10. Nummer 5. 186-196
- Maarse, J.A.M. en Korsten, A.F.A. (2001) *Gezondheidszorg: tussen continuïteit en verandering*. Bestuurskunde. Volume 10. Nummer 5. 182-185
- Maljers, J. (2006). *Marktwerking: ook voor de gezondheidszorg een gegeven*. Nederland Tijdschrift Geneeskunde. Volume 150. Nummer 18. pagina 1014.
- Merchant, K.A. en Stede, W.A. van der (2003), *Management control systems: performance measurement evaluation and incentives*. ISBN: 0273655965.
- Mil, B. van en Twist, M.J.W. van (2001). *Over vraagversterking in de zorgsector*. Bestuurskunde. Volume 10. Nummer 5. 219-227.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Ministerie van Economische Zaken (2005). *Morgen zonder zorg (en)? Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg*. SEO Economisch Onderzoek. ISBN 9067332984
- Nederlandse Zorgautoriteit (2006). *Document Calculatieprincipes Verantwoordingskosten*. Versie 1.0. 5 december 2006.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2006). *Visiedocument: Toetsingskader en criteria voor ontwikkeling DBC-systeem*.
- Neely, A.D., et. al. (2000). *Performance measurement system design: developing and testing a process-based approach*. International Journal of Operations & Production Management, Vol. 20, No. 10, 1119 – 1145.
- NVZ vereniging van ziekenhuizen (2005). *Vernieuwd Besturen*. Uitgave van de Stuurgroep Toekomstig Bestuur en Topmanagement Ziekenhuizen. Publicatienummer STBTZ-2005-04.
- Oostenbrink, J.B., Bouwmans, C.A.M., Koopmanschap, M.A. en Rutten, F.F.H. (2004). *Handleiding voor kostenonderzoek*. College voor zorgverzekeringen.
- Oosterom, R. van en Thiel, S. van (2004). *Agentschappen: Kruiwagen voor modernisering?*. Bestuurskunde. Volume 13. Nummer 7, 292-300.
- Padt, F. (2004). *Performance measurement en de weg van sturen naar besturen*. The Mag. Editie 2. 4-6
- Park, E. en Huber, D.L. (2007). *Balanced Scorecard for Performance Measurement*. The Journal of Nursing Administration. Vol.37. 14-20.
- Paulus, A. Raak, A. van en Mur-Veeman, I. (2001). *Marktwerking is...?*. Bestuurskunde. Volume 10. Nummer 5. 208-218
- Pomp, J.M. (2007). *Marktwerking in de zorg*. Markt en consument in de gezondheidszorg. Editie maart/april. Nummer 2.
- Prince, Y.M., Bruins, A., Zeijden P.Th. van der (2005). *Ondernemen in de zorg*. programmaonderzoek MKB en Ondernemerschap. ISBN: 9037109411
- Ritoe, R.A.K. (2006). *Basiscursus DBC's*. Prismant Opleidingen – Map Basiscursus DBC's.
- Puts, H.G.A. (2004). *De financiële sturing komt terug*. Overheidsmanagement. Volume 9, 223 – 225.
- Putters, K. (2001). *Het ondernemende ziekenhuis*. Bestuurskunde. Volume 10. Nummer 5. 197-207.
- Q-Consult (2007). *Van kostprijs tot calculatieprincipe*. Nieuwsbrief Cure. Editie februari.

- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005). *Weten wat we doen*. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Rietveld, H. en de Rouw, L-P. (2004). *Sturingsconcepten binnen de facilitaire organisatie*. Facility Management Magazine. Editie augustus. 45-49.
- Schipper, J. en Woerkom, T.C.A.M. van (2006). *Marktwerking gunstig voor de gezondheidszorg?*. Nederland Tijdschrift Geneeskunde. Volume 150. Nummer 31. 1746-1747.
- Schut, F.T. (2006). *Indicatoren functioneren zorgmarkt*. Rotterdam: Erasmus MC Rotterdam.
- Sneller Beter (2006). *Interview met Ad Scheepbrouwer*. Verkregen op 6 februari 2007, van <http://www.snellerbeter.nl/interviews/interviews/2652006-interview-met-ad-scheepbrouwer/>.
- Sneller Beter (2006). *Interview met Jan Maarten van den Berg van de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ)*. Verkregen op 6 februari 2007, van <http://www.snellerbeter.nl/interviews/interviews/20122006-interview-met-jan-maarten-van-den-berg-van-de-inspectie-voor-de-gezondheidszorg-igz/>
- Sneller Beter (2006). *Interview met Joan Leenhuis, voorzitter NVZ vereniging van ziekenhuizen*. Verkregen op 6 februari 2007, van <http://www.snellerbeter.nl/interviews/interviews/12122006-interview-met-joan-leenhuis-voorzitter-nvz-vereniging-van-ziekenhuizen/>.
- Sneller Beter (2006). *Interview met Siem Buijs, Tweede Kamerlid voor het CDA en lid van de vaste commissie voor VWS*. Verkregen op 6 februari 2007, van <http://www.snellerbeter.nl/interviews/interviews/11102006-interview-met-siem-buijs/>
- Starreveld, R.W., De Mare, H.B. en Joëls, E.J. (1994), *Bestuurlijke informatieverzorging: D1*. Algemene Grondslagen, Alphen aan den Rijn: Samso.
- Taale, E. (2004). *Naar een resultaatgerichte informatievoorziening*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Terlouw, L. (2003). *Van FB naar DBC*. Enschede: Universiteit Twente.
- Tuitjer, K. en Lijten, H. (2004). *Gezond verstand in veranderland – INK-managementmodel vernieuwd (deel 2)*. Management tools. Nummer 4.
- Tweede kamer (2007). *Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie*. De dato 7 februari 2007
- Ulwick, A.W. (2002). *Turn Customer Input into Innovation*. Harvard Business Review. Editie januari. 91-97.
- Verbeek, M. (2006). *DBC invoering op koers dankzij inzet velen*. NTMA Tijdschrift Zorgadministratie en Informatie. Nummer 123.
- Verschuren P, Doorewaard H (2000) *Het ontwerpen van een onderzoek*. Derde druk, vierde opslag, ISBN:905189886X.
- Voetelink, D.W. en Sanders, F.B.M. (2005). *Financieel Management voor Medici*. Bohn stafleu van Loghum. Eerste druk. ISBN 9031330582
- Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002) *Minder regels, meer zorg*. Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector.
- Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003). *Marktwerking in de medisch specialistische zorg*. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005). *Van weten naar doen*. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006). *Reduceren administratieve lasten: meer dan schrappen van regelgeving*. PriceWaterhouseCoopers.

Waal, A. de (2003). *Bevorderen van prestatiegericht gedrag*. Maandblad voor accountancy en bedrijfseconomie. Editie maart. 91-99.

## Webadressen

easyJet – <http://www.easyJet.com/>

INK – <http://www.ink.nl/>

Wijziging ziekenfondswet - <http://www.st-ab.nl/1-99016ks03.htm>

Van Dale, woordenboek – <http://www.vandale.nl/>

Zorgvisie – <http://www.zorgvisie.nl/>



# Bijlagen

## Vragenlijst interview

Deelnemer werkgroep kostprijsverbetering  
Ref. DBC Onderhoud

DATUM  
21-02-2007

BETREFT  
Vragenlijst interview

ONZE REFERENTIE  
WBPkSTBRKVRG01

Geachte heer of mevrouw,

Onlangs bent u benaderd om deel te nemen aan een interview waarin u informatie gevraagd zal worden die gebruikt wordt bij de totstandkoming van de webpublicatie (praktische handleiding) betreffende de calculatieprincipes. Onderstaand meer informatie.

**Kostprijsberekening** - Vanaf 1 januari 2007 is de regelgeving op het gebied van kostprijsberekening veranderd. Het 'oude' kostprijsmodel wordt vervangen door meer generieke regels, hierin hebben ziekenhuizen veel keuzevrijheden. Een groot aantal ziekenhuizen gaan in 2007 voor het eerst met kostprijsberekening aan de slag. Een aantal heeft al langer ervaring met het berekenen van kostprijzen.

**Doel van de webpublicatie** - De webpublicatie moet een praktische handleiding worden voor ziekenhuizen waarin de toepassing van de calculatieprincipes wordt toegelicht en praktijkvoorbeelden worden beschreven.

**Interview** - Tijdens het interview willen we voornamelijk de organisatorische en inhoudelijke kanten van de kostprijsberekening benaderen. Hierin zou naar voren moeten komen vanuit welke situatie het ziekenhuis komt, wat de huidige situatie is en wat voor ieder ziekenhuis de gewenste situatie zou zijn betreffende de kostprijsberekening. Het interview zou meer inzicht moeten geven in de ervaringen, leermomenten en de specifieke keuzes die gemaakt kunnen worden. Met deze informatie is het voor een ieder mogelijk meer inzicht te krijgen in de mogelijkheden en de keuzevrijheid binnen de grenzen van de calculatieprincipes.

Na afronding van alle interviews en verwerking van de gegevens zullen wij u zo spoedig mogelijk een concept van de webpublicatie doen toekomen. Op het moment dat u deze ontvangt, beschikt u over de mogelijkheid becommentariëring of opmerkingen aan ons door te geven zodat wij deze in de definitieve versie kunnen verwerken.

Als bijlage treft u de vragenlijst aan van het interview zoals wij dat graag aan u willen voorleggen.

Indien u nog vragen of opmerkingen heeft kunt u te allen tijde contact opnemen met Dhr. Henri Rutgers of Dhr. Thijs Ooms.

Met vriendelijke groet,  
DBC-Onderhoud

## Vragenlijst interview

### Introductie

---

- § De webpublicatie
- § De interviewende
- § Beantwoording

### Algemeen

---

- § Geef een korte omschrijving van uzelf, uw rol en uw functie binnen de organisatie?
- § Geef een korte omschrijving van het ziekenhuis waarvoor u werkzaam bent?
  - Indicatie van de complexiteit
- § Beschrijf uw organisatie / afdeling en maak daarbij gebruik van organisatorische aspecten van uw afdeling.
  - Denk hierbij in termen als*
    - Aantal personen in dienst (FTE)
    - Taakverdelingen
    - Werkzaamheden
    - Verantwoordelijkheden
- § Wat zijn uw eigen verwachtingen van de webpublicatie en wat zou u graag willen aantreffen?

### Kostprijsfunctie

---

- § Hoe zijn de verantwoordelijkheden binnen de organisatie georganiseerd ten aanzien van de hantering van de generieke regels?
  - Wie is verantwoordelijk voor de kostprijsberekening?
  - Gedeelde functie / Tijdsindeling?
  - Hoeveel mensen werken er aan?
  - In hoeverre zijn de decentrale afdelingen daarbij betrokken?
  - Hoe verloopt de communicatie met de verschillende afdelingen?
- § Wat zijn in uw opinie de verschillen tussen het kostprijsmodel voor 1 januari 2007 en de huidige hantering van de generieke regels?
- § Geeft u een beeld van wat in uw ogen de aanpassingen zijn die hebben moeten plaatsvinden?
  - Kunt u een stappenplan geven van de aanpassingen die u wil doen op een organisatorische c.q. inhoudelijk vlak?
- § Hoe hebt u de jaarlijkse herijking van de kostprijzen georganiseerd?
  - Kunt u een indruk geven van de tijdsinspanning die daarmee gemoeid is (de jaarlijkse herijking)?
- § Worden de kostprijzen ook intern gebruikt?
  - Zo ja; Waarvoor worden de kostprijzen intern gebruikt?
  - Zijn er ook specifieke eisen c.q. wensen die voor de kostprijsberekening voortvloeien uit het interne gebruik?
  - Word er een onderscheid gemaakt tussen een A of B-Segment?



### **Kostprijsfunctie per afdeling**

---

- § Schets een beeld van de afdeling en een globale schets van het kostprijsmodel op de afdeling?
- § Welke bijzondere kenmerken en situaties spelen er op de afdeling?
  - Waar moet u rekening mee houden?
- § Welke vrijheden worden er in uw ogen geboden door de nieuwe generieke regels in tegenstelling tot het kostprijsmodel wat werd gehanteerd voor 1 januari 2007?
- § Wordt er nog een onderverdeling gemaakt binnen een afdeling (kostenplaatsen)?
- § Wordt er gebruik gemaakt van clustering van verrichtingen?
  - Zo ja; Waar is deze clustering op gebaseerd?
- § Welke indeling van kostensoorten wordt gehanteerd?
  - Hoe is deze indeling bepaald?
  - Wat zijn de belangrijkste kostensoorten voor één specifieke afdeling?
- § Hoe worden de kostensoorten toegekend aan de clustering?
  - Hoe worden de wegingsfactoren bepaald?
  - Op basis van welke informatie heeft u deze wegingsfactoren bepaald?
  - Wie zijn er betrokken bij de bepaling van deze wegingsfactoren?
- § Zijn in uw optiek nog verbeteringen mogelijk binnen deze specifieke afdeling?

### **Ter afsluiting (open vragen)**

---

- § Als u anderen een tip(s) zou moeten geven ten aanzien van de kostprijsberekening, welke zouden dat dan zijn?
- § Voorziet u problemen bij de toepassing van de calculatieprincipes?
- § Waarin vindt u dat de generieke regels onvoldoende informatie voorzien of juist te specifiek zijn?
- § Hebt u nog iets gemist tijdens dit interview of zou u nog iets willen toevoegen?

Participanten interview

Kenmerk	Erkende bedden	FTE	Locaties	Type
A	313	650	1	Algemeen
B	299	1000	1	Algemeen
C	384	1104	1	Algemeen
F	900	2500	2	Algemeen
G	619	1400	4	Algemeen
H	982	2158	4	Algemeen
I	913	2300	1	Topklinisch
J	900	2000	2	Topklinisch
K	1004	4118	5	Topklinisch
L	490	1900	2	Algemeen
M	365	980	2	Algemeen
O	1120	2756	5	Topklinisch
P	450	623	1	Algemeen
R	620	1810	1	Topklinisch
S	788	2313	2	Topklinisch
U	890	1861	1	Topklinisch
V	400	850	1	Algemeen
17	673	1784	2	Algemeen - 10
				Topklinisch - 7
				Academisch - 0