

Komt een dbc bij de dokter...

Over de organisatie van de dbc-systematiek in ziekenhuizen teneinde deze te verbinden met de primaire zorgprocessen



Universiteit Utrecht

Publiek Management

M.H.J. (Marieke) van de Kerkhof

Studentnummer: 0459976

Scriptiebegeleider: dr. M.J. van der Meulen, Universiteit Utrecht

Tweede lezer: Prof. dr. M. Noordegraaf

26-08-2010

‘Dokters zouden het liefst hebben dat we ergens buiten een hele grote kraan neerzetten en die is van goud en die draaien we af en toe open en daar rollen dan allemaal van die muntjes uit. Geld, daar moet je niet over praten, in zo’n wereld zouden ze het liefste leven’ (M3)

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag van een zes maanden durend masteronderzoek voor de master Publiek Management aan de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organiseringswetenschap van de Universiteit Utrecht. *Komt een dbc bij de dokter...* beschrijft wat de introductie van dbc's teweeg heeft gebracht in ziekenhuizen in heel Nederland. Daarvoor worden een aantal perspectieven op organiseren gepresenteerd die ook gebruikt kunnen worden om de totstandkoming van dit verslag te typeren.

Het schrijven van deze scriptie was vanuit het eerste perspectief een rationele exercitie. De tijd die ik heb doorgebracht achter de computer en met zoeken in boeken in kranten leidde tot een onderzoeksstructuur die nauwgezet uitgevoerd kon worden. De hulp van Bart Riegman was daarbij nuttig, evenals de input van de collega's bij AuditMatch waarmee ik de stageperiode doorbracht. Daarnaast was het vanuit het tweede perspectief een kwestie van mezelf 'binden en boeien'. Inspiratie haalde ik daarbij uit de gesprekken met alle betrokkenen in de zes verschillende ziekenhuizen. Hen wil ik hartelijk danken voor de bijdrage die zij hebben geleverd. Hun kijk op dbc's en de openhartige beschrijvingen van de situaties waarin zij zich bevinden hebben me ontzettend gemotiveerd. Vervolgens was het vanuit het laatste perspectief noodzakelijk goed om te gaan met mijn omgeving. Binnen de tutorgroep van 'de profi's' bevonden zich lichtende voorbeelden om te volgen en zij voorzagen me van de nodige steun en kritische vragen om stappen voorwaarts te zetten. Tot slot bedank ik met het afronden van dit verslag Martijn Vermeulen en prof. dr. Mirko Noordegraaf voor de opbouwende kritieken die ervoor hebben gezorgd, dat ikzelf en niet de materie uit de interviews, de lijn bepaalde van deze scriptie.

Ik wens u veel leesplezier

Marieke van de Kerkhof

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	7
1.1 Introductie tot DBC's.....	7
1.2 Aanleiding voor onderzoek	8
1.3 Vraagstelling	9
1.4 Methode	10
1.5 Relevantie	12
1.5.1 Maatschappelijke relevantie.....	12
1.5.2 Wetenschappelijk	12
1.6 Leeswijzer	13
2. De opbouw van de dbc-systematiek	14
2.1 De werking van dbc's.....	14
2.1.1 Onderdelen van één dbc.....	14
2.1.2 Dbc's op verschillende niveaus.....	16
2.1.3 A-segment en B-segment	16
2.1.4 Maatstaf.....	18
2.1.5 Interne validatie	18
2.1.6 Wet- en regelgeving	19
2.2 Problemen van dbc's	19
2.2.1 Upcoding	19
2.2.2 Afwenteling.....	20
2.2.3 Weerstand.....	21
2.3 Overgang naar DOT	22
2.3.1 Minder dbc's	22
2.3.2 Werken met de grouper	23
2.3.3 Uitbreiding B-segment.....	24
2.4 Conclusie	24
3. Marktwerking in de zorg	26
3.1 De opmars van de markt	26
3.2 Doelstellingen	27
3.2.1 Vraaggericht werken	27
3.2.2 Doelmatig werken.....	28
3.2.3 Controle.....	29
3.3 Conclusie	30
4. Perspectieven op organiseren	32
4.1 De keuze voor Scott.....	32
4.2 Rationeel perspectief	33
4.2.1 Theoretische verkenning.....	33
4.2.2 Effectiviteit en betrouwbaarheid	34
4.2.3 Organiseren als beheersen.....	35
4.2.4 Managementperspectief.....	37
4.2.5 Conclusie.....	38
4.3 Natuurlijk perspectief	38
4.3.1 Theoretische verkenning.....	38
4.3.2 Betekenis.....	39
4.3.3 Organiseren als binden en boeien	40
4.3.4 Managementperspectief.....	40
4.3.5 Conclusie.....	41
4.4 Open perspectief.....	41
4.4.1 Theoretische verkenning.....	41

4.4.2 Onderscheidend vermogen.....	42
4.4.3 Organiseren is omgaan met de omgeving.....	42
4.4.4 Managementperspectief.....	43
4.4.5 Conclusie.....	44
4.5 Integratie van perspectieven.....	44
4.6 Conclusie.....	45
5. Methode en Technieken.....	47
5.1 Instrumenten.....	47
5.1.1 Interviews.....	47
5.1.2 Documentanalyse.....	48
5.1.3 Literatuurstudie.....	48
5.1.4 Instrumentenoverzicht.....	48
5.2 Afbakening onderzoeksgroep.....	48
5.2.1 Ziekenhuizen.....	49
5.2.2 Respondenten.....	52
5.3 Data-analyse.....	54
5.4 Generalisatie.....	54
5.4.1 Bredere populatie.....	55
5.4.2 Andere financieringsystematiek.....	55
5.5 Conclusie.....	55
6. Organisatiegebied I: Betrouwbaarheid.....	56
6.1 Invulling van betrouwbaarheid.....	56
6.1.1 Betrouwbaarheid op de agenda.....	56
6.1.2 Volledigheid, juistheid & tijdigheid.....	57
6.2 Maatregelen.....	57
6.2.1 Taken en verantwoordelijkheden.....	58
6.2.2 KAD-Model.....	61
6.3 Knelpunten.....	67
6.3.1 Systeemproblemen.....	67
6.3.2 Procesproblemen.....	71
6.4 Conclusie.....	74
7. Organisatiegebied II: Betekenis.....	76
7.1 Invulling van betekenis.....	76
7.1.1 Betekenis op de agenda.....	76
7.1.2 Nut en noodzaak van dbc's.....	77
7.2 Maatregelen.....	79
7.2.1 Achter de broek aan zitten.....	80
7.2.2 Interne budgettering.....	80
7.2.3 Vertaling van dbc's in zorggerelateerde informatie.....	81
7.3 Knelpunten.....	81
7.3.1 Direct vs. indirect financieel belang.....	82
7.3.2 Negatieve beeldvorming marktwerking.....	83
7.3.3 Geen afspiegeling van de werkelijkheid.....	83
7.3.4 Decentrale besluitvorming.....	84
7.4 Conclusie.....	85
8. Organisatiegebied III: Onderscheidend vermogen.....	87
8.1 Invulling van onderscheidend vermogen.....	87
8.1.1 Onderscheidend vermogen op de agenda.....	87
8.1.2 Concurrentie en differentiatie.....	88
8.2 Maatregelen.....	89
8.2.1 Inspelen op zorgontwikkelingen.....	89

8.2.2	Benchmarken	89
8.2.3	Marketing.....	90
8.2.4	Samenwerking.....	91
8.2.5	Keuzes maken.....	91
8.3	Knelpunten.....	92
8.3.1	Concurrentie?.....	92
8.3.2	Differentiatie?	94
8.4	Conclusie	95
9.	Toekomstvisie	96
9.1	De huidige knelpunten	96
9.2	DOT de oplossing?	98
9.3	Conclusie	100
10.	Conclusie en aanbevelingen	101
10.1	Conclusie	101
10.2	Aanbevelingen	104
10.2.1	Investeren in ICT	104
10.2.2	Aandacht schenken aan betekenis	105
10.2.3	De vraag stellen.....	106
10.2.4	Integratie van perspectieven	106
11.	Literatuurlijst	107
12.	Bijlagen	111
13.	Eindnoten.....	119

1. Inleiding

1.1 Introductie tot DBC's

'*Stop met controlecultuur in de zorg*' kopt de blog van Edith Snoey (voorzitter Abvakabo FNV) op 13 augustus. Zij benoemt daarbij onder andere de 'stroperige bureaucratie' en registratiedruk die specialisten ondervinden en toont haar onvrede over de lage gebruiksvriendelijkheid van de dbc-systematiek (Snoey, skipr.nl, 13-08). Deze dbc-systematiek, die in 2005 werd ingevoerd door minister Hoogervorst van Volksgezondheid, is nog regelmatig inzet van discussies over de financiering van zorg. Zo onderneemt minister Klink acties om de 'buitensporige salarissen van specialisten' aan te pakken middels een korting op het honorarium. Tegelijkertijd komt vanuit 20 vakverenigingen een roep om 'te stoppen met hakken op de specialist' die door een negatieve bejegening gedemotiveerd raakt. Hierbij wordt gerefereerd aan 'het ondoorgrondelijk declaratiesysteem' en ontevredenheid over de voorgestelde korting op het honorarium (NRC, 21-8-2010: opinie).

Discussie is er ook over hoe de dbc-systematiek tot stand kwam en wie daarin de beslissingen heeft genomen. In 2000 werd een 'Stuurgroep DBC 2003' opgezet door minister Borst, waarin de Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten, de Vereniging van Academische Ziekenhuizen en het ministerie van VWS participeerden. De stuurgroep zette een dbc-systematiek op die tot doel heeft de ziekenhuis- en specialistenhonorering op basis van geleverde producten tot stand te laten komen (DBC-onderhoud, 2010). Ondanks de participatie van deze verschillende belangengroepen in de stuurgroep was de introductie omstreden. Op dbcvrij.nl zijn artikelen en columns terug te lezen uit 2005 waarin medisch specialisten en ziekenhuisdirecteuren onvrede uiten over de besluitvorming door 'uitsluitend ambtenaren' in de stuurgroep. Hierdoor zou het systeem niet aansluiten op de medische werkelijkheid (dbcvrij.nl, 25-08-2010).

In eerste instantie zou de dbc-systematiek stapsgewijs worden ingevoerd zodat in 2011 de prijs van 70% van de medische zorg onderhandelbaar zou zijn tussen ziekenhuis en verzekeraar. Kinderziekten en omstredenheid hebben dit tot op heden niet mogelijk gemaakt. De planning is nu om in 2012 een verbeterde dbc-systematiek in te voeren in de vorm van DOT (Dbc's Op Weg naar Transparantie) en het percentage onderhandelbare zorg te verhogen van ca. 20% tot 35% (DBC-onderhoud.nl, 2010).

In beginsel is de dbc-systematiek dus niets anders dan een nieuwe bekostigingsstructuur in de zorg. Voor 2005 werd gewerkt met *functiegerichte budgettering*. Het ziekenhuisbudget werd vastgesteld op basis van globale parameters, zoals het aantal bedden, de aanwezigheid van een x-aantal operatiekamers en een intensive care. Het ziekenhuis kreeg vervolgens een bedrag toegewezen waarmee gewerkt diende te worden. Specialisten voerden daarnaast een verrichtingenregistratie, waarin werd vastgelegd welke handelingen werden uitgevoerd. Ook aan iedere verrichting was een vergoeding verbonden (Cardinaels &

Smith, 2005). De dbc-systematiek betekende een omslag omdat de volledige nota nu wordt opgemaakt op de werkvloer door de registratie van de specialist. Dit gebeurt bovendien op basis van diagnoses, en niet op basis van losse verrichtingen. De gedachte is dat door effectief zorg te verlenen de kostprijs van een diagnose daalt, immers het kost dan minder tijd en middelen om de patiënt te genezen. Op die manier kunnen kosten worden bespaard, maar wordt ook concurrentie opgewekt tussen ziekenhuizen om betere afspraken te kunnen maken over tarieven. De bedoeling is dan ook dat dbc's door meer transparantie kosten besparen en de kwaliteit van zorg verhogen (DBC-onderhoud, 2009).

1.2 Aanleiding voor onderzoek

Dit onderzoek richt zich op de organisatie van de dbc-systematiek zoals die er vijf jaar na introductie uitziet in ziekenhuizen. Er zijn verschillende redenen aan te wijzen die het belang hiervan duidelijk maken en richting geven aan het onderzoek.

Allereerst is het interessant om zicht te krijgen op de organisatie van de dbc-systematiek op de werkvloer, omdat daar de medisch specialisten, managers en ondersteuners werkzaam die de systematiek maken of breken. Het opmaken van de nota vindt nu op de werkvloer plaats. De registratie van de specialist leidt tot een nota die gedeclareerd wordt bij de verzekeraar, waarna ziekenhuis en specialist worden betaald. Het is te verwachten dat in vijf jaar tijd grote stappen zijn gezet om de dbc-systematiek goed te laten functioneren. Niet alleen om te voldoen aan de wettelijke verplichting van registratie, maar ook om zorg beter in te richten.

De dbc-systematiek is daarnaast een interessant onderwerp, omdat het als bekostigingsstructuur een aparte plaats inneemt in de gezondheidszorg. In ziekenhuizen is zorgverlening het primaire proces. De meeste middelen worden dan ook ingezet om deze zo goed mogelijk in te richten. Bekostiging door dbc's is een secundair proces, dat een ondergeschikte rol heeft ten opzichte van zorgverlening, maar wel onontbeerlijk is. Een goede organisatie van dbc-systematiek leidt tot de inkomsten die nodig zijn om zorg te kunnen verlenen. Het is van belang dat het primaire proces van zorgverlening in verband staat met het secundair proces van bekostiging door dbc's. Niet alleen om een juiste bekostiging van zorg te bereiken, maar ook om optimaal van de dbc-gegevens gebruik te maken in het inrichten van zorg.

In de afgelopen jaren is gebleken dat de organisatie van de dbc-systematiek gepaard is gegaan met een groot aantal knelpunten en kinderziektes. Ondersteunende specialisten bijvoorbeeld, zijn veel meer gaan verdienen dan voor de introductie van dbc's en andere specialisten zijn juist minder gaan verdienen. (Topsupport, 2010). Ook zijn er veel klachten over het aantal dbc's, namelijk 30.000, wat het systeem moeilijk om mee te werken maakt en de invulling van deze dbc's die niet aansluit op de werkelijke zorg. Deze knelpunten maken de organisatie van de dbc-systematiek een interessant onderwerp voor de organisatiewetenschappen.

De reden tot slot, om juist op dit moment een onderzoek te richten op de organisatie van de dbc-systematiek is gelegen in het geplande verbeterplan DOT. De testfase van DOT is gestart en dit zal naar alle waarschijnlijkheid leiden tot een uitbreiding van de dbc-systematiek in 2012. Dan wordt teruggegaan van 30.000 naar 3000 dbc's, vinden wijzigingen plaats in de registratie van dbc's en stijgt het percentage onderhandelbare zorg naar 35%. De invloed van de dbc-systematiek op zorgverlening zal daarmee stijgen en daarmee ook het belang van een goede organisatie. Door nu een onderzoek te richten op de organisatie van dbc's en de verbinding tussen dbc's en zorgverlening kunnen lessen worden getrokken voor de toekomst.

1.3 Vraagstelling

De redenen die ten grondslag liggen aan dit onderzoek zijn hierboven uiteengezet. Middels dit onderzoek wordt inzicht verkregen in de organisatie van de dbc-systematiek op de werkvloer, waar dbc's als secundair proces naast het primaire proces van zorgverlening een plek moeten krijgen. Dit is nu van belang omdat de dbc-systematiek in de nabije toekomst uitgebreid zal worden middels DOT en verhoging van het percentage onderhandelbare zorg. Inzicht in de organisatie kan helpen deze verder te verbeteren om klaar te zijn voor deze toekomst. Op basis van deze redenen voor onderzoek ontstaat de volgende hoofdvraag:

Hoe organiseren ziekenhuizen de dbc-systematiek teneinde deze met de primaire zorgprocessen te verbinden?

Deze vraag is uitgewerkt in de deelvragen die hieronder staan. Allereerst wordt gekeken naar de dbc-systematiek zelf in de context van een veranderende zorgmarkt. Vervolgens wordt het begrip organiseren uitgewerkt, vanuit verschillende organisatiegebieden die kunnen worden herkend. Dan wordt aan de hand van deze theoretische uitwerking de empirie beschreven op basis van de gehouden interviews. Tot slot wordt een blik in de toekomst geworpen door te bezien welke impact DOT zal hebben op de huidige stand van zaken.

1. Hoe is de dbc-systematiek opgebouwd en welke problemen worden geassocieerd met bekostigingssystemen gebaseerd op diagnoses?

De beantwoording van deze vraag behelst een aantal aspecten. Allereerst gaat het om de praktische uitwerking van de dbc-systematiek zoals die door DBC-onderhoud is opgezet. Belangrijke begrippen worden behandeld alsmede de registratiepraktijk in het ziekenhuis en ook aan DOT wordt aandacht besteed. Daarna wordt gekeken naar de problemen die ook in andere landen worden geassocieerd met een bekostigingsstructuur gebaseerd op de bepaling van diagnoses.

2. Welke doelstellingen lagen ten grondslag aan de introductie van de dbc-systematiek door de overheid?

De invoer van de dbc-systematiek ging gepaard met doelstellingen vanuit de overheid om zorg beter en efficiënter in te richten. In het kader van marktwerking dienen dbc's hieraan een bijdrage te leveren. Door deze tweede deelvraag te beantwoorden wordt helder in kaart gebracht welke doelstellingen precies aan dbc's zijn verbonden door de overheid.

3. Hoe kunnen ziekenhuizen de dbc-systematiek organiseren vanuit verschillende perspectieven?

In deze derde deelvraag wordt de aandacht verplaatst van een contextuele verkenning van dbc's en marktwerking, naar een theoretische verkenning van organiseren. Vanuit drie perspectieven op organiseren van Scott (2003) wordt een kader opgezet waarmee vervolgens de empirie wordt bekeken. Achtereenvolgens wordt organiseren vanuit een rationeel, natuurlijk en open perspectief gezien.

4. Hoe wordt de dbc-systematiek georganiseerd op ziekenhuisafdelingen?

Bij deze vierde deelvraag wordt de aandacht verplaatst naar de praktijk in de ziekenhuizen. Aan de hand van de gehouden interviews en op basis van de eerder geschetste context en theorie wordt inzicht gegeven in de concrete vorm die de dbc-systematiek krijgt op afdelingen. Vanuit de verschillende organisatieperspectieven wordt aandacht besteed aan wat er georganiseerd moet worden, welke maatregelen daartoe worden getroffen en welke knelpunten daarbij ontstaan. Deze deelvraag vormt de kern van dit onderzoek.

5. Is DOT het antwoord op de huidige problemen in het organiseren van de dbc-systematiek?

De laatste deelvraag voordat de hoofdvraag beantwoord wordt richt zich op de toekomst. Gekeken wordt welke invloed de introductie van DOT zal hebben op de huidige stand van zaken en vooral of DOT een oplossing zal zijn voor de huidige problemen.

Door de vijf bovenstaande vragen te beantwoorden wordt een antwoord geformuleerd op de hoofdvraag. Deze is terug te vinden in hoofdstuk 10.

1.4 Methode

Dit onderzoek gaat uit van de master Publiek Management aan de Universiteit Utrecht en is gedeeltelijk gecombineerd met een stage bij GRC, een bedrijfsonderdeel van AuditMatch. Dit is een jong bedrijf dat zich richt op het opleiden en plaatsen van internal auditors in zowel de private als de publieke sector. In de afgelopen jaren is in een groot aantal ziekenhuizen een interne auditfunctie opgezet vanuit de behoefte van bestuurders om meer inzicht te verwerven in de werking van de organisatie en de stand van zaken

om aanknopingspunten voor verbetering te ontdekken. Deze afdeling doet dan ook onafhankelijk onderzoek naar de bedrijfsvoering binnen het ziekenhuis op financieel en operationeel gebied. Vanwege deze behoefte aan onderzoek naar zaken als governance, compliance en riskmanagement is GRC in het leven geroepen. Vanwege de overeenkomstige interessegebieden van GRC met dit onderzoek lag samenwerking voor de hand.

Om de vraagstelling te beantwoorden zijn interviews gehouden in een zestal ziekenhuizen: het AMC in Amsterdam, het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam, het UMC st. Radboud in Nijmegen, het Meander Medisch Centrum in Amersfoort, het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen en het Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. In deze ziekenhuizen is gesproken met diverse medische specialisten van snijdende en beschouwende specialismen. Ook is gesproken met afdelingshoofden, waarbij sommige als medisch manager en anderen als zakelijk manager verantwoordelijkheid voor een afdeling of divisie dragen. Tot slot is gesproken met diverse dbc-functionarissen die vanuit een centraal dbc-team ondersteunend aan het dbc-proces werken.

Door zowel in academische als algemene ziekenhuizen te spreken met mensen die vanuit verschillende plaatsen met dbc's in aanraking komen wordt een meerzijdig beeld geschetst met betrekking tot de rol die dbc's spelen op afdelingsniveau. Er is uitsluitend gekozen voor *cure* instellingen. *Care* instellingen, zoals verpleeghuizen of GGZ zijn buiten beschouwing gelaten. Met betrekking tot de specialismen ligt de focus op snijdende en beschouwende specialismen, omdat zij op dezelfde wijze worden bekostigd.

Ondersteunde specialismen en de psychiatrie zijn buiten beschouwing gelaten. De aard van het werk, alsmede de registratie van dbc's daarvan zijn niet vergelijkbaar (RIVM.nl. 2010).

Dit onderzoek heeft nadrukkelijk niet de pretentie om een universeel beeld te schetsen dat op alle ziekenhuizen in Nederland van toepassing is. Het belang van de specifieke contexten van deze zes ziekenhuizen wordt dan ook duidelijk belicht. Daarmee is echter niet gezegd dat de resultaten irrelevant zijn voor andere ziekenhuizen. Naar alle waarschijnlijkheid zal ieder ziekenhuis bepaalde knelpunten of maatregelen herkennen en kunnen gebruiken om de eigen situatie in een nieuw licht te plaatsen.

Om de interviews te structureren is eerst helder gemaakt wat dbc's zijn en vervolgens hoe de organisatie van dbc's eruit kan zien vanuit verschillende perspectieven. Vanuit wetenschappelijke literatuur is inzichtelijk gemaakt binnen welke trend dbc's te plaatsen zijn en op basis van verschillende perspectieven op organiseren wordt vervolgens invulling gegeven aan het begrip organiseren.

Daarna is in de empirie, middels het voeren van interviews, onderzocht hoe de dbc-systematiek invulling krijgt in de praktijk. Welke maatregelen opgezet zijn, welke knelpunten zich voordoen en hoe hiermee wordt omgegaan krijgt aandacht. In de verwerking van de gegevens zijn alle interviews woordelijk uitgewerkt en gecodeerd, om zo betrouwbaar mogelijk zonder bias verslag te leggen.

1.5 Relevantie

Dit onderzoek kent zowel een maatschappelijke relevantie in de praktijk als een wetenschappelijke relevantie voor de academici die zich bezighouden met organisatiewetenschappen.

1.5.1 Maatschappelijke relevantie

De maatschappelijke relevantie is tweevoudig. Deze hangt op de eerste plaats samen met de hoofdvraag waarin de organisatie van de dbc-systematiek in de dagelijkse praktijk wordt belicht, alsmede het verband tussen de primaire zorgverlening en de bekostiging daarvan als secundair proces. Doordat dit onderzoek op microniveau is uitgevoerd is het zeer concreet en rijk aan voorbeelden die aansluiten bij de beleving van specialisten, managers en dbc-functionarissen. Zij kunnen op basis van deze empirische gegevens de situatie in het eigen ziekenhuis beter in kaart brengen. Bovendien kunnen voorbeelden uit andere ziekenhuizen hen helpen de eigen situatie beter te begrijpen en/of aan te pakken. Voor specialisten is het onderzoek interessant omdat het de mogelijkheid biedt om ook vanuit andere perspectieven naar dbc's te kijken en na te gaan of zij zelf een verbinding herkennen tussen de zorg die ze leveren en de bekostiging daarvan door dbc's. Managers kunnen het onderzoek gebruiken om de situatie binnen het eigen cluster of op de eigen afdeling te bezien vanuit de drie perspectieven in het theoretisch kader. Ze kunnen daarin bovendien hun eigen werkwijze tegen het licht houden om te bekijken hoe deze perspectieven daarin terugkomen. De aanbevelingen van het onderzoek kunnen een aanleiding zijn om hier veranderingen in aan te brengen. Met name de rol van dbc's in strategische besluitvorming is voor hen interessant, om te bekijken of daarin mogelijkheden liggen. Dbc-functionarissen tot slot zullen dit onderzoek kunnen gebruiken als een naslagwerk voor tips en trucs in het opzetten en onderhouden van een efficiënt registratieproces. Het levert hen bovendien inzicht in de motieven en drijfveren van de specialisten waarmee zij zich geconfronteerd zien in het werken met dbc's.

Op de tweede plaats schuilt de maatschappelijke relevantie in de toekomstverkenning die in dit onderzoek aan bod komt. Met DOT en uitbreiding van het B-segment in het vooruitzicht wordt een bijdrage geleverd aan de voorbereidingen op de toekomst. Op die manier kunnen nu al maatregelen worden getroffen om straks zo soepel mogelijk de overstap te maken van de dbc's oude stijl, naar DOT.

1.5.2 Wetenschappelijk

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek is gelegen in het feit dat er weinig recente studies zijn die de dbc-systematiek vanuit verschillende hoeken in ogenschouw nemen. De kracht van dit onderzoek schuilt in de combinatie van gezichtspunten van waaruit de dbc's worden bezien. Zowel de combinatie van drie organisatieperspectieven, als van verschillende groepen betrokkenen in de respondentengroep. Het onderzoek is bovendien relevant omdat het dan wel specifiek over dbc's gaat, maar daarmee

aanknopingspunten biedt voor een vergelijking met gelijksoortige bekostigingssystemen in andere landen als ook een vertrekpunt voor toekomstige ontwikkelingen

1.6 Leeswijzer

In deze inleiding is uitgelegd wat in dit onderzoek onderzocht wordt en waarom en voor wie dit interessant is. De rest van dit onderzoek zal uiteindelijk leiden tot het beantwoorden van hoofdvraag, op welke wijze de dbc-systematiek wordt georganiseerd zodat deze in verbinding staat met de primaire zorgprocessen. In hoofdstuk 2 wordt dieper ingegaan op de praktische werking van dbc's, alsmede de bekende problemen die zich voordoen bij dergelijke systemen voor bekostiging van zorg in het buitenland en wat de verbeterlag DOT inhoudt. In hoofdstuk 3 wordt juist de bredere context geschetst van dbc's tegen de achtergrond van marktwerking in de zorg. In hoofdstuk 4 vervolgens wordt het begrip organiseren gedefinieerd aan de hand van verschillende perspectieven. Achtereenvolgens worden vanuit een rationeel, natuurlijk en open perspectief drie kernwaarden die georganiseerd dienen te worden geïntroduceerd. Daarna wordt in hoofdstuk 5 de methode van het onderzoek toegelicht voordat in hoofdstuk 6 wordt gestart met de empirische verkenning. In hoofdstuk 6, 7 en 8 wordt achtereenvolgens uiteengezet hoe de organisatie van de dbc-systematiek zich voordoet in ziekenhuizen. Daartoe wordt aandacht besteed aan de praktische invulling van de drie organisatiegebieden uit hoofdstuk 4, de maatregelen die op basis daarvan worden getroffen en knelpunten die daarbij ontstaan. In hoofdstuk 9 wordt vervolgens de balans opgemaakt en wordt vanuit een globale analyse van de huidige probleemgebieden geanalyseerd of DOT daarvoor een mogelijke oplossing vormt. In hoofdstuk 10 wordt tot slot de hoofdvraag beantwoord en aanbevelingen gedaan om het verband tussen dbc's en zorg te vergroten door effectief, betekenisvol en onderscheidend te organiseren.

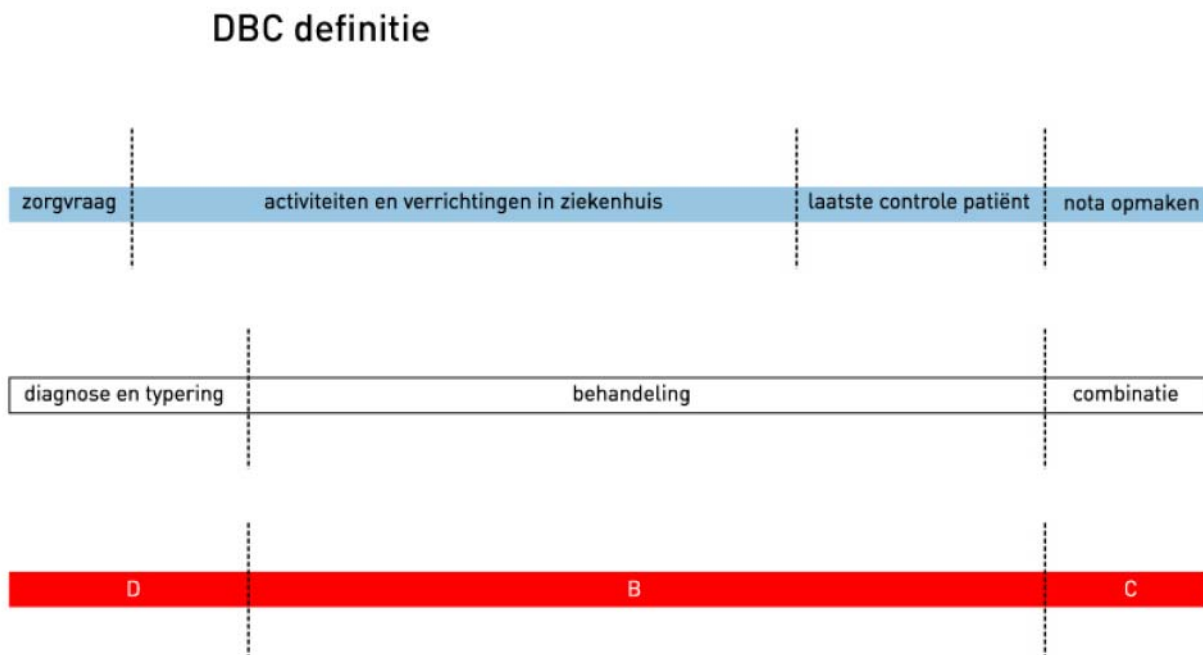
2. De opbouw van de dbc-systematiek

Zoals in de inleiding is uitgelegd is de dbc-systematiek een complex en uitgebreid bekostigingssysteem. Het dan ook van belang om te weten waar het over gaat als wordt gesproken over dbc's voordat kan worden overgegaan tot een grondige analyse van de organisatie ervan. Van klein naar groot wordt allereerst de werking van dbc's uitgelegd. Van een enkele dbc die wordt geregistreerd tot de algehele verdeling van dbc's in de systematiek. Vervolgens wordt ingegaan op de problemen die geassocieerd worden met bekostigingssystemen die gebaseerd zijn op diagnoses. Ook in andere landen worden dergelijke systemen gebruikt en is men bekend met upcoding, afwenteling en weerstand. Daarna wordt uitgelegd wat de overgang naar DOT inhoudt en wat dit voor veranderingen met zich meebrengt voor de mensen die met dbc's werken. Tot slot wordt de eerste deelvraag beantwoord in de conclusie.

2.1 De werking van dbc's

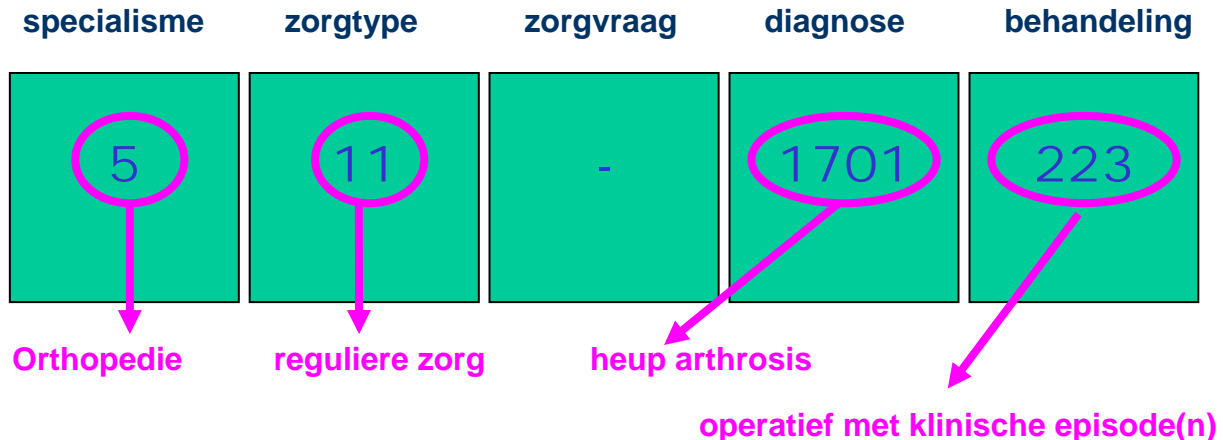
2.1.1 Onderdelen van één dbc

Zoals de naam al doet vermoeden is elke Diagnose Behandel Combinatie opgebouwd uit drie chronologische onderdelen: de diagnose, de behandeling en de combinatie, afgebeeld in de figuur hieronder (DBC-onderhoud, 2007)



Op basis van de zorgvraag van de patiënt worden activiteiten en verrichtingen in het ziekenhuis gedaan die de behandeling vormgeven, zoals consulten, medicijnen, labonderzoeken en verpleegdagen. Na het

laatste consult wordt vervolgens een nota opgemaakt (blauwe lijn). Hiertoe is noodzakelijk dat de zorgvraag op de juiste wordt getypeerd en een diagnose wordt gesteld. Daartoe typeert de specialist iedere patiënt onder een dbc-code (witte lijn). Deze is opgebouwd uit een viertal onderdelen: zorgtype, zorgvraag, diagnose en behandeling. Bij zorgtype kan het gaan om een initiële dbc, een vervolgdabc of een traject. De zorgvraag, die slechts bij vijf specialismen wordt getypeerd, gaat het om de reden dat de patiënt behandeld zal worden of duidt bijvoorbeeld de specifieke patiëntgroep. Bij plastische chirurgie kan het gaan om herstel na bestraling, bij geriatrie om een patiënt met één, twee of meer probleemgebieden. Onder diagnose wordt de gestelde diagnose geduid. Onder behandeling wordt gekozen voor een behandelpad, zoals poliklinische behandeling, operatieve behandeling of een dagopname (Typeringslijsten, april 2010). De optelsom van de code van het specialisme en deze vier typering vormt de dbc-code en leidt tot de combinatie waaruit de nota wordt opgemaakt (witte lijn). Hieronder een voorbeeld van een dbc voor een versleten heup¹ (presentatie Van der Haagen, juni 2008: 10) :



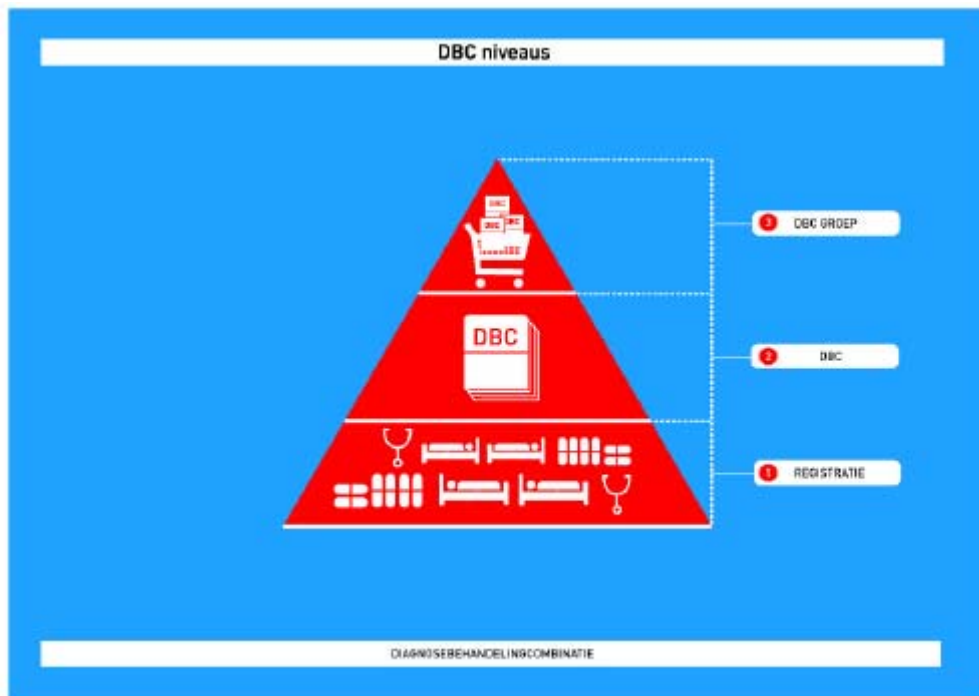
Als de behandeling van de patiënt ten einde komt wordt een nota opgemaakt op basis van de combinatie van activiteiten en verrichtingen die passen bij de diagnose. Voordat de dbc klaar is voor declaratie vindt validatie via een interne validatiemodule plaats. Wanneer er inconsistenties in de registratie ontdekt worden komt de dbc in de uitval terecht en moet fout worden hersteld. Het kan zijn dat vergeten is alle verrichtingen te koppelen, of er kan sprake zijn van een veranderde diagnose die niet is bijgewerkt waardoor de behandeling niet aansluit op de diagnose. De dbc wordt aangepast en vervolgens alsnog gedeclareerd. Een afgesloten dbc kan niet heropend worden. Wel is het mogelijk om meerdere dbc's per patiënt naast elkaar te hebben. Dit kan wanneer sprake is van meerdere kwalen (binnen hetzelfde specialisme) die leiden tot een toename van kosten of inspanning van minimaal 40% van het gemiddelde van de eerste diagnose (DBC-onderhoud, 2010). Er kan bijvoorbeeld sprake zijn COPD en een longtumor. Wanneer dit het geval is wordt gesproken over een parallelle dbc. Ook is het mogelijk dat na het afsluiten

¹ Zie bijlage voor een de typeringslijst van dermatologie. Deze bevat geen zorgvraag en kent een klein aantal diagnoses. Ter vergelijking: de diagnosekolom van plastische chirurgie of kindergeneeskunde zijn drie keer zo lang.

van een dbc bij terugkomst van de patiënt opnieuw een dbc wordt geopend bij hetzelfde specialisme onder een andere dbc. In dit geval wordt gesproken van een vervolg-dbc.

2.1.2 Dbc's op verschillende niveaus

Figuur 2 geeft de verschillende niveaus weer waar de dbc-systematiek betrekking op heeft. Op het laagste niveau gaat het over de registratie van verrichtingen en producten, zoals ligdagen, geneesmiddelen en medische ingrepen zoals in bovenstaande alinea omschreven. Op het middelste niveau wordt dit alles samengevoegd tot een Diagnose Behandel Combinatie. Op het hoogste niveau worden dbc's met vergelijkbare kosten en medische herkenbaarheid bij elkaar gevoegd in een dbc-groep. Over de prijs van dbc's in een bepaalde dbc-groep wordt vervolgens onderhandeld met verzekeraars. Op die manier hoeft niet over iedere afzonderlijke dbc onderhandeld te worden. Voor de onderhandeling met verzekeraars stellen ziekenhuizen kostprijzen vast voor elke dbc. Behalve over vergoeding van deze kostprijs wordt met de verzekeraar onderhandeld over het productievolume van een dbc (DBC-onderhoud, 2007).



2.1.3 A-segment en B-segment

Het DBC-systeem is opgebouwd uit twee delen, het A-segment en het B-segment. Het A-segment beslaat momenteel circa 80% van de geleverde zorg. In dit segment gelden dbc's alleen als registratie-instrument voor het ziekenhuis. Er wordt wel geregistreerd aan de hand van dbc's, maar er is nog steeds sprake van lumpsumfinanciering voor het ziekenhuis, de zogenaamde functiegerichte budgettering (FB) die is gebaseerd op grove parameters, zoals het aantal bedden in het ziekenhuis, aantal opnames en aanwezigheid van Intensive Care en operatiekamers. Via een nacalculatie aan het einde van het jaar

wordt gezorgd dat een ziekenhuis bij gelijkblijvende productie de omzet aangevuld krijgt tot de historische lumpsum (DBC-onderhoud, 2008).

De dbc's in het A-segment zijn opgebouwd uit een ziekenhuis- en een honorariumcomponent. De ziekenhuiscomponent beslaat alle kosten die het ziekenhuis maakt minus het honorarium van de specialist. De honorariumcomponent bestaat uit een normtijd maal het uurtarief. De normtijd is vastgesteld aan de hand van de expertise van vakverenigingen per specialisme. In feite ontvangen ziekenhuizen voor het A-segment dus nog steeds één pot met geld, maar door registratie van dbc's kunnen de normtijden gevalideerd worden en kan het B-segment later gemakkelijker opgerekt worden (Folpmers & de Bruin, 2004). Voor de uitbetaling van specialisten is de lumpsumfinanciering echter vanaf 2008 opgeheven, zij krijgen nog uitsluitend inkomsten via de honorariumcomponent van dbc's. Deze ontvangen zij ofwel zelf indien sprake is van een maatschap, of indirect via het ziekenhuis indien sprake is van loondienst (DBC Onderhoud, juli 2008:2).

Het B-segment is het tweede deel van het systeem en gaat om zorg waarvan de prijzen onderhandelbaar zijn tussen verzekeraar en ziekenhuis. Het gaat uitsluitend om electieve zorg: dat wil zeggen niet-acute en planbare zorg (Folpmers & de Bruin, 2004: 18). Ook dbc's in het B-segment bestaan uit een ziekenhuis- en een honorariumcomponent. Over de hoogte van de ziekenhuiscomponent en het volume van de te leveren zorg wordt onderhandeld met verzekeraars. De honorariumcomponent is niet onderhandelbaar maar vastgesteld op basis van onderhandelingen met de Orde van Medisch Specialisten. Bij sommige specialismen is de hoeveelheid B-dbc's groter dan bij andere specialismen. Binnen de hematologie is geen enkele A-dbc te vinden, terwijl in de gynaecologie ongeveer 30% van de dbc's een B-dbc is. In 2012, met de intrede van DOT, zal dit B-segment hoogstwaarschijnlijk worden uitgebreid naar 35% van de totale zorg (DOT-nieuwsbrief, juli 2010). Hierdoor zal steeds meer onderhandeling tussen ziekenhuizen en verzekeraars ontstaan. Zoals al eerder genoemd gaat het dan om electieve klinische zorg zoals ooglasering of flapoorcorrectie (DBC-onderhoud, 2009: 2). De bedoeling is op de lange termijn dat voor alle vormen van zorg, ook geestelijke gezondheidszorg, inzichtelijk wordt hoe behandelingen eruitzien en wat behandeling kost zodat een overstap naar het A-segment plaats kan vinden en uiteindelijk 70 tot 80% van zorg in het B-segment wordt geplaatst. Vooral om die reden is juiste registratie nu al van belang. Wanneer niet voldoende wordt geregistreerd is dit onvoordelig voor het ziekenhuis omdat een onredelijke prijs aan de behandeling wordt gekoppeld.

Tot slot is van belang te noemen dat enkele vormen van zorg zijn uitgesloten van de dbc-systematiek. Het gaat dan om zorg die valt onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV-zorg), waarvoor ziekenhuis een vergunning dienen te hebben en weesgeneesmiddelen (DBC-onderhoud, 2009). Ook de kosten voor onderzoek en opleiding van universitair medische centra vallen buiten de dbc-systematiek en worden ondervangen door een academische component. Ter illustratie, in 2010 ontvangt het Erasmus 106 miljoen euro aan academische component (Klink, juni 2010).

2.1.4 Maatstaf

De onderhandelingen met verzekeraars introduceren een concurrentie-element in de zorgmarkt. In de periode 2009 tot en met 2011 worden deze concurrentiemogelijkheden per individuele instelling echter beperkt middels de maatstaf. Deze maatstaf bepaalt het plafond voor de totale inkomsten die het ziekenhuis uit B-dbc's mag halen. De hoogte van de maatstaf wordt per B-dbc vastgesteld op basis van de historische kosten van de specifieke instelling en het landelijk gemiddelde van alle ziekenhuizen. In 2009 was de maatstaf nog voor 75% op de eigen historische productiekosten gebaseerd en voor 25% op het landelijk gemiddelde. In 2010 is deze verhouding verschoven naar 50% historie en 50% landelijk gemiddelde. In 2011 schuift de verhouding verder door naar slechts 25% gebaseerd op de eigen historische kosten en 75% op het landelijk gemiddelde. Pas hierna wordt (waarschijnlijk) overgegaan naar vrije prijsafspraken. De maatstaf legt de potentiële winst voor ziekenhuizen dus aan banden (DBC Onderhoud, begrippenlijst, 2007; website DBC-onderhoud 2010). In geval van hogere inkomsten moeten deze worden afgestaan aan de NZa, in geval van lagere inkomsten leidt het ziekenhuis verliezen en vindt geen compensatie plaats. Op deze wijze worden de effecten van prijsconcurrentie gesimuleerd, maar wordt tegelijkertijd eventuele winstgevendheid van ziekenhuizen voorkomen. De maatstaf is een winstbeperkend mechanisme dat een gevolg is van de terughoudendheid in het toestaan van winst in de zorg, vanuit een normatief oogpunt. Het zou onaanvaardbaar zijn dat een ziekenhuis winst maakt, het hoofddoel moet juist zijn om de best mogelijke zorg te leveren (Schaepekens, 2005: 8).

2.1.5 Interne validatie

Er zijn verschillende verplichte interne controles ingebouwd in het dbc-systeem om te zorgen voor een juiste registratie. Op de eerste plaats maakt elk ziekenhuis gebruik van het Ziekenhuis Informatiesysteem (ZIS) waarin een validatiemodule is ingebouwd. Deze module controleert of de geregistreerde verrichtingen logischerwijs aansluiten bij de dbc. Een overdreven voorbeeld is dat wanneer een openhartoperatie staat geregistreerd bij een gebroken been, deze dbc in de uitval terecht komt. De dbc's in de uitval moeten vervolgens worden bekeken en aangepast zodat ze wel kloppen met de werkelijkheid. Zo kan het zijn dat een diagnose wordt bijgesteld, maar dit niet wordt verwerkt in het systeem. Een dbc die in de uitval terecht komt kan niet worden gedeclareerd bij de verzekeraar.

Ieder jaar is het bestuur van het ziekenhuis bovendien verplicht om een 'in control statement' uit te vaardigen waarmee ze bevestigen dat de interne controle op de dbc-systematiek in orde is en er geen fouten zijn gemaakt met betrekking tot registratie en declaratie (Schaepekens, 2004: 8). Om deze verklaring te kunnen afleggen zijn ziekenhuizen verplicht steekproeven uit te voeren om juistheid van registratie te controleren. Dit is een onderdeel van de regeling AO/IC inzake DBC registratie en facturering ingevoerd in 2006 op basis van de Wmg. In deze regeling is vastgelegd dat zorginstellingen verplicht zijn jaarlijks zowel een verantwoordingsdocument gefactureerde dbc's als een accountantsverklaring aan te leveren aan de NZa (Regeling AO/IC, Art 6).

2.1.6 Wet- en regelgeving

Werken met dbc's is voor ziekenhuizen niet vrijblijvend maar verplicht. Juridisch zijn de verplichtingen van alle betrokken instellingen vastgelegd in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Bovenstaande omschrijving van de dbc-systematiek is vastgelegd in de 'regeling declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling' die op artikel 37 van de Wmg is gebaseerd. Deze regeling is in werking sinds 1 januari 2009. In de Wmg is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aangewezen als toezichthouder op ziekenhuizen en verzekeraars om de wet te handhaven (Wmg Art.16). De NZa is daartoe belast met het opstellen van regels *'onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht'* (Wmg Art 37).

Een andere instelling die een grote rol speelt bij de werking van dbc's is DBC-onderhoud. Dit is een private stichting die wordt gesubsidieerd vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De stichting heeft tot doel om het dbc-systeem op te zetten, te beheren en aan te passen aan ontwikkelingen in de gezondheidszorg. De afnemers van DBC-onderhoud zijn de ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de NZa en het College van de Zorgverzekeringen (CVZ). In de praktijk betekent dit dat DBC-onderhoud zorg draagt voor het opzetten en beheren van de verschillende dbc's, het opzetten en beheren van ondersteunende hulpmiddelen voor registratie, validatie en declaratie van dbc's en kennis vergaart en verspreid om het systeem verder te kunnen ontwikkelen (Statuten DBC-onderhoud, 2010).

Met betrekking tot de aanlevering van gegevens is elk ziekenhuis via de Wmg verplicht de zogenaamde minimale dataset aan te leveren aan DBC-onderhoud voor het DBC Informatiesysteem (DIS). Dit systeem wordt gebruikt om de ontwikkelingen in de zorg in kaart te brengen en om, zoals al eerder is aangegeven, het B-segment steeds verder te kunnen oprekken op basis van relevante gegevens (DBC Onderhoud, 2010). Ook het gebruik van de validatiesoftware voor declaratie is verplicht gesteld via de Wmg.

2.2 Problemen van dbc's

In het voorgaande is beschreven hoe de dbc-systematiek in elkaar zit: welke onderdelen er zijn, wat geregistreerd dient te worden, hoe declaratie bij de verzekeraar plaatsvindt en hoe dit alles juridisch is vastgelegd. De werking is echter niet altijd optimaal en er zijn een aantal bekende problemen te onderscheiden. Upcoding en afwenteling zijn twee specifieke problemen, maar ook een meer algemene weerstand van artsen is een knelpunt. Deze problemen worden opeenvolgend besproken en toegelicht.

2.2.1 Upcoding

Upcoding gaat over het onterecht registreren van een duurdere DBC teneinde hogere bekostiging te ontvangen. Zowel het honorariumdeel als het ziekenhuisdeel kan hoger uitvallen bij een complexer dbc.

Voor specialisten in maatschappen betekent dit rechtstreeks hogere inkomsten omdat in alle dbc's een uurtarief voor de specialist is opgenomen. Voor specialisten in loondienst werkt het uitsluitend indirect. Het ziekenhuis ontvangt de hogere inkomsten, maar niet de specialist in kwestie. Het valt dan ook te verwachten dat upcoding vanuit individueel financieel belang voornamelijk voorkomt bij specialisten in maatschappen. Anderzijds zijn ook in non-profit ziekenhuizen algemene incentives aanwezig om aan upcoding te doen, omdat het de positie van het ziekenhuis versterkt ten opzichte van andere ziekenhuizen. De efficiëntie van het ziekenhuis lijkt groter wanneer in dezelfde tijd lastiger dbc's worden verwerkt. Dit komt de concurrentiepositie van het ziekenhuis ten goede en kan zo ziekenhuisbreed een intentie tot upcoding opwekken voor het personeel.

Upcoding is geen specifiek Nederlands probleem, maar doet zich ook voor in andere landen waar wordt gewerkt met vergelijkbare Diagnose Related Groups (DRG's). Uit een studie in Amerika bleek dat upcoding een verschijnsel is dat sterk samenhangt met marktwerking in de zorg. In alle ziekenhuizen, zowel profit als non-profit, werd upcoding vastgesteld, maar wel in significant hogere mate bij profit-ziekenhuizen. Vanuit het physician cooperative model stellen Silverman en Skinner dat administratieve staf en specialisten samenwerken om zo gunstig mogelijk te registreren, zodat het ziekenhuis goed uit de verf komt en de eigen inkomsten worden gemaximaliseerd (Silverman & Skinner, 2004: 384-385). Ook bij de ervaringen met DRG's in Duitsland wordt dit probleem benoemd. Doordat codering direct gekoppeld is aan de inkomsten voor het ziekenhuis en personeel wordt ook door Duitse onderzoekers een incentive tot 'over-coding' vastgesteld. Zij benoemen het echter als 'kinderziekte' en stellen dat het effect na verloop van tijd vanzelf verdwijnt, door goede kwaliteitsanalyses en controls (Bocking e.a. 2005: 129).

2.2.2 Afwenteling

Een tweede negatief effect van het gebruik van dbc's is afwenteling. Hiermee wordt op de eerste plaats bedoeld op het sicker en quicker ontslaan van patiënten om productiviteit te verhogen. Op de tweede plaats gaat het over het niet selecteren van 'ongunstige' patiënten.

Het sicker en quicker effect, ook wel moral hazard effect genoemd (Ellis & McGuire, 1996: 258), ontstaat wanneer efficiëntie te ver wordt doorgevoerd. Zo is door onder andere Ellis en McGuire geconstateerd dat een significante afname van het aantal ligdagen kan worden ontdekt bij psychiatrische patiënten na invoer van een nieuw bekostigingsstelsel op basis van diagnose van de patiënt. *'Overall, a 4,5 day reduction in LOS [length of stay] (14%) for non-elderly, mentally disabled psychiatric patients appears to be attributable to payment system reform'* (Ellis & McGuire, 1996: 276). Omdat niet de ligdagen worden vergoed, maar een vast bedrag gekoppeld is aan de gediagnosticeerde DBC, is het aantrekkelijk om het aantal ligdagen te verlagen. Op die manier kunnen immers meer patiënten geholpen worden en zijn minder middelen nodig per patiënt zodat de inkomsten toenemen. Maar hoewel toenemende efficiëntie een positief effect is, wordt het pervers wanneer mensen te vroeg worden ontslagen of te snel worden

doorverwezen naar een normale afdeling vanaf de intensive care. Dit kan leiden tot ontevredenheid bij de patiënt, maar in ergere gevallen ook tot complicaties zoals infecties of zelfs sterfte. Met betrekking tot kosten kan dit indirect weer een kostenstijging veroorzaken, immers: in geval van complicaties moet de patiënt langer behandeld worden (Schaepkens, 2004: 9).

Selectie kan zich voordoen door ofwel aan de poort te selecteren op patiëntgroepen, ofwel patiënten door te verwijzen naar andere ziekenhuizen. Hoewel selectie gunstig is in die zin dat vanuit strategische overwegingen bepaalde patiëntgroepen worden aangetrokken, is ook dit te ver doorgevoerd een pervers effect. Een 'selection effect' (Ellis & McGuire, 1996: 258) treedt op wanneer patiënten die tot hogere kosten leiden worden doorverwezen naar de concurrent (Schaepkens, 2004: 10). Ziekenhuizen die te maken hebben met last resort functie worden op deze manier benadeeld.

2.2.3 Weerstand

Het derde en laatste probleem met betrekking tot de dbc-systematiek hangt samen met de zakelijkheid die het oproept die weerstand opwerkt bij specialisten en ander geneeskundig personeel. In Nederland is de weerstand nog altijd het grootst in de sfeer van de geestelijke gezondheidszorg, maar ook in andere specialismen, met name waar men minder is gaan verdienen of meer moet registreren, is de weerstand groot (Smullen, 2009). Deze weerstand kent een aantal kenmerkende factoren en hangt samen met de feit dat een ziekenhuis een professionele organisatie is waarin medisch specialisten werken. Dit zijn professionals bij uitstek en zij kennen een hoge mate van professional control, of professionele autonomie. Enerzijds gaat het om inhoudelijke control omdat de beroepsgroep de opleiding van nieuwe artsen verzorgt en daarmee een monopolie heeft op de kennis en kunde die er is. Ook hebben specialisten door ervaring een grote hoeveelheid tacit knowledge die gedurende hun loopbaan groter wordt en cruciaal is voor het leveren van goede zorg. Anderzijds is er sprake van institutionele control. Er is een sterke beroepsgroep waarin de artsen zich verenigd hebben, zo is er de Orde van Medisch Specialisten en er zijn afzonderlijke vakverenigingen per specialisme. Jurisdictie is geregeld door de beroepsgroep die via tuchtraden artsen uit hun vak kunnen zetten. Tot slot is er een professionele ethiek met een groot aantal ethische codes en gedragscodes waar alle specialisten zich aan hebben te houden (Noordegraaf, 2008).

Van der Schoot zegt naar aanleiding van deze autonomie over specialisten: *'Overtuigd van hun professionaliteit en kennis gedragen zij zich vaak als prima donna's'* (2005). In ziekenhuizen worden beslissingen genomen die kunnen leiden tot leven of doodgaan voor patiënten. Specialisten hechten daarom sterk aan hun professionele ruimte om de juiste keuzes te kunnen maken en willen weinig weten van zakelijke instrumenten die geen oog hebben voor de complexiteit van de behandelingen. Dit is ook een verklaring voor het feit dat de weerstand tegen dbc's het hoogst is onder psychiaters, het medisch vakgebied dat het lastigst is vast te leggen in eenduidige termen van ziekte, behandeling en genezing. Omgaan met deze weerstand is dan ook van groot belang om dbc's tot een succes te maken, omdat

managers en specialisten uiteindelijk samen moeten werken en allen de gevolgen ondervinden van marktwerking in de zorg, bezuinigingen en administratieve druk (van der Schoot, 2005: 34)

2.3 Overgang naar DOT

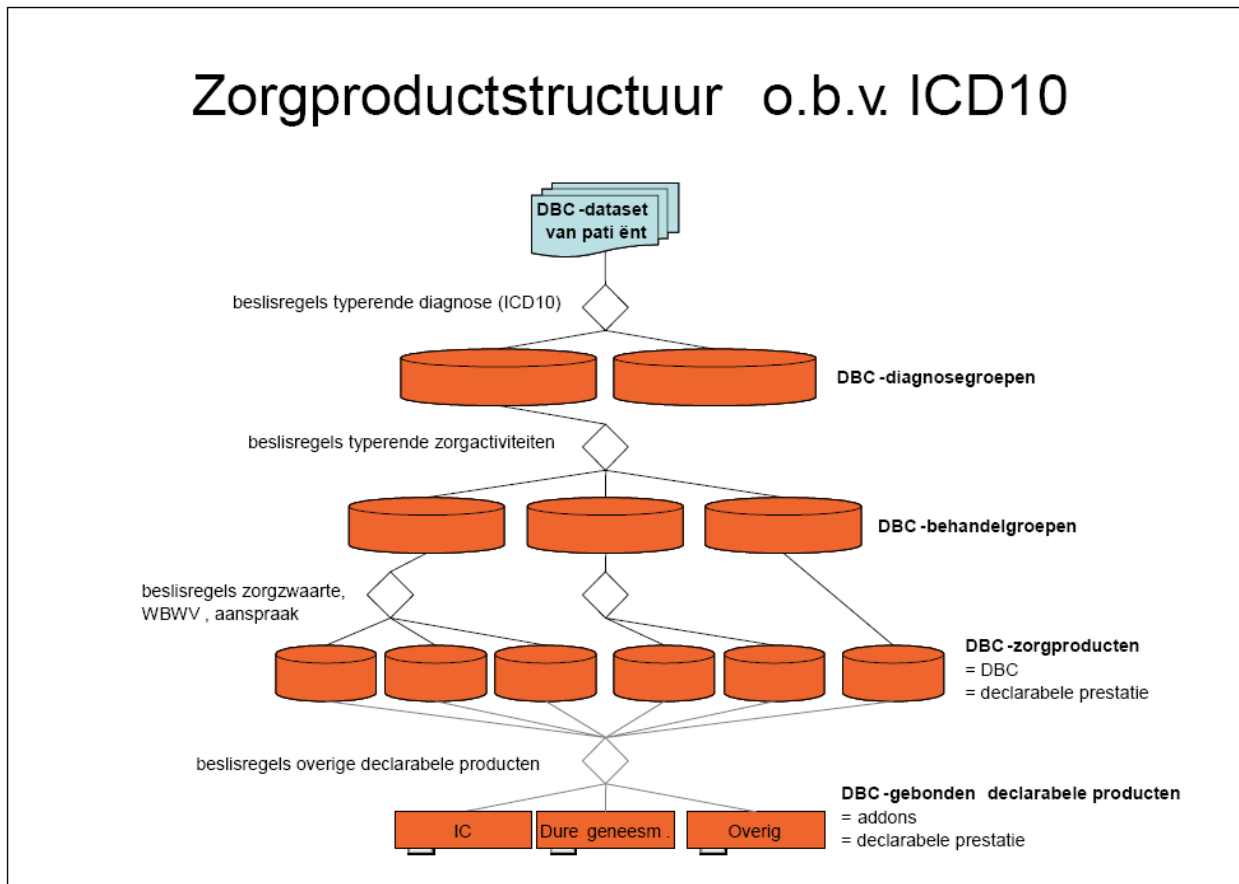
Een nieuwe uitdaging voor ziekenhuizen is de introductie van DOT. Dit is de nieuwste ontwikkeling op het gebied van dbc's en staat voor dbc's op weg naar transparantie. De overgang naar DOT dient verschillende verbeteringen teweeg te brengen en heeft daarom een aantal gevolgen op operationeel niveau voor de betrokken actoren. Het aantal dbc's wordt verlaagd en er wordt bij de verdeling beter gelet op medische herkenbaarheid. Dat wil zeggen dat de zorgproducten niet langer per specialisme zijn verdeeld, maar bij dezelfde zorgvraag aansluiten. Ten tweede wordt een zogenaamde 'grouper' geïntroduceerd die de validatie van dbc's overbodig maakt en die zelf uit de geregistreerde verrichtingen een DBC destilleert, het zogenaamde afleiden. Tot slot wordt met de invoer van DOT in 2012 het B-segment uitgebreid tot 35% van alle zorg en op termijn misschien nog verder. Hierdoor wordt het ziekenhuis steeds afhankelijker van volledige en juiste declaratie van kosten via dbc's en het voeren van onderhandelingen met verzekeraars. In juli van 2010 is de simulatie van DOT gestart en kunnen ziekenhuizen de nieuwe productstructuur testen. Met enkele tussenstappen waarin bijvoorbeeld tarieven en normtijden worden vastgesteld zal op 1 januari 2012 DOT in werking treden (DOT nieuwsbrief, april 2010)

2.3.1 Minder dbc's

DOT betekent een teruggang van 30.000 dbc's naar ongeveer 3000 'medisch herkenbare' zorgproducten die gebaseerd zijn op de zorgvraag van de patiënt en niet op een verdeling per specialisme. Deze teruggang dient ervoor te zorgen dat duidelijker wordt wat er wordt gefactureerd. Simpel gezegd: dat de geregistreerde gegevens logisch overeenkomen met de zorgvraag van de patiënt. De indeling van de zorgproducten is gebaseerd op de ICD-10. Dit is de meest recente Internationale Diagnoseclassificatie die de World Health Organization hanteert. De zorgproducten ontstaan door per diagnose met behulp van behandelprofielen behandelgroepen te onderscheiden. Het gaat daarbij om kostenhomogene groepen die ook medisch gezien bij elkaar aansluiten. Indien nodig worden deze nog verder uitgesplitst. Een aantal zaken blijven apart declarabel zoals intensive care en dure geneesmiddelen, bijvoorbeeld voor zeldzame ziekten (DOT Deel III, 2007).

Deze nieuwe zorgstructuur heeft vooral voor de administratie van dbc's gevolgen. Zo moet het registreren simpeler worden en de facturen herkenbaarder. Het is ook de bedoeling dat deze zorgproductstructuur multidisciplinair gebruikt kan worden. Dat wil zeggen dat er een diagnose kan zijn waarbij verschillende specialismen samen een DBC 'invullen' in plaats van meerdere dbc's die naast elkaar worden geopend. Door vergroting van de medische herkenbaarheid worden de gegevens van dbc's wellicht ook

interessanter voor afdelingshoofden. Zij krijgen een vereenvoudigd inzicht in de inhoud en omvang van de werkzaamheden van de afdeling.



2.3.2 Werken met de grouper

In combinatie met de overgang naar de zorgproductstructuur wordt een nieuwe softwareapplicatie geïntroduceerd: de grouper. Op basis van ingevoerde verrichtingen bepaalt deze applicatie welke dbc passend is. DBC-onderhoud spreekt hier van een overgang van valideren naar samenvatten. De interne validatie valt weg en de grouper wijst de dbc toe. De verwachte voordelen zijn administratief van aard. Zo is het niet meer nodig om de dbc aan te passen als de diagnose wijzigt en hoeft er niet meer gevalideerd te worden (DOT Deel III, 2007). DBC Onderhoud verwacht uitsluitend voordelen van deze grouper. Er zijn echter ook geluiden die nadelen aan deze grouper verbinden. Zo moet op het gebied van ICT een behoorlijke omslag worden gemaakt en wordt de eerder aangeschafte validatiemodule op termijn overbodig. Bovendien is de overgang naar de grouper omslachtig en wordt eerst een jaar met twee systemen naast elkaar gewerkt. Omdat de grouper achteraf een DBC afleidt heeft dit ook gevolgen voor de managementinformatie die het systeem creëert. Zo wordt gespeculeerd dat de informatie juist van mindere waarde zal zijn, omdat geen geplande verrichtingen worden geregistreerd. Hierdoor is bij opname van een patiënt niet duidelijk in welk segment deze thuishoort en wat voor behandeling gepland staat. Dit

geeft minder mogelijkheden om de huidige en toekomstige stand van zaken van een afdeling/ziekenhuis overzichtelijk te krijgen. Er is uitsluitende historische informatie beschikbaar. Tot slot is een betrouwbare registratie van levensbelang omdat onderregistratie op de loer ligt, wanneer de basisregistratie niet op orde is. Wanneer vergeten wordt verrichtingen te registreren wordt een mindere dbc afgeleid en worden ook minder kosten vergoed (de Groot-Kortekaas, 2009).

2.3.3 Uitbreiding B-segment

In verband met de overgang naar DOT wordt tevens gesproken over mogelijke uitbreiding van het B-segment van 20% naar 50% in de komende jaren. Deze keuze werd voorlopig gemaakt in januari 2010 op basis van verschillende scenario's die zijn uitgewerkt. De beslissing is echter niet tot uitvoer gekomen en op dit moment onzeker. Indien het echter zo gaat lopen dat een uitbreiding plaatsvindt, heeft dit grote gevolgen voor de inkomsten van elk ziekenhuis. De uitbreiding van het B-segment gaat nog altijd uitsluitend om niet-acute planbare zorg. Voorbeelden van zorg die wordt overgedragen zijn: plastische chirurgie, nierstenen, verschillende huidaandoeningen, spijsverteringsaandoening, COPD en vele anderen (Scenario's invulling B-segment, 2009).

Indien deze uitbreiding plaatsvindt en de grouper wordt ingevoerd wordt de juistheid en volledigheid van registratie van zorg zeer belangrijk. Immers, het niet registreren van verrichtingen leidt tot een verkeerd afgeleide DBC en tot onjuiste vergoeding. Anderzijds zorgt deze uitbreiding van het B-segment ervoor dat efficiëntie van ziekenhuizen belangrijk wordt, omdat er meer concurrentie plaatsvindt met andere ziekenhuizen. Voor de middenmanager wordt het daarom belangrijk om gebruik te maken van de informatie die de dbc's opleveren.

2.4 Conclusie

Aan het einde van dit hoofdstuk kan de eerste deelvraag worden beantwoord: **Hoe is de dbc-systematiek opgebouwd en welke problemen worden geassocieerd met bekostigingssystemen gebaseerd op diagnoses?**

De dbc-systematiek is een gelaagd systeem, waarbij op het laagste niveau enkele dbc's worden geopend en gesloten, daarboven staan de dbc-groepen op basis waarvan onderhandeld wordt met verzekeraars. In zijn geheel in de systematiek tot slot opgedeeld in het A- en het B-segment van onderhandelbare (20%) en niet onderhandelbare zorg (80%) met uitzondering van zeer specialistische zorg (WBMV-zorg) en geneesmiddelen. Alle ziekenhuizen zijn op basis van de wet marktordening gezondheidszorg verplicht om voor alle zorg dbc's te registreren, financiering vindt echter nog op twee wijzen plaats. Ook in andere landen zoals Duitsland en de Verenigde Staten wordt gewerkt met bekostigingsstructuren die gebaseerd zijn op diagnoses. Drie problemen worden met deze methode in verband gebracht. Ten eerste zijn

upcoding, waarbij bewust complexer diagnoses worden gedeclareerd dan in werkelijkheid. Ten tweede afwenteling, waarbij patiënten onterecht te vroeg worden ontslagen of financieel ongunstige patiënten bij de voordeur worden doorverwezen naar andere ziekenhuizen of instellingen. Ten derde is er vaak weerstand omdat specialisten zakelijke systemen wantrouwen die geen rekening houden met de specifieke aard van de medische wereld en de complexiteit die daarmee gepaard gaat. De introductie van DOT zal een aantal wijzigingen in de dbc-systematiek teweeg brengen. Door het aantal dbc's terug te brengen en dbc's af te leiden van verrichtingen wordt getracht de administratielast terug te brengen. Uitbreiding van het B-segment zal ervoor zorgen dat steeds belangrijker wordt om goede kostprijzen vast te stellen met verzekeraars op basis van een betrouwbare registratie van dbc's.

3. Marktwerving in de zorg

In het vorige hoofdstuk is duidelijk gemaakt hoe in de praktijk wordt gewerkt met de dbc-systematiek. In dit hoofdstuk wordt het blikveld verruimd en wordt de introductie van dbc's geplaatst in de context van meer marktwerving in de zorg. Dit is relevant omdat de overheid met de introductie van dbc's een aantal doelstellingen voor ogen had die gevolgen hebben gehad voor de organisatie van de dbc-systematiek. Eerst wordt in 3.1 de opmars van de markt besproken die zijn oorsprong vindt in de jaren '80 en de invloed daarvan op de wijzigingen in de zorgmarkt, waaronder de dbc-systematiek, in 2005. Daarna worden in 3.2 de doelstellingen van marktwerving verkend die samenhangen met dbc's. Tot slot wordt in de conclusie de tweede deelvraag beantwoord. Deze luidt: Welke doelstellingen lagen ten grondslag aan de introductie van de dbc-systematiek door de overheid?

3.1 De opmars van de markt

De introductie van marktwerving in de zorg is terug te voeren tot de jaren '80 van de vorige eeuw, toen de eerste pogingen werden ondernomen om kostenstijging in de gezondheidszorg tegen te gaan. Want waar in de jaren '70 de kosten 5% van het BNP besloegen, is dit in 2010 gestegen tot maar liefst 10,2% van het BNP. Vanaf de jaren '80, op de golven van New Public Management (NPM), wordt marktwerving geacht een bijdrage te kunnen leveren door de efficiëntie van zorg te verhogen en de kosten te verlagen. New Public Management wordt door Noordegraaf omschreven als: *'laat twintigste-eeuwse manifestatie van publiek management, waarin management in het publieke domein als het bedrijfsmatig runnen van organisaties wordt voorgesteld'* (Noordegraaf, 2008: 375). Afkomstig uit Amerika en Engeland heeft deze visie op publiek management aan terrein gewonnen en zich vertaald in allerhande praktijken die zich richten op de introductie van bedrijfsmatigheid in publieke organisaties. In de zorg is onder invloed van NPM vooral de nadruk op de markt steeds verder toegenomen, alsmede de invloed van de burger. Deze twee partijen worden naar voren geschoven terwijl de professional en de bureaucratie aan kracht verliezen (Tonkens, 2003: 28)

Verschillende commissies en bijbehorende rapporten hebben in het verleden de status van de gezondheidszorg in Nederland en mogelijkheden voor kostenbesparing in kaart gebracht. De Commissie Dekker (officieel: commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg) gaf al in 1987 aan dat meer aanbodregulering zou moeten worden toegepast in de vorm van gereguleerde concurrentie, zorgvernieuwing en vraagsturing (Vels & Boere, 2005: 14). Zij omschreven de problemen in de zorg als *'teveel regels en bureaucratie, te weinig doelmatigheid en een zorgverlening die onvoldoende beantwoordde aan de veranderende en uiteenlopende behoeften van de bevolking'* (Vels & Boere, 2005: 13).

Een constante stroom aan nota's volgde die de stand van zaken optekende om te zoeken naar mogelijkheden om marktwerking en vraagsturing steeds verder en beter te implementeren. Er zijn bijvoorbeeld de nota's 'Vraag aan bod' en 'Met zorg kiezen' van het ministerie van VWS (2001) en recenter het rapport 'Zorg voor minder last' van het ministerie van Financiën (2007). In 2005 vond echter de grootste omslag plaats, toen minister Hoogervorst de introductie van dbc's realiseerde. Deze ontwikkeling hangt samen met liberalisering van de gezondheidszorg middels de Wet marktordening gezondheidszorg en het verplichte basispakket voor alle Nederlandse burgers. Dbc's vormen als het ware het sluitstuk op al deze wijzigingen om de markt en de mondige burger zorg te laten dragen voor een efficiënter en beter zorgstelsel.

Los van alle voordelen die marktwerking zou hebben op de gezondheidszorg, plaatst het de overheid ook voor een groot dilemma. Een goede gezondheidszorg voor iedere burger wordt gezien als een publiek goed dat te allen tijde betaalbaar moet blijven. Winst maken, waar marktwerking toe prikkelt, is vanuit dit oogpunt 'onbehoorlijk' (Schaepkens, 2005: 8). Daarom wordt de marktwerking wel gereguleerd en ziekenhuizen beperkt in hun mogelijkheden tot het maken van winst door het anders organiseren van zorg. Het Kennemer Gasthuis in Haarlem bijvoorbeeld is in 2008 op de vingers is getikt door de Nederlandse Zorg autoriteit (NZa) voor het sneller verlenen van zorg aan patiënten die vrijwillig bijbetaalden (Volkskrant, 30-03-2009). Hiermee zou een oneerlijke verdeling ontstaan tussen mensen met meer en minder geld, ondanks het feit dat het wachtlijsten zou kunnen beperken en inkomsten creëert voor het ziekenhuis. Ook het bestaan van een maatstaf die het plafond bepaalt voor de inkomsten die een ziekenhuis mag verwerven en hen dwingt de rest af te staan, legt dit dilemma van de overheid bloot. Enerzijds is er een drang om via marktwerking concurrentie te verhogen en efficiëntie te verbeteren, anderzijds wordt dit een halt toegeroepen wanneer het niet te rijmen valt met gezondheidszorg als groot publiek goed.

3.2 Doelstellingen

Nu duidelijk is waar marktwerking vandaan komt en welke rol de dbc-systematiek heeft in de opmars van de markt, worden nu de doelstellingen geanalyseerd die met marktwerking en dbc's worden nagestreefd. Het is voldoende duidelijk dat een belangrijk motief kostenbesparing is, maar er zijn ook andere doelstellingen aan te wijzen die worden geacht een positieve uitwerking te hebben op de gezondheidszorg. Achtereenvolgens worden daarom vraaggerichtheid, doelmatigheid en controle behandeld.

3.2.1 Vraaggericht werken

Vraaggericht werken wil zeggen dat in zorg wordt ingericht op basis van de vraag van de patiënt in plaats op het aanbod van de specialist. Zo is zorg bijvoorbeeld ingericht in verschillende specialismen, waardoor een patiënt voor één zorgvraag naar verschillende afdelingen kan moeten. Vraaggericht werken betekent

dan bijvoorbeeld dat de zorg zo wordt ingericht dat dit niet langer noodzakelijk is en de patiënt op één plaats terecht kan, zoals in een speciale mamapoli of een spreekuur voor een bepaalde aandoening.

De noodzaak voor meer vraaggericht werken wordt geassocieerd met steeds mondiger burgers die inspraak en inzicht willen in de keuzes en verrichtingen van zorgverleners (Noordegraaf, 2008; Tonkens, 2003; Schnabel, 2002). Mensen zoeken bijvoorbeeld op internet steeds vaker zelf naar oorzaken van symptomen van ziekten en ze willen bijdragen aan hun eigen gezondheidsproces of er in ieder geval bij betrokken worden (VN, 02-12-2008). Daarnaast zijn er vanwege technologische vooruitgang steeds meer 'vrijwillige' behandelingen mogelijk. Denk aan ooglasering om geen bril te hoeven dragen of plastische chirurgie om minpuntjes weg te werken. Er is dan wel een reden aan te wijzen voor de ingreep, maar de cliënt bepaalt voor een deel zelf of hij/ zij een ingreep nodig acht. Echter, doordat de zorg nog steeds grotendeels aanbodgericht is, is een 'kloof' ontstaan tussen wat cliënten in de zorg willen en wat professionals en instellingen aanbieden (RVZ, 2003).

Deze mondige burgers verwachten van de overheid dat zij aan hun wensen en verwachtingen tegemoet komen. Daarbij wordt de overheid echter geconfronteerd met een groot aantal beperkingen, wat leidt tot een spanningsveld. Kort gezegd: er moet meer en er kan minder. Burgers zijn niet alleen veeleisend in de zin dat ze meer verwachten, maar ook uitgesproken in hun meningen en willen van zich laten horen wanneer zij het niet eens zijn met de gang van zaken (Noordegraaf, 2008: 56-57). Tonkens (2003) benoemt twee instrumenten van burgers waarmee zij invloed uitoefenen op publieke instanties, namelijk *voice* en *exit*. *Voice* wil zeggen dat burgers hun zegje kunnen doen over de gang van zaken middels inspraakorganen. In geval van ziekenhuizen gaat het dan over cliëntenraden die zaken kunnen aankaarten bij de Raad van Bestuur en inspraak vanuit de patiënten mogelijk maken. *Exit* wil zeggen dat het mogelijk is om over te stappen naar een andere aanbieder wanneer men ontevreden is over de geleverde diensten of service (Tonkens, 2003: 30). Hiertoe is het in de zorg mogelijk geworden om via een Persoonsgebonden Budget (PGB) zelf zorg in te kopen en is de zorgverzekeringsmarkt zo ingericht dat eenvoudig op een andere verzekeraar kan worden overstapt. Om burgers, en daarmee patiënten, tevreden te stellen wordt dus getracht om de inrichting van zorg beter af te stemmen op de vraag van patiënten. Om de invloed van burgers via *voice* en *exit* mogelijk te maken is marktwerking noodzakelijk. De rol die dbc's hierin vervullen is dat zij inzicht bieden in de zorg die geleverd wordt en de kosten die daaraan verbonden zijn, maar ziekenhuizen tevens aanmoedigen met elkaar te concurreren om zorg zo vraaggericht mogelijk in te richten, zodat patiënten tevreden zijn en het ziekenhuis op meer inkomsten kan rekenen door de aanzuigende werking op andere patiënten.

3.2.2 Doelmatig werken

De tweede doelstelling van marktwerking en dbc's in de zorg is het meer doelmatig werken in de zorg. Sinds de jaren '80 zijn zorgkosten onder andere gestegen omdat er steeds meer technische

mogelijkheden zijn om mensen beter te maken. Hierdoor stijgt de zorgvraag. Mensen leven langer en kunnen bovendien in meer gevallen geholpen worden. Daarbij komt de intrede van meer electieve zorg, zoals de eerder genoemde ooglasering of plastische chirurgie. De roep om meer doelmatig te werken is niet van de laatste jaren, maar werd voor het eerst duidelijk gearticuleerd in de 'trechter van Dunning' van de gelijknamige commissie in het rapport Kiezen en Delen in 1991. Hierin werd doelmatigheid gekoppeld aan de noodzaak tot het maken van keuzes. In de aanbevelingen van het rapport is te lezen: *'De commissie heeft duidelijk gemaakt dat keuzen in de zorg onvermijdelijk zijn. Zij kiest daarbij voor een gemeenschapsgerichte benadering waarbij individuele aanspraken worden beperkt en de professionele autonomie van beroepsbeoefenaren wordt begrensd ten behoeve van gelijke toegang en solidariteit in de zorg'* (Commissie Keuzen in de Zorg, 1991: 205). Doelmatigheid betekent het afwegen van kosten en baten bij te leveren zorg.

De trechter van Dunning bestaat simpelweg uit een viertal 'zeven' die bestaan uit de volgende vier vragen die moeten worden gesteld door overheid, zorgverzekeraars en ziekenhuizen:

1. Is de betreffende behandeling noodzakelijk om te kunnen participeren in de gemeenschap?
2. Is de behandeling effectief?
3. Is zij doelmatig?
4. Zou zij eventueel door de betrokkene zelf kunnen worden betaald?

(Trappenburg & Groenewoud, 2005: 4)

Alleen noodzakelijke, effectieve en doelmatige behandelingen die de patiënt niet zelf kan betalen zouden geleverd moeten worden, dan wel opgenomen in het basispakket van de verzekering. Uiteraard is het beantwoorden van deze vragen niet eenduidig en zal per geval een andere afweging kunnen worden gemaakt. Ook afhankelijk van politiek kleur en opportuniteit kan de keuze anders uitvallen. De trechter is dan ook uitermate ineffectief in gebruik, ook door het gebruik van begrippen die voor meerdere interpretaties vatbaar zijn. Immers, de trechter moet leiden tot doelmatigheid, terwijl in de trechter de vraag wordt gesteld of de behandeling doelmatig is. Ondanks kritieken en aanvullingen op de trechter (Evenblij, 2005) is het feit DAT er keuzes gemaakt moeten worden steeds verder doorgedrongen in (beleid over) de gezondheidszorg (Evenblij, 2005: 4). Een ziekenhuis of een specialist hoeft niet alles aan te bieden of altijd voor het duurste en uitgebreidste te gaan. Het gaat dan dus vooral om een kostenbewustzijn en het gegeven dat 'kwaliteit' in de zorg niet altijd samenhangt met het leveren van de meest excellente zorg, maar met een kwaliteitsopvatting die rekening houdt met 'value for money'.

3.2.3 Controle

De derde en laatste doelstelling die wordt nagestreefd is die van controle over wat zich afspeelt in het ziekenhuis en daarbij ook controle over de professionals die het werk verrichten. Zoals al kort is belicht bij

het bespreken van weerstand tegen dbc's, zijn medisch specialisten in ziekenhuizen, professionals bij uitstek. Zij kennen van oudsher een grote mate van vrijheid in hun beroepsbeoefening als beroepsgroep, de zogenaamde medisch-specialistische autonomie. Op afdelingsniveau is dit vooral klinische autonomie, de vrijheid van artsen om binnen een discretionaire ruimte beslissingen te nemen (Buijsen, 2008: 24). Deze ruimte komt in het gedrang. Freidson zegt hierover: *'professionals raken ingeklemd tussen de logica van de bureaucratie (het managementisme) en de logica van de vrije markt (het consumentisme)'* (Freidson, in Tonkens, 2003: 142).

Aan de ene kant is er sprake van mondige patiënten die steeds meer wensen hebben en verwachten dat deze worden ingewilligd, aan de andere kant staat de introductie van allerhande managementmodellen, maar ook de dbc-systematiek. . Veel ziekenhuizen maken gebruik van het INK-model om kwaliteit van zorg te verbeteren, risicoanalyses om inzicht te krijgen in mogelijke risico's en deze te voorkomen en dbc's om financieel inzicht te krijgen en kosten te beheersen in de zorg. Deze ontwikkelingen betekenen een beperking van vrijheden van professionals en een verzwaring van de taak van middenmanagers in de zorg, die worden geacht controle te hebben over hun medewerkers en geldstromen (Schaepkens, 2004: 9). Het zoeken van een balans op afdelingsniveau zal dan ook voor de middenmanager een belangrijke plaats innemen. Hij of zij zal de dienstdoende artsen enerzijds beheersen en moeten motiveren tot een werkwijze die aansluit bij het gebruik van de dbc-systematiek en anderzijds vertrouwen en ruimte moeten geven om vanuit hun professionele expertise goede zorg te leveren (Tonkens, 2003). Werner stelt zelfs dat de kundigheid van het management hierin cruciaal is, om marktwerking te laten slagen, want: *'het management krijgt steeds meer greep op de zorgverlening en op de logistieke processen daaromheen en daarmee op het handelen van de professionals'* (Werner, 2008: 17). Managers moeten ook hun eigen professionaliteit gebruiken om te zoeken naar een juiste manier van reguleren en vrijlaten (Werner, 2008: 17). Op die manier zal in een goede wisselwerking van managers en professionals meer controle ontstaan op het werk zelf en de kosten die daaraan verbonden zijn.

3.3 Conclusie

Nu marktwerking verder is verkend en de doelstellingen zijn geanalyseerd kan antwoord worden gegeven op de tweede deelvraag van dit onderzoek: **Welke doelstellingen lagen ten grondslag aan de introductie van de dbc-systematiek door de overheid?**

Dbc's dienen kosten te besparen en dit hoopt de overheid te bereiken doordat op drie gebieden vooruitgang wordt geboekt. Op de eerste plaats kan zorg aan de hand van dbc's vraaggericht worden ingericht. Dbc's geven verzekeraars, managers en patiënten inzicht in de zorg die wordt verleend aan patiënten. In combinatie met andere wijzigingen in de gezondheidszorg geeft het mondige burgers via voice en exit de kans om invloed uit te oefenen zodat zorg vraaggericht wordt ingericht. Vraaggerichte zorg bespaart de overheid kosten en stelt burgers tevreden. Op de tweede plaats kunnen dbc's bijdragen

aan het doelmatiger maken van zorgverlening. Inzicht in kosten, alsmede de concurrentie tussen ziekenhuizen zal kostenoverwegingen belangrijker maken wat zal leiden tot het noodzakelijke maken van keuzes in de zorg. Niet alle zorg hoeft ten alle tijden aan iedereen worden geleverd. Door de juiste vragen te stellen kunnen veel kosten worden bespaard en onnodige behandelingen voorkomen. Op de derde en laatste plaats kunnen dbc's bijdragen aan het vergroten van de controle over de professionals en geldstromen in ziekenhuizen. Het managementisme dat samenhangt met NPM gaat dan vooral om controle door de vrijheid van professionals in te perken. Er gaan echter ook geluiden op die stellen dat goed werkende marktwerking uitsluitend tot stand kan komen wanneer managers en specialisten samenwerken vanuit hun eigen professionele achtergrond.

4. Perspectieven op organiseren

De introductie van marktwerking heeft geleid tot de introductie van de dbc-systematiek zoals die in hoofdstuk 2 is omschreven. De doelstellingen zijn om op een efficiënte, kostenbewuste en vraaggerichte wijze zorg in te richten. Op die manier wordt zorg niet alleen goedkoper, maar krijgen mensen de mogelijkheid om via voice en exit invloed uit te oefenen wat de kwaliteit van zorg ten goede dient te komen. De kerntaak van dbc's daarbinnen is om informatie te leveren, op basis waarvan onderhandeld kan worden met verzekeraars, beoordeeld door cliënten, bekostigd naar prestaties en vergeleken met andere ziekenhuizen. Goed gebruik van en invulling geven aan de dbc-systematiek gebeurt op afdelingsniveau, waar artsen registreren en afdelingshoofden de verantwoordelijkheid hebben om richting te geven. In dit hoofdstuk wordt daarom uiteengezet wat organiseren betekent op afdelingsniveau. Om tot een antwoord te komen op de vraag wat organiseren is worden verschillende perspectieven gebruikt van waaruit organiseren een andere invulling krijgt. De perspectieven die worden gebruikt zijn die van Scott (2003), waarbij organiseren vanuit een rationeel, een natuurlijk en een open perspectief wordt bekeken. In paragraaf 4.1 wordt de keuze voor de perspectieven van Scott uiteengezet. Vervolgens worden in paragraaf 4.2 tot en met 4.4 de drie perspectieven geanalyseerd, de organisatie van de dbc-systematiek gezien vanuit dit oogpunt en uiteengezet hoe organisatie op afdelingsniveau er dan uit ziet. In paragraaf 4.5 tot vervolgens antwoord gegeven op de deelvraag: Wat is organiseren vanuit verschillende perspectieven?

4.1 De keuze voor Scott

Om de organisatie van de dbc-systematiek in kaart te brengen is het noodzakelijk eerst vast te stellen wat met organisatie wordt bedoeld. In de organisatiewetenschappen is een groot aantal perspectieven aanwezig waarmee wordt getracht duidelijk te maken wat onder organiseren kan worden verstaan. In dit onderzoek is gekozen voor de theorie van Scott die organisaties ziet als rationele, natuurlijke en open systemen. Het onderscheid tussen de perspectieven is daarbij uitsluitend theoretisch. In de praktijk zijn alle drie de perspectieven verweven en is het onderscheid bedoeld de praktijk beter te kunnen analyseren dan wanneer slechts één perspectief wordt gehanteerd (Scott, 2003: 30). Scott is niet de enige die een dergelijk onderscheid in perspectieven gebruikt. Ook Bolman en Deal (2003) presenteren in 'Reframing Organizations' een viertal 'frames' waarmee organisaties onder de loep genomen worden. Deze hebben veel overeenkomsten met de perspectieven van Scott en zullen dan ook waar nuttig worden aangehaald om duidelijk te maken wat de implicaties zijn van een perspectief op organiseren. Zij kennen het structural frame, het human resource en het symbolic frame en tot slot het political frame. Onderstaand schema geeft weer hoe deze frames zich verhouden tot de perspectieven van Scott. Daarna zullen zij in de komende paragrafen worden toegelicht, alsmede gebruikt om de dbc-systematiek en de organisatie daarvan op ziekenhuisafdelingen te duiden.

Scott (2003)	Rationeel perspectief	Natuurlijk perspectief	Open perspectief
Bolman & Deal (2003)	Structural frame	HR & Symbolic frame	Political frame

Het gebruik van de perspectieven in het organiseren van de dbc-systematiek is erop gericht om een volledig beeld te krijgen van de verschillende aspecten die belangrijk zijn bij organiseren. Daarbij is geen van de perspectieven belangrijker dan de ander. De kracht is juist gelegen in een geïntegreerde aanpak, waarbij oog is ieder van de drie perspectieven (Bolman & Deal, 2003: 305).

4.2 Rationeel perspectief

4.2.1 Theoretische verkenning

Het eerste en oudste perspectief is organiseren is rationeel. Vanuit dit perspectief wordt een organisatie geachte specifieke doelen te stellen om vervolgens een structuur uit te denken waarlangs deze doelen bereikt kunnen worden. Daartoe dienen taken en verantwoordelijkheden te worden verdeeld, zodat eenieder weet wat hij of zij moet doen. Er is als het ware sprake van een 'blauwdruk' die wordt gevolgd en er wordt verondersteld dat mensen doen wat zij moeten doen, omdat de structuur dit bepaalt. Een sterke nadruk ligt dan ook op beheersing: *'control is the means of channeling and coordinating behavior to achieve specified goals'* (Scott, 2003: 55). Vanuit een rationeel perspectief bestaat organiseren uit het opzetten van waterdichte plannen en structuren om dingen voor elkaar te krijgen. Wanneer een doel niet wordt gehaald, wordt de oplossing gevonden in het aanpassen van het plan of de structuur, die blijkbaar nog niet waterdicht is. Er is sprake van maakbaarheid, waarbij de juiste structuur tot de juiste uitkomsten leidt (Scott, 2003).

Deze visie komt overeen met het structural frame van Bolman en Deal, waarin zij zes assumpties opsommen die aan dit frame ten grondslag liggen (Bolman & Deal, 2004:45):

1. Organizations exist to achieve established goals and objectives.
2. Organizations increase efficiency and enhance performance through specialization and a clear division of labor.
3. Appropriate forms of coordination and control ensure that diverse efforts of individuals and units mesh.
4. Organizations work best when rationality prevails over personal preferences and extraneous pressures.
5. Structures must be designed to fit an organizations circumstances (including its goals, technology, workforce, and environment)

6. Problems and performance gaps arise from structural deficiencies and can be remedied through analysis and restructuring.

Wat Bolman en Deal specifieker benadrukken dan Scott is dat er sprake moet zijn van een 'fit', zodat de gekozen structuur overeenkomt met de omstandigheden waarin de organisatie zich bevindt. In de zesde assumptie is net als bij Scott te zien wat organiseren betekent wanneer de doelen niet worden bereikt. Het stelt dat problemen zich voordoen door structurele tekortkomingen die hersteld kunnen worden door de organisatie goed te analyseren en op de juiste wijze aan te passen. En daarbij is er niet één weg die naar Rome leidt, want: *'there is no one best way to organize. The right structure depends on prevailing circumstances and considers an organization's goals, strategies, technology, and environment'* (Bolman & Deal, 2004: 67). Door te weten wat de doelstelling is, is het mogelijk de structuur zo in te richten dat dit doel zo efficiënt mogelijk bereikt wordt (Scott, 2003, Bolman & Deal, 2004).

4.2.2 Effectiviteit en betrouwbaarheid

Als een organisatie een rationeel systeem is betekent organiseren het bereiken van effectiviteit door de structuur van organisatie te reguleren, taken en verantwoordelijkheden te verdelen en specifieke doelen te stellen. Bij het organiseren van de dbc-systematiek betekent effectiviteit dat registratie van dbc's zo is opgezet dat betrouwbaarheid kan worden gegarandeerd. Betrouwbaarheid is de specifieke doelstelling die dient te worden bereikt door zo effectief mogelijk te organiseren. Dit is noodzakelijk omdat verantwoording moet worden afgelegd aan verschillende partijen. De NZa vereist dat een minimale dataset wordt aangeleverd per behandeling en is de toezichthouder die erop toe ziet . dat alle ziekenhuizen transparant zijn met betrekking tot hun werkzaamheden en de kosten die daaraan verbonden zijn. Op die manier worden de inkomsten gecontroleerd en inzichtelijk gemaakt wat zorg kost. Verantwoording wordt ook afgelegd aan verzekeraars waarmee onderhandeld wordt over de prijs van een DBC. Indirect worden zo ook de cliënten bereikt die op een nota duidelijk kunnen herkennen wat hoeveel heeft gekost. Tot slot legt elke afdeling verantwoording af aan de raad van bestuur die kan beoordelen dat een afdeling onvoldoende presteert op basis van de gegevens die zijn vastgelegd. Via begrotingen wordt afgesproken welke dbc-waarde gerealiseerd dient te worden en achteraf kan gekeken worden of dit is gebeurd en waarom wel of niet. Er wordt uiteraard ook verantwoording afgelegd aan formele en informele toezichthouders vanuit het ministerie en media, zoals de AD of de Elsevier die jaarlijks ranglijsten van ziekenhuizen opstellen.

Een middenmanager in een ziekenhuis zal vanuit dit perspectief bezig zijn met het **beheersen** van het proces en het planmatig inrichten van de processtructuur zodat alles wordt gedaan om deze betrouwbaarheid te bereiken.

4.2.3 Organiseren als beheersen

Vanuit het denken in structuren en doelstellingen introduceert In 't Veld het begrip beheersing om processen onder controle te houden. Hij sluit daarmee aan op de zienswijze van de organisatie als rationeel systeem. Hij onderscheidt vier methoden van beheersing die hieronder uiteen worden gezet: Inrichten, voorwaarts- en terugkoppeling, en toevoegen van het ontbrekende. Vervolgens wordt het Kwaliteit van Administratieve Dienstverlening model (KAD-model) geïntroduceerd, dat specifiek in kaart brengt wat dan beheerst moet worden om op een effectieve wijze betrouwbaarheid van registratie te organiseren.

A. Inrichten

Bij inrichten gaat het erom de doelstellingen, de structuur en de verdeling van taken en verantwoordelijkheden op elkaar af te stemmen. In het geval van dbc's betekent dit de inrichting van het proces op basis van wettelijke verplichtingen en eisen vanuit de raad van bestuur. De betrokken actoren dienen te weten wie de dbc's opent, er is een systeem om verrichtingen aan de dbc's toe te kunnen voegen en er is vastgesteld door wie de DBC weer wordt afgesloten. Als dit is opgezet is de inrichting klaar. Bij het inrichten wordt dus uitgegaan van een ideale situatie waarbij geen storingen optreden. Het systeem is uitsluitend beheerst zolang zich geen zaken voordoen die het proces verstoren. De overige drie beheersingsmethoden houden zich hier wel mee bezig. Zij zijn erop gericht het proces te handhaven, ondanks verstoringen (In 't Veld, 2002: 66-68).

B. Voorwaartskoppeling

Voorwaartskoppeling is het gebruik van ingrepen in het proces die gebaseerd zijn op een storing en kunnen dus alleen worden gebruikt indien de storing bekend en meetbaar is. De oorzaak van de storing bepaalt hoe de ingreep eruit ziet: *'het kernpunt van het voorwaartskoppelen is dat de storing zelf wordt gemeten en dat daaruit de ingreep wordt bepaald'* (In 't Veld, 2002: 72). In het geval van een waterkraan wordt bijvoorbeeld ontdekt dat de waterdruk lager is dan normaal. Door de kraan verder open te draaien wordt bereikt dat toch dezelfde hoeveelheid water uit de kraan komt. De storing zelf is op die manier niet verholpen, maar wel gecompenseerd. Hierbij is het systeem flexibel genoeg om de storing te compenseren (In 't Veld, 2002: 68-72).

C. Terugkoppeling

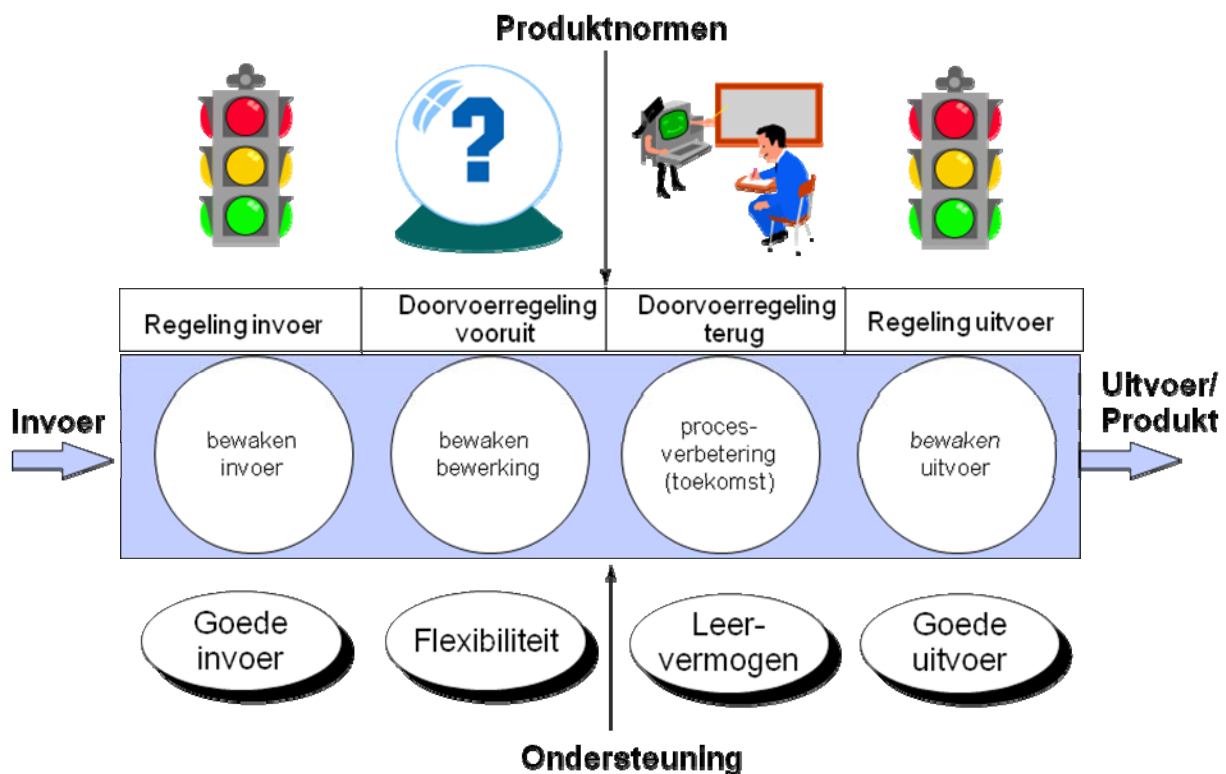
Terugkoppeling is het gebruik van ingrepen in het proces die gebaseerd zijn op de meting van resultaten. Er kan op deze manier ook worden ingespeeld op storingen die onbekend zijn of niet gemeten kunnen worden. Op basis van een afwijking in het resultaat wordt ingegrepen in het proces. In het geval van de kraan wordt gemeten hoelang het duurt om een emmer water te vullen en indien dit langer duurt dan de normtijd wordt de kraan verder opgedraaid. In dit geval is de storing niet bekend en wordt op basis van het

resultaat een ingreep gepleegd. Ook in dit geval is de storing dus in principe niet opgelost, maar gecompenseerd, echter vanuit een ander meetpunt: het resultaat bepaalt de ingreep (In 't Veld, 2002: 74).

D. Toevoegen van het ontbrekende

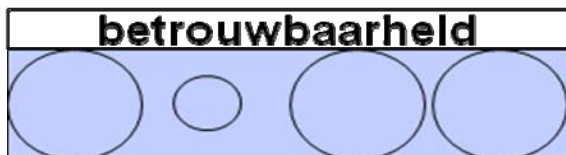
Een laatste mogelijkheid tot ingrijpen bij storingen is het toevoegen van het ontbrekende. In dit geval blijkt dat het resultaat tekortkomingen kent die na afloop van het proces worden gecorrigeerd. In plaats van het proces aan te passen wordt de uitvoer aangepast. Wanneer bij de registratie van dbc's ontdekt wordt dat de berekening van ligdagen altijd op één dag teveel uitkomt, kan het gemakkelijker zijn om voor de validatie van elke dbc één ligdag af te trekken in plaats van het systeem aan te passen op de storing. Deze beheersmethode wordt soms uit kostenoverwegingen verkozen boven de koppelingen (In 't Veld, 2002: 76-84).

Vanuit deze vier methoden van beheersing is door operational auditors, die voor organisaties in kaart brengen hoe processen verlopen en hoe ze kunnen worden beheerst, een model gemaakt. Het Kwaliteit van Administratieve Dienstverlening model (KAD-model) is een 'analyse en ontwerpmodel voor de inrichting en beheersing van de organisatie' (Hartog e.a., 2007: 9). De eerste methodiek, inrichten, wordt hierin echter niet losgekoppeld, maar er vindt een onderscheid plaats tussen beheersmaatregelen gericht op het product en gericht op het proces. Hieronder een schematische weergave van het operationele onderdeel van het KAD-model:



Aan de start van het proces wordt de invoer bewaakt en wordt niet geschikte invoer geweigerd en/of aangepast zodat deze wel geschikt is. Dit kan bijvoorbeeld door bepaalde invoer toe te staan en andere te blokkeren. Aan de achterkant van het proces wordt de uitvoer bewaakt. Het bewaken van de uitvoer kan bijvoorbeeld middels validatie zoals in de dbc-systematiek. Bewaken van de in- en de uitvoer heeft betrekking op het aanpassen van het 'product' zelf. De doorvoerregelingen vooruit en terug hebben juist betrekking op het proces. De doorvoerregeling vooruit is een uitwerking van de voorruitkoppeling en is erop gericht om het proces zo in te richten dat dit doorgaat wanneer zich verstoringen voordoen. Bijvoorbeeld door ziekte van mensen, of het opraken van het budget. Het gaat dan dus om flexibiliteit zodat adequaat gereageerd kan worden op bekende verstoringen. Praktisch kan dit door budgetten te bewaken of voldoende ruimte te hebben in het personeelsbestand. Het leervermogen van de organisatie ligt besloten in de doorvoerregeling terug, die (net als terugkoppeling) gebaseerd is op metingen van resultaten. In het geval van dbc's wordt bijvoorbeeld gemeten welke dbc's het minst voorkomen of welke dbc's het meest voorkomen. Ook kan worden gekeken naar de variatie in ligdagen of bestede middelen per dbc. Doorvoerregeling terug gaat om het verbeteren van het proces voor de toekomst. De bedoeling van het KAD-model is niet om maar zoveel mogelijk beheersmaatregelen in te bouwen zodat er niets verkeerd kan gaan, omdat teveel 'controls' er juist voor zorgen dat het proces niet meer soepel loopt en stroperig wordt. Er moet gezocht worden naar een balans tussen teveel en te weinig controls en het elimineren van niet noodzakelijk procesonderdelen zonder afbreuk te doen aan de beoogde kwaliteit (Hartog e.a., 2007: 26-32).

In het geval van de dbc-systematiek in het kader van verantwoording is vastgesteld dat betrouwbaarheid of zo'n effectief mogelijke wijze georganiseerd dient te worden. Registratie moet volledig, juist en tijdig zijn omdat voldaan moet worden aan wettelijke verplichtingen. Betrouwbaarheid is van belang zodat geen upcoding plaatsvindt of het ziekenhuis inkomsten misloopt omdat verrichtingen niet zijn geregistreerd. Het beperkt de uitval en laat de administratieve lasten niet oplopen. Om de betrouwbaarheid te verhogen ligt bij het organiseren van effectiviteit volgens het KAD-model de nadruk op de regeling invoer, doorvoerregeling terug en regeling uitvoer. Schematische weergave ziet er als volgt uit:



4.2.4 Managementperspectief

Vanuit deze theoretische verkenning kunnen nu voorbeelden worden gegeven van wat organiseren dat in de praktijk betekent voor managers. De nadruk ligt op het opzetten van standaarden. Via *standaardisatie* wordt een structuur gecreëerd die betrouwbaarheid kan garanderen.

Het gaat op de eerste plaats om het opzetten van een waterdicht registratieproces. Zo kunnen standaardformulieren worden ontwikkeld of de routing van dbc's worden bepaald door het ziekenhuis met de stappen die bij elke dbc moeten worden doorlopen. De voortgang van dbc's moet worden bewaakt, door systematische metingen uit te voeren van bijvoorbeeld doorlooptijd of aantal uitgevallen dbc's. Ook zijn er IT-hulpmiddelen aan te wijzen op basis van het KAD-model waarbij gelet moet worden op het verminderen van gemeenschappelijk gebruik van IT, bijvoorbeeld inlogcodes. Zo kan eenvoudig getraceerd worden wie wat in de computer heeft geregistreerd. Maar ook de inzet van real-time verwerking in plaats van batchverwerking en het vergroten van de beschikbaarheid van dossiers en registratiesystemen kunnen betrouwbaarheid van registratie vergroten (Hartog e.a., 2008: 85).

4.2.5 Conclusie

Vanuit een rationeel perspectief betekent organiseren het verzorgen van de juiste structuur om specifieke doelstellingen te bereiken. Problemen die zich voordoen dienen te worden opgelost door de structuur aan te passen of taken en verantwoordelijkheden anders te verdelen. Daarbij is de 'fit' van belang tussen de organisatie en de omstandigheden waarin deze zich bevindt en de doelen die worden nagestreefd om zo effectiviteit te realiseren. Met betrekking tot de dbc-systematiek is vanuit een rationeel perspectief het doel om verantwoording af te leggen aan verzekeraars, de NZa en de Raad van Bestuur. Hiertoe dient betrouwbaarheid van registratie te worden verzorgd op een zo effectief mogelijk wijze. Het KAD-model biedt een inkijk in de mogelijk maatregelen die daarom worden getroffen. Door standaardisatie wordt een waterdicht registratieproces opgezet. De mensen zijn in dit perspectief onderschikt aan de structuur, dus management bestaat uit het schrijven en uitvoeren van plannen om de structuur op de afdeling zo effectief mogelijk in te richten teneinde betrouwbare registratie te waarborgen.

4.3 Natuurlijk perspectief

4.3.1 Theoretische verkenning

Het tweede perspectief van Scott is het natuurlijk perspectief. Dit perspectief is de andere zijde van de medaille van de organisatie als rationeel systeem. Het kent hele andere kenmerken en is bijna tegenovergesteld aan de rationele visie. Scott legt de nadruk hier op complexiteit van doelen in een organisatie en de informele structuur van de organisatie op basis van sociale interactie. Werknemers zijn niet alleen onderdeel van de organisatie om bij te dragen aan de organisatiedoelstellingen, maar hebben individuele doelen en motieven die hun handelen bepalen. (Scott, 2003: 57-59). Doelstellingen kunnen dan ook alleen bereikt worden wanneer hier voldoende steun voor is, als werknemers geprikkeld worden om aan deze doelen bij te dragen. Barnard was één van de eersten om te stellen dat formele autoriteit niet voldoende is om werknemers te sturen. Via intrinsieke en extrinsieke prikkels dienen medewerkers gemotiveerd te worden. Extrinsieke beloning is daarbij een zwakke prikkel. Veel belangrijker zijn binnen dit perspectief de psychologische en sociale motieven van iedere medewerker. Slechts wanneer

medewerkers individueel gemotiveerd zijn wordt gezag geaccepteerd. Omgekeerd zorgt een tekort aan prikkels voor weerstand tegen gezag. Er is als het ware een wisselwerking tussen top-down en bottom-up invloed die leidt tot een spanning die in de organisatie tot uiting komt (Barnard, in: Scott: 2003: 66-69).

Doelen zijn niet alleen complex omdat iedereen er anders over kan denken, maar ook omdat iedereen voor zichzelf meerdere overwegingen maakt in het bepalen van handelen. Vanuit een natuurlijk perspectief is een individu niet een homo economicus die puur eigen gewin tot doel heeft. Juist een sociale component speelt een grote rol, bijvoorbeeld in de vorm van groepsnormen of een morele visie op wat goed en kwaad is (Beckert, 2008: 144). Scott zegt hierover: *'Natural system theorists posit a more expansive, social and motivationally complex actor than do rational system analyst'* (Scott, 2003:81). Doelstellingen zijn dus complex omdat verschillende mensen en groepen in de organisatie verschillende doelen nastreven. Tegelijkertijd hebben individuele doelen zelf een complex component in de zin dat niet alleen rationeel gewin, maar ook sociale normen en belangen doelstellingen vormgeven.

In contrast met de formele structuur van de rationele visie, spreekt de Jong dan ook over de gelaagde organisatie waarin de informele structuur een grote rol speelt. Hij maakt een onderscheid tussen de oppervlaktestructuur en de dieptestructuur. De oppervlaktestructuur bestaat uit de formele organisatie, met bijbehorende overlegstructuur, waarin argumenten voorop staan en formele organisatiedoelen gediend worden. De dieptestructuur bestaat uit het informele relatienetwerk, met een informele overlegstructuur, waarin motieven voorop staan en individuele doelen leidend zijn (de Jong, 2000: 33). Binnen het natuurlijk perspectief wordt de formele structuur niet uitgevlakt, maar wordt gewezen op de ondersteunende of juist afkalkende werking van de informele structuur van de organisatie ter bewerkstelling van organisatiedoelen. Als de individuele doelen en organisatiedoelstellingen op één lijn liggen zullen deze eenvoudiger bereikt worden dan wanneer ze ver uit elkaar liggen.

Binnen de informele structuur spelen macht en gezag een grote rol. Vanuit een rationeel perspectief is er een bepaalde hiërarchie in een organisatie, maar alleen formele macht is vanuit een natuurlijk perspectief niet voldoende. Macht die niet voortkomt uit een hiërarchische positie, wordt vanuit een rationeel perspectief betiteld als illegitieme macht die niet thuishoort in een goedwerkende organisatie. Hardy en Clegg (2005) stellen echter dat er altijd niet-legitieme machtsbronnen aanwezig zijn in organisaties en dat deze wellicht net zo legitiem zijn als macht vanuit een bepaalde functie of positie.

4.3.2 Betekenis

Vanuit deze meer mensgerichte optiek is het organiseren van effectiviteit niet voldoende omdat er een diepere laag in de organisatie is die verkend dient te worden. De informele structuur van de organisatie kan enerzijds een regulerende werking hebben en de 'scherpe kantjes' van formele structuren schaven, maar kan anderzijds de formele structuur ondermijnen en beleid omvormen tot een 'papieren tijger' (de

Korte, 2006). Of de informele structuur bijdraagt aan het goed functioneren van processen of er afbreuk aan doet hangt onder andere af van de overeenstemming tussen organisatiedoelen en individuele doelen. Professionals in de zorg zijn geïnteresseerd in het leveren van zorg en niet in het bereiken van managementdoelstellingen. De discrepantie tussen de motieven van managers en professionals *'maakt het voor managers lastig om waarden als efficiency, productie en innovatie gestalte te geven'* (Noordegraaf, 2008: 201). Daarom is het bij de organisatie van de dbc-systematiek van belang om deze een betekenis te geven in het licht van zorgprocessen. Op die manier wordt duidelijk waarom deze doelen relevant zijn voor het ziekenhuis en de afdeling en krijgen de organisatiedoelstellingen ook waarde voor de professionals.

4.3.3 Organiseren als binden en boeien

Het belang hiervan in ziekenhuizen is des te groter, omdat sprake is van een professionele organisatie waar medisch specialisten, met een grote autonomie, gemotiveerd moeten zijn om zo goed mogelijk met de dbc-systematiek te werken. Specialisten hebben hun eigen visie op hun beroep hebben en zijn op de eerste plaats trouw zijn aan hun vak en daarna pas aan de organisatie. Managers hebben een hele andere kijk op de organisatie en handelen vanuit andere motieven en drijfveren. Het is daarom van belang om de professionals in de organisatie te 'binden en boeien' zodat zij zich inzetten voor doelstellingen die de organisatie ten goede komen.

Ook in het HR-frame van Bolman & Deal wordt hier aandacht aan besteed. Zij zeggen dat als ieder individu: *'finds satisfaction and meaning in work, the organization profits (..)'* (Bolman & Deal, 2003: 159). Medewerkers dienen op betekenisvolle wijze gemotiveerd te worden om zo goed mogelijk te presteren. Hierbij spelen ook symbolen, waarden en visies een rol die in de organisatie aanwezig zijn. Iedere organisatie kent helden die mensen inspireren en rituelen die de indeling van een dag bepalen, zoals het eerste kopje koffie in de morgen of de lunch in het cafetaria. Organiseren gaat niet om het creëren van dergelijke symbolen, maar om het begrijpen hiervan om medewerkers te kunnen binden en boeien en aansluiting te vinden bij hun persoonlijke motieven en drijfveren. Zo wordt een betekenisvolle omgeving gecreëerd waartoe de mensen zich verbonden voelen (Bolman & Deal, 2003).

4.3.4 Managementperspectief

Het organiseren van betekenis is lastiger te duiden dan het organiseren van effectiviteit, er is immers geen model voorhanden dat de informele structuur van een ziekenhuis in kaart brengt. Ieder ziekenhuis kent zijn eigen medewerkers en cultuur en bij het organiseren van de dbc-systematiek is het vooral van belang om deze goed te verkennen en te begrijpen en ervoor te zorgen dat aan de dbc's een betekenis wordt gegeven in het licht van de zorgprocessen die worden geleverd. Er wordt in kaart gebracht welke belangen overheersen en waar zich macht en gezag bevinden, bijvoorbeeld in medewerkers die een voorbeeldfunctie hebben voor anderen of trachten zo min mogelijk aandacht te besteden aan de dbc-

systematiek. Het ziekenhuis is de arena die deze tegenstrijdigheden huisvest. Er is sprake van set geldende regels, spelers en belangen die hun invloed uitoefenen op alle processen in de organisatie. Deze in kaart brengen kan meer duidelijkheid geven over de afstemming tussen individuele en organisatiedoelstellingen en waar eventuele hindernissen zich bevinden die een goede werking frustreren.

4.3.5 Conclusie

Organiseren van een natuurlijk perspectief betekent dus dat cijfermatige doelstellingen of principes als efficiency en kostenbesparing een betekenis moeten krijgen die voor de medewerkers relevant is. Hierbij zal de positieve relatie tussen deze doelen en het leveren van zorg moeten worden gelegd. Dit afstemmen is noodzakelijk voor het binden en boeien van specialisten bij een managementinstrument als de dbc-systematiek. Het is daarvoor van belang om zicht te hebben op symbolen, waarden en visies die een rol spelen in de organisatie en of deze de organisatiedoelstellingen in gevaar brengen of juist ten goede komen.

4.4 Open perspectief

4.4.1 Theoretische verkenning

Het open perspectief op organiseren is later ontwikkeld dan de eerder genoemde perspectieven en in plaats van een vervanging van de voorgaande perspectieven er niet zozeer tegengesteld aan, als wel dat het een aanvulling is. Waar de vorige twee visies de organisatie vooral als afgesloten systeem zien wordt de organisatie in deze visie geplaatst in zijn omgeving. De nadruk ligt daardoor op contingentie, veranderlijkheid en openheid. De omgeving is belangrijk op verschillende niveaus. Op een hoog niveau gaat het om de omgeving waarin de organisatie bevindt naast andere organisaties. Op een lager niveau gaat het erom dat een organisatie niet één geheel is, maar ook niet uitsluitend een samenraapsel van individuen. Een organisatie bestaat uit verschillende veranderlijke onderdelen die allen hun eigen dynamiek kennen. Zo kunnen op verschillende afdelingen ook verschillende culturen heersen of andere werkwijzen worden gehanteerd. Deze openheid op twee niveaus maakt het van belang om niet alleen de omgeving buiten de organisatie te bekijken, maar ook verschillende onderdelen binnen de organisatie. De veranderlijkheid die de omgeving kenmerkt maakt aanpassingsvermogen en flexibiliteit van belang. Belangrijke notie hierbij is dat de omgeving niet gezien wordt als een bedreiging voor de organisatie, maar deze juist in staat stelt om goed te functioneren: *'the source of system maintenance, diversity, and variety is the environment'* (Scott, 2003: 91). De complexiteit van de omgeving kan wisselen van zeer stabiel tot zeer veranderlijk en dit heeft ook gevolgen voor de middenmanager in de organisatie. Wat het open systeem in ieder geval typeert is de noodzaak om te reageren en te anticiperen op de omgeving.

Wat Bolman & Deal met hun political frame toevoegen aan dit perspectief is de interactie tussen onderdelen in de organisatie en van de organisatie met de omgeving met een politiek karakter. Enerzijds

omschrijven de organisatie zelf als een politieke arena waarin individuen en coalities zoeken strijden om hun eigen belangen te dienen. Anderzijds zijn organisaties als geheel politieke eenheden in een grotere omgeving of 'ecosysteem'. Daarin staan zij in relatie tot externe partijen die verwachtingen hebben of eisen stellen. De omgeving is in sommige gevallen een bedreiging maar ook Bolman en Deal onderkennen in de eerste plaats de afhankelijkheid van iedere organisatie van de omgeving. In de strijd om schaarse middelen zoeken organisaties naar hun eigen 'niche' om zich in te vestigen (Bolman & Deal, 2003).

4.4.2 Onderscheidend vermogen

Vanuit een politiek perspectief hoeft organiseren niet effectief of betekenisvol te zijn, maar vooral onderscheidend te zijn ten opzichte van anderen. Het gaat er dan vooral om wat werkt voor de eigen organisatie te midden van andere partijen waarmee gestreden of samengewerkt wordt. De gezondheidszorg kenmerkt zich van origine door een complexe maar stabiele omgeving. Marktwerving leidt ertoe dat deze stabiliteit afneemt, wat het belang van aanpassingsvermogen en profilering vergroot. Ziekenhuizen en afdelingen worden 'afgerekend' op hun prestatie en voelen het in de portemonnee wanneer de positie ten opzichte van andere ziekenhuizen verslechterd. Bijvoorbeeld het bestaan van de maatstaf geeft hier uiting aan. Ook bij het onderhandelen met verzekeraars heeft de positie ten opzichte van concurrenten positieve of negatieve gevolgen. Een sterke positie ten opzichte van concurrenten geeft een sterke onderhandelingspositie en kan tot meer inkomsten leiden. Bij concurrentie is het van belang op zoek te gaan naar datgene wat het ziekenhuis anders maakt dan de andere ziekenhuizen: het onderscheidend vermogen van het ziekenhuis om zich te kunnen profileren richting de patiënt (Arnold Moerkamp (Min. VWS), 2009: presentatie). Dat kan door beter te zijn dan de concurrenten, maar ook door te differentiëren, door andere zorg te verlenen of keuzes te maken in het zorgaanbod. Differentiatie kan een stuk concurrentie wegnemen en ziekenhuizen de ruimte geven om op bepaalde gebieden expertisecentrum te worden. Tekenend is het rapport van de Boston Consulting Group van mei 2010 waarin zij ramen dat wanneer ziekenhuizen meer keuzes maken in welke zorg zij wel en niet leveren, 2 miljard euro op jaarbasis kan worden bespaard (BCG, mei 2010:7). Het organiseren van onderscheidend vermogen kan dus enerzijds door anders te organiseren en concurrentievoordelen te behalen, of anderzijds door te differentiëren en een eigen 'niche' op te zoeken waarop gericht wordt. Oftewel: *Organisaties: 'exist, compete and co-evolve in ecosystems with clusters of organizations, each pursuing its own interests and seeking a viable niche' (Bolman & Deal, 2003: 238)*

4.4.3 Organiseren is omgaan met de omgeving

Als de organisatie een open systeem is dat verandert wanneer de omgeving dit vereist, begint organiseren met het verkrijgen van inzicht in deze omgeving. Het uitvoeren van benchmarks is dan bijvoorbeeld belangrijk, omdat op die manier een vergelijking wordt getrokken met andere ziekenhuizen. Zo voerde het UMC Utrecht een benchmark Midden-Nederland uit waarin de gemiddelde prijs per DBC

werd vergeleken en zo de positie van het UMC werd bepaald. Dit inzicht in de omgeving kan vervolgens leiden tot aanpassing van de doelstellingen en tot ingrijpen op de afdeling. Dat kan op een structurele of juist op een mensgerichte wijze, maar wordt opgewekt vanuit het verlangen onderscheidend vermogen te creëren ten opzichte van de omgeving. Er kan gekozen worden voor zowel samenwerking als competitie in reactie op de omgeving.

Er vindt op veel plaatsen in Nederland samenwerking plaats op het gebied van bepaalde aandoeningen, zoals andere reuma², obesitas³ en dialyse⁴. Ook is er intensieve samenwerking op het gebied van hartrevalidatie tussen het Bronovo-Nebo ziekenhuis (Den Haag), het Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag), 't Groene Hart ziekenhuis (Gouda) en 't Lange Land (Zoetermeer) (Gitta Gallé (NVZ), 13-05-2008: presentatie). Tot slot is ketenzorg is een voorbeeld van samenwerking, waarin verzekeraars, ziekenhuizen en thuiszorg samenwerken om onderscheidend te zijn ten opzichte van andere zorgaanbieders.

De dbc-systematiek vergroot het inzicht op de positie van het ziekenhuis en zorgt ervoor dat men tot actie overgaat. Hier is sprake van reageren. Ook worden toekomstige ontwikkelingen goed in de gaten te houden om vroeg in te kunnen spelen op mogelijke ontwikkelingen. Met het aantreden van DOT zullen zich veel wijzigingen voordoen die op de afdelingen vorm moeten krijgen. Hierop wordt bijvoorbeeld geanticipeerd door deel te nemen aan de DOT-pilot. Het ziekenhuis bevindt zich dan in een koplopergroep die zich al klaarmaakt voor deze verbeterslag (DBC-onderhoud, 25-2-2010).

4.4.4 Managementperspectief

Op het niveau van de midden manager betekent een open perspectief op organiseren vooral dat de dbc-systematiek zo wordt georganiseerd dat daarmee iets gezegd kan worden op de positie ten opzichte van andere ziekenhuizen. Dat betekent dat managementinformatie uit de systematiek wordt gedestilleerd en wordt geanalyseerd en vergeleken. Daarmee hangen ook mogelijke strategische keuzes samen om zorg beter in te richten, samen te werken met anderen of keuzes te maken in het zorgaanbod. De manager zal zelf als politicus bovendien de belangen van de eigen afdeling nastreven in het eigen ziekenhuis en wellicht de belangen van het ziekenhuis verdedigen ten opzichte van andere ziekenhuizen, verzekeraars of toezichthouders. Hiertoe zijn een viertal vaardigheden van belang (Bolman & Deal, 2003: 205):

1. Het opstellen van een politieke agenda
2. Inzicht verwerven in het politieke terrein
3. Netwerken en het vormen van coalities

² http://mmc.server1.myxt.nl/rrc/over_het_rrc/samenwerking_ziekenhuizen

³ http://www.ghz.nl/Groene_Hart_Ziekenhuis_C01/Default.asp?CustID=604&ComID=1&ModID=88&ItemID=1015&SessionID=-1&bottest=

⁴ http://www.westfriesgasthuis.nl/nl-NL/nieuws/Nieuwsarchief2009/Samenwerking_dialyse.aspx

4. Onderhandelen

Bij het toepassen van deze vaardigheden zal steeds een overwegingen moeten worden gemaakt of wordt gekozen voor een competitieve of een samenwerkende aanpak (Bolman & Deal, 2003: 220).

4.4.5 Conclusie

Vanuit dit derde en laatste perspectief op organiseren, gebaseerd op organisaties als open systemen, heeft organiseren tot doel om onderscheidend vermogen te creëren. In de huidige zorgmarkt is zeker relevant, omdat marktwerking concurrentie en differentiatie opwekken. Verschillende belangen en motieven leiden tot een politiek spel, zowel binnen het ziekenhuis als tussen het ziekenhuis en de externe betrokken partijen. En alhoewel de omgeving soms een bedreiging vormt is deze ook een voorwaarde voor het voortbestaan van de organisatie. Met betrekking tot de dbc-systematiek heeft organiseren betrekking op de rol die de dbc-systematiek kan spelen in het vinden van dit onderscheidend vermogen. Op basis van vergelijking met andere ziekenhuizen kan ervoor worden gekozen om op een competitieve of samenwerkende wijze een 'niche' te zoeken waarin het ziekenhuis zich profileert. Het werk van de middenmanager is vooral om deze positie in kaart te brengen en na te denken over mogelijke strategieën die hieruit voortvloeien.

4.5 Integratie van perspectieven

Nu drie perspectieven op organiseren zijn geïntroduceerd en toegespitst op de organisatie van de dbc-systematiek en wat organiseren dan concreet betekent is wellicht het beeld geschetst dat sprake is van drie verschillende 'werelden'. In werkelijkheid kan echter iedere situatie worden bekeken vanuit alle drie de perspectieven. En het gekozen perspectief zal gevolgen hebben voor de actie die wordt ondernomen: *'any event can be framed in several ways and serve multiple purposes'* (Bolman & Deal, 2003: 305) Vanuit een rationeel perspectief zal een manager bij fouten in de registratie van dbc's een extra controle toevoegen, vanuit een natuurlijk perspectief mensen motiveren om de fout te voorkomen en vanuit een open perspectief een ander ziekenhuis benaderen om te zien hoe zij met het probleem omgaan. Een gekozen perspectief leidt tot een bepaalde formulering van het probleem en daarmee tot een bepaalde oplossing. Om de dbc-systematiek zo goed mogelijk te organiseren is noodzakelijk dat alle drie de perspectieven van Scott worden toegepast. Investerings in organisatie vanuit het ene perspectief gaan echter vaak ten koste van de andere perspectieven. Het is onmogelijk en kan zelfs tegenstrijdig zijn om de perspectieven tegelijk toe te passen. Een te grote nadruk op één perspectief boven het andere zal echter nadelig zijn. Op basis van de specifieke context en situatie dient een voorkeur voor een bepaalde perspectief gekozen te worden. 'Multiframing', het gebruik van alle perspectieven leidt tot succesvolle organisatie. Het betekent dat eerste de situatie wordt geanalyseerd vanuit de verschillende perspectieven en vervolgens een keuze wordt gemaakt voor het dominante frame. In verschillende gevallen kan een ander perspectief dominant zijn en juist het switchen tussen perspectieven is van belang. (Bolman & Deal,

2003: 317) In het gebruik van deze perspectieven op organiseren op dit onderzoek zal dan aandacht worden besteed op de wisselwerking tussen de verschillende perspectieven.

4.6 Conclusie

Nu de drie perspectieven van Scott zijn opgetekend kan de derde deelvraag worden beantwoord, namelijk:

Hoe kunnen ziekenhuizen de dbc-systematiek organiseren vanuit verschillende perspectieven?

Op basis van de theorie van Scott in combinatie met enkele aanvullingen vanuit Bolman & Deal en het KAD-model bij het rationeel perspectief, ontstaat onderstaand schema. Hierin staat opeenvolgend aangegeven welke kernwaarde centraal staat bij organiseren, wat georganiseerd dient te worden met betrekking tot de dbc-systematiek en wat organiseren dan betekent voor de middenmanager.

Theoretisch perspectief	Rationeel	Natuurlijk	Open
Kernwaarde om te organiseren	Effectiviteit	Betekenis	Onderscheid
Kernwaarde vertaald naar dbc-systematiek	Betrouwbaarheid	Betekenis	Onderscheidend vermogen
Organiseren is...	Beheersen	Binden en boeien	Omgaan met de omgeving

Vanuit een rationeel perspectief is er een streven naar effectiviteit, om de structuur van de organisatie dusdanig in de richten dat de doelstellingen van de organisatie worden behaald. Het effectief organiseren van dbc's hangt samen met het verzorgen van betrouwbaarheid in de registratie. Dit is noodzakelijk om te voldoen aan wettelijke verplichtingen en verantwoording af te leggen aan toezichthouders en de hiërarchisch bovengeschatte raad van bestuur. Het organiseren zelf voor de manager gaat om het beheersen van processen. Door beheersmaatregelen in te stellen wordt getracht bij de registratie van dbc's betrouwbaarheid waar te borgen.

Vanuit een natuurlijk perspectief wordt veel meer gekeken naar de mensen in de organisatie en de sociale structuur die zij vormen. De nadruk ligt op motieven en drijfveren die mensen ertoe bewegen goed te presteren. Daarvoor is het noodzakelijk om betekenis te organiseren en duidelijk te maken waarom maatregelen worden getroffen. Bij de dbc-systematiek is het noodzakelijk om de dbc-systematiek betekenis te geven in het licht van de zorgprocessen die worden geleverd. De middenmanager zal op een mensgerichte wijze moeten proberen de betrokken actoren te binden en boeien zodat de informele structuur ondersteunend werkt aan de rationele plannen.

Vanuit een open perspectief is er een streven onderscheid te organiseren. Dit is noodzakelijk omdat er een politieke spel is waarin om schaarse middelen wordt gestreden. Op het gebied van de dbc-systematiek vertaalt dit onderscheid zich naar een onderscheidend vermogen om te kunnen concurreren

of differentiëren. Voor de middenmanager is organiseren op de eerste plaats het in kaart brengen van de omgeving, om vervolgens strategische keuzes te kunnen maken op basis van de gevonden informatie. Daartoe kan hij of zij coalities aangaan en samenwerken, of juist strijd leveren en competitief zijn. Het gaat er in ieder geval om, ook op de lange termijn, de continuïteit van de organisatie waar te borgen door goed om te gaan met een veranderende omgeving.

Het antwoord op deze derde deelvraag schetst een drietal ogenschijnlijk andere werelden waarin een ziekenhuis zich bevindt. In werkelijkheid spelen uiteraard alle drie de perspectieven een rol en zijn deze met elkaar verweven, zodat een echt onderscheid niet bestaat. Wat wel duidelijk is geworden is dat het organiseren van de dbc-systematiek effectief, betekenisvol en onderscheidend dient te gebeuren. Zo wordt betrouwbaarheid, betekenis en onderscheidend vermogen bereikt van en op basis van de dbc-systematiek.

5. Methode en Technieken

In het vorige hoofdstuk zijn de verschillende perspectieven geanalyseerd die worden gebruikt om de empirie in de ziekenhuizen in kaart te brengen. In dit hoofdstuk wordt verder toegelicht hoe dit kwalitatieve onderzoek is opgezet. Daartoe worden de instrumenten die zijn gebruikt toegelicht, de keuze voor de ziekenhuizen en respondenten verklaard, en toegelicht hoe de gevonden data is geanalyseerd en de gevonden resultaten gegeneraliseerd kunnen worden.

5.1 Instrumenten

Voor het achterhalen van een antwoord op de onderzoeksvraag hebben interviews als voornaamste instrument gediend ter verzameling van empirische gegevens. Er zijn echter meerdere instrumenten gebruikt om de betrouwbaarheid van de resultaten te vergroten. Ook een documentenanalyse en theoretische literatuurstudie zijn in dit onderzoek toegepast. Hieronder per instrument hoe ermee gewerkt is, gevolgd door een schematisch overzicht hoe de instrumenten bijdragen aan het beantwoorden van de verschillende deelvragen.

5.1.1 Interviews

Zoals gezegd zijn interviews het belangrijkste instrument van informatieverzameling. In totaal zijn 16 interviews gehouden, waaraan voorafgaand een tweetal verkennende gesprekken zijn gehouden. Deze waren met twee chirurgen om een eerste inzicht te krijgen in hoe de dbc-systematiek leeft in ziekenhuizen. Het ging daarbij om een chirurg in een academisch en een chirurg in een algemeen ziekenhuis.

De 16 daadwerkelijke interviews zijn vervolgens gehouden aan de hand van een vragenlijst die is gestructureerd op basis van de punten uit de operationalisatie (bijlage 2). Via de verschillende onderwerpen die zo aan bod komen is vanuit het oogpunt van verschillende betrokkenen in kaart gebracht hoe de dbc-systematiek is georganiseerd vanuit verschillende perspectieven op organiseren. Daarin is niet alleen om beschrijvingen gevraagd, maar ook om verklaringen voor hetgeen zich in dat specifieke ziekenhuis, op die specifieke afdeling afspeelt. Daarbij is gekeken naar de invloed van de landelijke en de lokale context. Zo zijn er verklaringen te vinden in de landelijke opzet van het systeem, maar ook in de structuur of de mentaliteit van een specifieke ziekenhuis. Door het werken met een vragenlijst was vergelijking van de antwoorden mogelijk en zeker dat alle relevante onderwerpen zijn besproken. Daarbij is wel het zwaartepunt verschoven afhankelijk van de ervaringen van de respondent. Zo zijn decentrale dbc-functionarissen minder op de hoogte van de strategische implicaties van de dbc-systematiek, maar wisten zij des te meer te vertellen over de organisatie op een lager niveau en de motieven daarachter van de betrokken specialisten en managers.

5.1.2 Documentanalyse

Om de casus van de dbc-systematiek helder in kaart te brengen is gestart met een documentanalyse. Deze documentanalyse is gericht op het uiteenzetten van de werking van de dbc-systematiek. Meer wetenschappelijke documenten zijn gebruikt om de context van marktwerking in de zorg te beschrijven en de knelpunten die daarbij ook in andere landen zijn ervaren. Tot slot zijn documenten en media bestudeerd om de inhoud en mogelijke impact van DOT te begrijpen.

5.1.3 Literatuurstudie

Een literatuurstudie tot slot is gebruikt om inzicht te verkrijgen in de betekenis van organiseren vanuit verschillende perspectieven. Hierbij is gekozen voor één bepaalde auteur (Scott) die de hoofdlijn van de theorie heeft uitgezet. Andere bronnen zijn gebruikt om deze theorie aan te vullen en te verduidelijken.

5.1.4 Instrumentenoverzicht

Hieronder een overzicht van instrumenten en hoe ze bijdragen aan beantwoording van de deelvragen.

Deelvraag	Document-analyse	Literatuur-studie	Interviews
Hoe is de dbc-systematiek opgebouwd en welke problemen worden geassocieerd met bekostigingssystemen gebaseerd op diagnoses?	X	X	
Welke doelstellingen heeft de introductie van dbc's in de zorg?	X	X	X
Wat is organiseren vanuit verschillende perspectieven?		X	
Hoe wordt de dbc-systematiek georganiseerd op ziekenhuisafdelingen?		X	X
Welke impact zal DOT hebben op de huidige problemen met dbc's?	X		X

5.2 Afbakening onderzoeksgroep

Het bepalen van de onderzoeksgroep gebeurt aan de hand van een tweetal stappen. Eerst wordt verklaard waarom is gekozen voor ziekenhuizen als onderzoeksgroep en specifiek waarom academische en algemene ziekenhuizen zijn gekozen. Vervolgens wordt verklaard waarom is gekozen voor de

specifieke respondentgroep binnen deze ziekenhuizen met betrekking tot hun functie in het ziekenhuis en specialisme waarbij ze betrokken zijn.

5.2.1 Ziekenhuizen

Algemene afbakening

De organisatie die in dit onderzoek centraal staat is het ziekenhuis. Ziekenhuiszorg gaat altijd over cure, dat wil zeggen de behandeling en genezing van medische aandoeningen. Deze zorg wordt geleverd vanuit verschillende instellingen. In zijn volledigheid gaat het om algemene en academische ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's). ZBC's leveren geen zorg met verblijf afkomstig uit het A-segment. Dat betekent dat het gaat om private instellingen die uitsluitend electieve (planbare en niet-acute) zorg leveren. Deze categorie wordt uitgesloten van het onderzoek, omdat het om private instellingen gaat die zich richten op zeer specifieke zorg. Het gaat dan bijvoorbeeld om klinieken die uitsluitend spataderen of oogcorrecties uitvoeren. Dit onderzoek richt zich op ziekenhuizen met een algemeen maatschappelijke functie, omdat hier zowel A- als B-segmentzorg wordt geleverd en winst geen hoofddoel is voor deze ziekenhuizen. Voor ZBC's bestaat bovendien specifieke wet- en regelgeving. ZBC's en ziekenhuizen zijn kortom te verschillend om een goede vergelijking te kunnen maken (RIVM.nl, 2010).

Met uitsluiting van de ZBC's maakt ook het RIVM vervolgens onderscheid tussen algemene, academische en categorale ziekenhuizen. Een algemeen ziekenhuis wordt ook wel aangeduid met de term basisziekenhuis, is vaak regionaal gebonden en levert de basis aan specialistische zorg, verpleegkunde en opleiding. Gevallen die de kennis en kunde van het ziekenhuis overstijgen worden doorverwezen naar andere ziekenhuizen. Een academisch ziekenhuis vervolgens is een ziekenhuis dat verbonden is aan een universiteit en staat wettelijk ten dienste van geneeskundig onderwijs en onderzoek. Academische ziekenhuizen vervullen ook altijd topklinische en topreferente functies binnen de gezondheidszorg (WHW Art. 1.4). Een categoriaal ziekenhuis tot slot levert zorg aan een specifieke doelgroep op basis van een aandoening of leeftijdscategorie. Te denken valt aan een astmakliniek of een kinderziekenhuis (CBS.nl, 2010).

Ook categorale ziekenhuizen worden uitgesloten van dit onderzoek, omdat in deze ziekenhuizen uitsluitend gericht wordt op een bepaalde diagnose of leeftijdsgroep. Dit heeft gevolgen voor het gebruik van de invulling van de dbc-systematiek en de inrichting van het ziekenhuis wat vergelijking met andere ziekenhuizen bemoeilijkt.

De onderzoeksgroep bestaat dus uitsluitend uit algemene en academische ziekenhuizen. Omdat in beide gevallen zowel A- als B-segmentzorg wordt geleverd, de ziekenhuizen een maatschappelijke functie

vervullen waardoor ze zich geconfronteerd zien met vergelijkbare wet- en regelgeving en de organisatiestructuur veelal overeenkomt.

Er bestaan echter ook verschillen tussen academische en algemene ziekenhuizen. Zo zijn in algemene ziekenhuizen specialisten vaak verbonden aan hun eigen maatschap, terwijl in academische ziekenhuizen specialisten vaker in loondienst zijn. Dit verschil in salariering hangt ook samen met dbc's, omdat het honorariumdeel van de dbc bij maatschapartsen rechtstreeks naar de specialist gaat en bij specialisten in loondienst via het ziekenhuis op de loonstrook komt te staan.

Een ander verschil is voorheen al genoemd en heeft te maken met de topklinische functie van academische ziekenhuizen. Alle academische ziekenhuizen leveren topklinische zorg, terwijl slechts enkele algemene ziekenhuizen de titel 'topklinisch' mogen voeren. Topklinische ziekenhuizen bieden meer dan alleen de gebruikelijke medisch-specialistische zorg en deze toevoeging kan verkregen worden door te voldoen aan de eisen die de vereniging Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen (STZ) stelt. Momenteel zijn 27 ziekenhuizen bij de STZ aangesloten (Zorginstellingen.nl, 2010). Voor het leveren van topklinische en topreferente zorg en het vervullen van een last-resortfunctie, ontvangen de academische ziekenhuizen een academische component zoals al eerder genoemd.

Ondanks de verschillen tussen academische en algemene ziekenhuizen is niet gekozen voor een verdere uitsplitsing, omdat de dbc-systematiek waar beide soorten ziekenhuizen mee geconfronteerd worden gelijk is. Door één van beide partijen uit te sluiten zou een te eenzijdig beeld van de dbc-systematiek worden geschetst. Door beide partijen te betrekken heeft de gevonden informatie meer waarde, omdat een meerzijdig beeld is geschetst.

Specifieke onderzoeksgroep

Uit de algemene afbakening van academische en algemene ziekenhuizen volgt de bepaling van de specifieke onderzoeksgroep. Dit onderzoek is verricht binnen een drietal academische ziekenhuizen, te weten het Amsterdams Medisch Centrum, het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam en het Universitair Medisch Centrum st. Radboud in Nijmegen. Ook zijn interviews gehouden in drie algemene ziekenhuizen, te weten het Meander Medisch Centrum in Amersfoort, het Antonius ziekenhuis te Nieuwegein en het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen.

Het Erasmus medisch centrum is het grootste van de zes betrokken ziekenhuizen, met in totaal 1320 beschikbare bedden. Het is verbonden aan de Erasmus universiteit van Rotterdam. Kenmerkend voor het Erasmus is de verdeling van de afdelingen in zeventien clusters met een daaraan gekoppeld clustermanagement. Dit clustermanagement richt zich op gemeenschappelijke voorzieningen en

beleidsonderwerpen, zoals de dbc-systematiek. In totaal zijn er 685 specialisten verbonden aan het Erasmus (Erasmusmc.nl, 08-2010).

Hierna volgt het Amsterdams Medisch Centrum dat met 1002 bedden het een na grootste ziekenhuis is. Het is verbonden aan de Universiteit van Amsterdam. Dit UMC is verdeeld in een tiental divisies, waaraan een divisiebestuur gekoppeld is. Dit bestaat uit een voorzitter, een directeur bedrijfsvoering en in sommige gevallen een verpleegkundig bestuurder of lid. Ook aan het hoofd van iedere afdeling staat bovendien een hoofd (AMC.nl, 08-2010). In 2009 waren er in totaal 647 medisch specialisten werkzaam verbonden aan het AMC (Jaarverslag AMC, 2009).

Het UMC St. Radboud is het derde en laatste academisch ziekenhuis dat in dit onderzoek betrokken is geweest. Dit ziekenhuis is verbonden aan de universiteit van Nijmegen telt 953 bedden. Het is verbonden aan de Radboud Universiteit. De eindverantwoordelijkheid voor elk van de circa 50 medische afdelingen ligt bij het afdelingshoofd die wordt geassisteerd door een bedrijfsleider. Er zijn ongeveer 40 bedrijfsleiders in het St. Radboud. De afdelingen zijn verder niet opgedeeld, maar vallen direct onder de raad van bestuur (umcn.nl, 08-2010). In 2009 waren er 657 medisch specialisten verbonden aan het Radboud (Jaarverslag Radboud, 2009).

Het Meander Medisch Centrum is het eerste van de drie algemene ziekenhuizen dat bij dit onderzoek betrokken is. Het telt 604 bedden en is een topklinisch opleidingsziekenhuis. De 32 specialismen zijn onderverdeeld in een zestal zorggroepen. Aan het hoofd van iedere zorggroep staat een zorggroepmanager die verantwoordelijk is voor de managementtaken en de resultaten daarvan. Ook is er een medisch manager die verantwoordelijk is voor productie, kwaliteit en zorginhoud. Er zijn ruim 200 medisch specialisten werkzaam in het Meander MC. Het Meander is bovendien het enige van de zes ziekenhuizen dat een zogenaamd koploperziekenhuis is, zowel met betrekking tot dbc's als DOT. In totaal zijn er in Nederland 10 van dergelijke koploperziekenhuizen (7 algemeen, 2 academisch en 1 ZBC). Dat betekent dat het ziekenhuis vooroploopt in de implementatie van de dbc-systematiek en meedenkt en – werkt in de verdere ontwikkeling daarvan (meandermedischcentrum.nl, 08-2010).

Het tweede algemeen ziekenhuis is het St. Antonius Ziekenhuis dat vestigingen heeft in Utrecht en Nieuwegein. In totaal zijn er ca. 250 medisch specialisten aan het ziekenhuis verbonden. Het heeft in totaal 880 bedden en is niet alleen een topklinisch opleidingsziekenhuis, maar ook verbonden in de Santeongroep van zes samenwerkende topklinische ziekenhuizen. Ieder specialisme kent een eigen team waarin specialisten binnen een maatschap samenwerken. De afdelingen staan rechtstreeks onder de raad van bestuur (antoniusziekenhuis.nl. 08-2010).

Het laatste ziekenhuis dat bij dit onderzoek is betrokken is het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen. Het heeft ongeveer 300 bedden ter beschikking voor patiënten en er zijn 89 medisch specialisten werkzaam. Dit is

geen topklinisch ziekenhuis (wza.nl, 08-2010). De specialismen zijn onderverdeeld in specialistische eenheden, die allemaal binnen het cluster zorg vallen. De overige drie clusters richten zich op medisch ondersteuning, facilitaire zaken en psychosociale zorg / revalidatie. De specialismen zijn werkzaam binnen hun eigen Specialistische Eenheid (SE). Binnen deze SE's is sprake van duaal management. De SE-leiding bestaat uit een medisch specialist en het hoofd SE. Het hoofd SE legt verantwoording af aan het de clustermanager zorg (Maatschappelijk verslag WZA, 2009).

5.2.2 Respondenten

Nu is vastgesteld waarom ziekenhuizen het onderwerp van onderzoek zijn en om welke ziekenhuizen het precies gaat, wordt nu de groep respondenten toegelicht. Daartoe volgt wederom eerst een algemene afbakening en wordt daarna de specifieke onderzoeksgroep toegelicht.

Algemene afbakening

De afbakening van de respondentengroep binnen de ziekenhuizen is gedaan op basis van de betrokken specialismen. In alle gevallen is in de interviews gesproken met of over dbc's bij snijdende en/of beschouwende specialismen. Ondersteunende specialismen zijn niet meegenomen omdat de financiering van ondersteunende specialismen wordt meegenomen in alle dbc's van het ziekenhuis. Zij registreren dus niet hun eigen dbc's, want binnen iedere dbc's is een stuk opgenomen voor specialismen als radiologie, anesthesie en microbiologie die ondersteunend werk verrichten.

Ook psychiatrie is bewust uitgesloten, omdat binnen de psychiatrie uitsluitend A-segmentzorg wordt geleverd. Bovendien is de definiëring van dbc's binnen de psychiatrie een heikel punt, vanwege het grote verschil in ziektebeelden. Het trekken van een vergelijking is daarom uitermate lastig. De knelpunten met betrekking tot dbc's bij de psychiatrie is veelal eigen aan dit specialisme.

Dit onderzoek richt zich op het operationele aspect van de dbc-systematiek en daarom zijn respondenten gekozen die direct betrokken zijn bij dit systeem. Het gaat daarbij om de medisch specialisten die de dbc's openen en sluiten, managers die verantwoordelijk zijn voor het operationeel organiseren van de systematiek en dbc-functionarissen die op centraal of decentraal niveau ondersteunend aan het dbc-proces werken.

De managers zijn betrokken bij dbc's in die zin dat zij in de gaten houden of de dbc-systematiek op de afdeling juist wordt toegepast en nageleefd. Tevens zijn zij het die personeel aanzetten tot acties en keuzes voor de afdeling begeleiden. Specialisten zijn verantwoordelijk voor het openen van de juiste dbc per patiënt en het registreren van alle verrichtingen. Hun salariering is bovendien direct of indirect

gekoppeld aan deze registratie. Dbc-functionarissen tot slot zijn verantwoordelijk voor verschillende zaken in verschillende ziekenhuizen. Dit varieert van het uitzetten van de richtlijnen voor het gehele ziekenhuis tot het behandelen van de uitvallijsten van specifieke afdelingen. Overeenkomstig zijn zij allen ondersteunend aan een goed verloop van het dbc-proces in het ziekenhuis. Wat zij allen overeenkomstig niet doen is zelfstandig overgaan tot het aanbrengen van wijzigingen in de ICT-systemen en het uitsturen van de daadwerkelijke facturen.

Leden van de Raad van Bestuur of Raad van Toezicht vormen expliciet geen onderdeel van de respondentengroep omdat zij met name op strategisch en tactisch niveau betrokken zijn bij de dbc-systematiek. Alhoewel de dbc-systematiek wel invloed heeft op deze besluitvorming zijn de leden van de Raad van Bestuur en Toezicht niet rechtstreeks betrokken bij de beheersing van dit systeem. Dbc's zijn voor hen een abstract geheel waar ze in de dagelijkse praktijk niet mee in aanraking komen. Uitsluitend met eventuele geaggregeerde data of vergelijkingsrapportages zoals benchmarks waar dbc's een onderdeel van uitmaken. De betrokkenheid van bestuurders bij dbc's is in vergelijking met het medewerkers op afdelingsniveau zeer klein.

Specifieke onderzoeksgroep

Binnen de snijdende specialismen in deze respondentengroep bevinden zich de heekunde (specifiek: vaatchirurgie, handchirurgie en keel, neus oorheelkunde, plastische chirurgie), gynaecologie en orthopedie. Binnen de beschouwende specialismen bevinden zich longziekten, dermatologie, neurologie en kindergeneeskunde.

Er zijn in totaal 16 interviews gehouden, waarbij in het AMC, het Erasmus MC, het Meander MC en Antonius ziekenhuis gesproken is met zowel een arts, als een (bedrijfsmatig en/of medisch) manager en een dbc-functionaris. In het Wilhelmina ziekenhuis is gesproken met twee artsen en de centrale dbc-coördinator, terwijl in het Radboud uitsluitend met een bedrijfsmatig manager is gesproken.

Hieronder een overzicht van de respondenten die voor dit onderzoek zijn geïnterviewd. Vanwege anonimisering zijn de gegevens zo gepresenteerd dat niet te achterhalen valt om wie het precies gaat. Achter iedere respondent staat de afkorting die is gebruikt in het resultatenhoofdstuk.

Ziekenhuis	Functiegroep	Specialisme / functie	Afk.
Amsterdams Medisch Centrum	Specialist	Longgeneeskunde	S1
Erasmus Medisch Centrum	Specialist	Chirurgie	S2
Meander Medisch Centrum	Specialist	Gynaecologie	S3
Antonius Ziekenhuis	Specialist	Chirurgie	S4
Wilhelmina ziekenhuis Assen	Specialist	KNO	S5
Wilhelmina ziekenhuis Assen	Specialist	Dermatologie	S6
Amsterdams Medisch Centrum	Dbc-functionaris	Centraal	F1
Erasmus Medisch Centrum	Dbc-functionaris	Centraal	F2
Meander Medisch Centrum	Dbc-functionaris	Centraal	F3
Antonius Ziekenhuis	Dbc-functionaris	Decentraal	F4
Wilhelmina ziekenhuis Assen	Dbc-functionaris	Decentraal	F5
Amsterdams Medisch Centrum	Manager	Bedrijfsmatig	M1
Erasmus Medisch Centrum	Manager	Bedrijfsmatig	M2
UMC St. Radboud Nijmegen	Manager	Bedrijfsmatig	M3
Meander Medisch Centrum	Manager	Medisch	M4
Antonius Ziekenhuis	Manager	Medisch	M5

5.3 Data-analyse

Om de gevonden gegevens correct te verwerken en zo consistentie te waarborgen en bias te voorkomen zijn alle interviews opgenomen en getranscribeerd. De interviews van tussen de 40 en 55 minuten zijn daarvoor teruggeluisterd en woord voor woord op schrift gezet. Vervolgens zijn deze uitwerkingen gecodeerd middels het programma MAXQDA. Op basis van de topiclijst van de interviews zijn alle uitspraken van respondenten gecodeerd naar onderwerp. In totaal zijn 943 coderingen aangebracht. De coding-tree is in de bijlage toegevoegd. Om de empirie in kaart te brengen zijn per onderwerp alle coderingen daarvan geselecteerd. Om een uitspraak te doen over de ziekenhuizen is vervolgens achter iedere uitspraak een voetnoot geplaatst met daarachter de respondenten waarbij de labels aangebracht zijn die verband houden met die uitspraak. Bij belangrijke uitspraken wordt expliciet melding gemaakt van het aantal respondenten aan de basis staan van de uitspraak. Door de data op deze manier te werken is de betrouwbaarheid van de data-analyse versterkt.

5.4 Generalisatie

Dit onderzoek richt zich op dbc-systematiek in algemene en academische ziekenhuizen. Daarbij wordt toegespitst op de organisatie van deze systematiek en hoe deze ertoe leidt dat er een verband ontstaat tussen de dbc-systematiek en de zorg die wordt geleverd. Een tweetal generalisaties is daarbij mogelijk.

Op de eerste plaats een generalisatie naar een bredere populatie en op de tweede plaats een generalisatie naar de organisatie van een mogelijk aangepaste bekostigingsstructuur in de toekomst.

5.4.1 Bredere populatie

De resultaten, conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek zijn in zekere mate te generaliseren naar andere academische en algemene ziekenhuizen. Dit is mogelijk, omdat alle academische en algemene ziekenhuizen te maken hebben met dezelfde wet- en regelgeving met betrekking tot dbc's en bovendien allemaal met hetzelfde DBC-systeem werken. Daarbij zullen niet alle gevonden resultaten in ieder ziekenhuis terug te vinden zijn, maar zal dit onderzoek wel relevante aanknopingspunten bieden bij het zoeken naar knelpunten en geschikte maatregelen.

5.4.2 Andere financieringssystematiek

Indien in de toekomst wordt overgegaan naar DOT of weer een geheel nieuwe financieringssystematiek wordt geïntroduceerd, biedt dit onderzoek inzicht in de sterke en zwakke punten in de invulling van de dbc-systematiek op afdelingsniveau. Deze analyse is van belang om van de zwakke punten te leren en deze te kunnen verbeteren, maar ook om de sterke punten niet uit het oog te verliezen. Wanneer duidelijk hoe een verband kan worden gecreëerd of hoe een gebrek daaraan ontstaat in het ziekenhuis, is de kennis die dit oplevert ook te gebruiken wanneer de financieringssystematiek weer wordt aangepast. Deze is bovendien tevens toepasbaar op andere secundaire systemen die verband dienen te houden met het leveren van zorg, zoals structuren voor risicomanagement of kwaliteitsbewaking.

5.5 Conclusie

Dit kwalitatieve onderzoek richt zich dus op academische en algemene ziekenhuizen en daarbinnen op de snijdende en beschouwende specialismen. Er is een combinatie gemaakt van interviews, documentanalyse en een literatuurstudie. De documenten hebben geholpen de context op te tekenen, de literatuurstudie om de focus helder te krijgen en de interviews om de empirie in kaart te brengen. De respondentgroep van deze interviews bestaat uit specialisten, managers en dbc-functionarissen. Gegevensverwerking is gebeurd aan de hand van transcripties en coderingen in het programma MAXQDA. De resultaten van het onderzoek zijn generaliseerbaar naar andere ziekenhuizen, alsmede andere bekostigingsstructuren of secundaire structuren die in verband dienen te staan met de zorgprocessen.

Nu duidelijk is wat wordt onderzocht, vanuit welk perspectief dat gebeurt en hoe het onderzoek is opgezet volgen hierna de resultaten. De komende drie hoofdstukken richten zich op het beschrijven en verklaren van de empirie vanuit de drie perspectieven op organiseren. Daarna volgt een blik in de toekomst. Tot slot wordt de hoofdvraag beantwoord en worden algemene conclusies en aanbevelingen beschreven.

6. Organisatiegebied I: Betrouwbaarheid

Sinds de invoer van de dbc-systematiek in 2005 wordt door ziekenhuizen aandacht besteed aan het vergroten van de betrouwbaarheid van de registratie. Daarbij gaat het om volledigheid, juistheid en tijdigheid. Dat wil zeggen, wordt alles geregistreerd, gebeurt dit op de juiste wijze en worden de dbc's ook tijdig afgehandeld. Er zal nu in 6.1 allereerst worden ingegaan op het belang van betrouwbaarheid voor de verschillende ziekenhuisafdelingen. Vervolgens worden volledigheid, juistheid en tijdigheid concreet gemaakt middels voorbeelden. In 6.2 worden daarna de maatregelen gepresenteerd die zijn genomen om betrouwbaarheid te realiseren op basis van het KAD-model dat in paragraaf 3.2 is geïntroduceerd. In 6.3 komen de knelpunten aan bod die betrouwbaarheid in de weg staan, alsmede de maatregelen om de knelpunten op te lossen of te omzeilen. In 6.4 wordt afgesloten met een conclusie waarin de hoofdpunten van het effectief organiseren van betrouwbaarheid nogmaals op een rij worden gezet.

6.1 Invulling van betrouwbaarheid

6.1.1 Betrouwbaarheid op de agenda

Ieder van de zes ziekenhuizen is op zijn eigen manier bezig met het vraagstuk van betrouwbaarheid. Vanuit de wettelijke verplichting om te registreren en de financiële gevolgen daarvan voor ziekenhuis en specialist kent betrouwbaarheid een hoge prioriteit: *“Daar zijn we heel druk mee bezig in de organisatie om dat zo betrouwbaar mogelijk te krijgen. Want als wij daar op afgerekend gaan worden is het natuurlijk wel van essentieel belang dat we goed registreren”(M5)*. Er wordt echter ook opgemerkt, in met name academische ziekenhuizen, dat deze prioriteit niet altijd aanwezig was. In het AMC wordt opgemerkt: *‘Het is inderdaad zo dat de eerste twee, drie jaar van het dbc-tijdperk en eigenlijk tot ver in 2007 men dacht van ik geloof het allemaal wel. Zowel artsen geloofden het allemaal wel en dachten dat het niet zo vaart zou lopen, maar, de laatste twee jaar is er een hele duidelijke tendens om in ieder geval die administratie zo goed mogelijk op orde te krijgen’ (F1)*. Inmiddels zijn dbc's echter een realiteit van alledag en de meeste ziekenhuizen zijn langzaamaan gewend aan de aanwezigheid van dbc's en trachten hier zo goed mogelijk vorm aan te geven. Voor de algemene ziekenhuizen was 2008 bovendien een keerpunt, omdat maatschapartsen vanaf dat jaar rechtstreeks afhankelijk zijn van dbc's voor hun inkomsten. Deze rechtstreekse financiële prikkel om de zaken op orde te hebben werd door alle artsen werkzaam in een maatschap aangehaald¹. Daarnaast wordt in academische ziekenhuizen wel gewezen op de financiële afhankelijkheid van het ziekenhuis van betrouwbare registratie en met name het moeten voldoen aan een wettelijke verplichting. Opvallende prikkel voor goede registratie in het Radboud is de interne budgetverdeling gebaseerd op dbc-waarde per afdeling, ook van A-dbc's: *‘Want sinds 1,5 jaar werken we hier niet meer met budgetten maar met zeg maar het gewone inverdienen per afdeling. (...) wij moeten als het ware zelf het geld verdienen binnen de afdelingen’ (M3)*. In een aantal gevallen wees men tot slot op het klaar zijn voor de toekomst als prikkel om betrouwbaarheid te verhogen, vanwege het belang van een

goede registratie wanneer uitbreiding van B-segment of DOT wordt ingevoerd: *'En dat gaat over het klaar zijn voor de DOT. En dat is dan nu met een jaar uitgesteld, maar ja, we hadden toch tot twee maanden geleden moesten we flink aan de bak, want 2011 begon toch wel te dagen'* (M3)². Om al deze redenen hebben de ziekenhuizen een administratieve organisatie en een aantal interne controles opgezet om betrouwbaarheid te verhogen. Om welke maatregelen het gaat wordt verder uiteengezet in 5.2. Wat nu volgt is wat betrouwbaarheid van registratie in de praktijk betekent.

6.1.2 Volledigheid, juistheid & tijdigheid

Een drietal zaken is van belang bij betrouwbare registratie. Op de eerste plaats gaat het om volledigheid, dat wil zeggen dat alles wordt geregistreerd, maar tegelijkertijd niets dat niet heeft plaatsgevonden zoals bij upcoding. Bij volledigheid is opvallend vaak gerefereerd aan 'onderregistratie' waarbij niet teveel, maar juist te weinig werd geregistreerd: *'We weten allen dat in dat jaar onderregistratie is geweest, hier ook, 20 25 procent werd niet aangemaakt of foutief aangemaakt'* (S4)³ Juistheid vervolgens draait op de eerste plaats om het op de juiste manier vullen van elke dbc zodat niet *'een been in een arm zit, of een borst in een oog zit, dat kun je echt wel zien'* (F2). Juistheid heeft daarnaast betrekking op het kiezen van de best passende diagnose of verrichting, wanneer geen enkele dbc volledig overeenkomt met de werkelijkheid: *'Je hebt soms bepaalde behandelingen zijn dan werkelijk uitgevoerd, maar dat gaat dan niet in combinatie van de tabellen die uitgeleverd worden. Dan zeggen ze zelf ook, de instanties, je moet de meest passende diagnose registreren of de meest passende verrichting die erbij hoort'* (F5). Tot slot gaat betrouwbaarheid over tijdigheid. Ook tijdigheid kent een tweetal aspecten. In de eerste plaats gaat het om het tijdstip van registreren. Zo is het mogelijk om te registreren op basis van geplande activiteiten, bijvoorbeeld door geplande operaties direct te koppelen aan de openstaande dbc (F5). Het is echter ook mogelijk om zo snel mogelijk te registreren na een verrichting, bijvoorbeeld na afloop van een operatie: *'dus als je van de operatiekamer afkomt moet je eigenlijk meteen zeggen van ik heb die en die operatieve verrichting gedaan'* (M2). Tot slot is het mogelijk om retrospectief te registreren. In dat geval wordt gebruik gemaakt van bijvoorbeeld tijdelijke lijstjes bij spreekuren die pas later, aan het eind van dag of week, worden ingevoerd in het dbc-systeem (M3). Het tweede aspect van tijdigheid zit niet in de registratie van de dbc's, maar in het afsluiten en declareren. Wanneer een behandeling ten einde is, is het van belang dat deze wordt afgesloten en gedeclareerd zodat het ziekenhuis de inkomsten kan ontvangen. Een ander voordeel is dat bij tijdig afsluiten en declareren, men bij uitval nog terug kan halen om welke patiënt het ging. Als hier te lange tijd tussen zit is dit alweer verder weggezakt in het geheugen, wat correctie bemoeilijkt.

6.2 Maatregelen

Nu duidelijk is waarom betrouwbaarheid prioriteit krijgt in de ziekenhuis en wat betrouwbaarheid praktisch betekent binnen de ziekenhuizen wordt nu ingegaan op de maatregelen die getroffen zijn om

betrouwbaarheid te borgen. Allereerst wordt daartoe stilgestaan bij de betrokken actoren en de verdeling van taken en verantwoordelijkheden in het registratieproces. Vervolgens wordt aan de hand van het KAD-model een overzicht gegeven van de maatregelen die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen.

6.2.1 Taken en verantwoordelijkheden

Een aantal betrokkenen bij het registratieproces zijn in ieder ziekenhuis terug te vinden, andere functies zijn niet in ieder ziekenhuis terug te vinden. Hieronder een overzicht van de betrokkenen met daarbij een uitleg van de taken en verantwoordelijkheden en opvallende afwijkingen in ziekenhuizen.

Medisch specialist

Centraal in het registratieproces staat de medisch specialist. In elk van de ziekenhuizen is deze verantwoordelijk voor de betrouwbaarheid van de eigen dbc's. De medisch specialist opent de dbc, voegt diagnose en behandelas toe en is verantwoordelijk voor het sluiten van de dbc.⁴ In de meeste gevallen wordt de registratie in de computer ook door de arts zelf uitgevoerd: *'Ik ben betrokken als medisch specialist, hoor je gewoon DBC's te registreren, dat is een verplicht onderdeel van het gebeuren'* (S5). Het komt echter ook voor dat niet de specialist maar secretaresses of verpleging de invoer in de computer doen. Hiervan was sprake in de drie algemene ziekenhuizen⁵. Zo wordt omschreven: *'Wij moeten aanleveren dat wat we gedaan hebben. En dat is dus niet het feitelijke registreren zelf. Het registreren is natuurlijk het invoeren in het systeem en daar kan dan bijvoorbeeld de afdelingssecretaresse voor verantwoordelijk zijn. Dus dat is niet helemaal zo. Maar wij zijn wel verantwoordelijk voor het aanleveren want de secretaresse ziet niet wat wij doen'* (S3).

Daarbij wordt wel benadrukt dat de arts verantwoordelijk is voor het juist aanleveren, omdat uitsluitend de arts weet welke behandeling dient te worden uitgevoerd. Het is dan ook aan hem of haar om de juiste codes te noteren op papier of in de computer, en waar nodig te kiezen voor de best passende dbc. Een aantal andere zaken vallen ook (gedeeltelijk) onder verantwoordelijkheid van de specialist. Op de eerste plaats het eventuele aanpassen van de initiële diagnose naar een definitieve diagnose, indien deze is gewijzigd. Het sluiten van de dbc als de behandeling is beëindigd, of het openen van een vervolgdcb wanneer behandeling in een andere vorm wordt voortgezet. Indien uitval plaatsvindt zal de specialist bovendien correcties moeten aanbrengen om de dbc declarabel te maken. Echter niet in alle gevallen, omdat ook specifieke dbc-personeel vaak toegestaan is eenvoudige correcties, met toestemming van de specialist, door te voeren. Met betrekking tot de behandeling van uitval zegt een dbc-functionaris: *'En dan zeggen we specialist, hé, ga ze allemaal eens openen bij wijze van spreke van open ze maar verander het maar, of autoriseert u ons dat wij die veranderingen doorvoeren. Dus we proberen zoveel mogelijk de specialist verantwoordelijk te laten zijn, maar ook niet altijd te belasten met het zelf uitvoeren. Daar zit wel een combinatie tussen'* (F3).

Dbc-functionarissen

Waar specialisten verantwoordelijk zijn voor een groot deel van het uitvoerende werk, zijn dbc-functionarissen vooral bezig met controleren en ondersteunen. In ieder van de ziekenhuizen is sprake van een centraal dbc-team al dan niet uitgebreid met decentrale dbc-medewerkers. Verschillende functienamen zijn hiervoor in het leven geroepen, onder andere dbc-coördinator⁶, dbc-consulent⁷ en dbc-servicemedewerker⁸. In het AMC, het Erasmus, het Radboud en het Antonius zijn er naast stafmedewerkers die zich met dbc's bezighouden, ook decentrale dbc-medewerkers op afdelings-/divisieniveau. Zij zijn verantwoordelijk voor het verwerken van uitvalslijsten en zwevende verrichtingen, verrichtingen die niet aan dbc gekoppeld zijn, voor specifieke specialismen. Daarnaast hebben ze contact met specialisten of managers om te wijzen op fouten die correctie behoeven. Zij staan dicht bij het uitvoerende werk en het contact met specialisten is hierdoor eenvoudiger via email, telefoon of persoonlijk contact⁹.

Dbc-functionarissen op centraler niveau, binnen een dbc- of financieel team of binnen de zorgadministratie, houden zich bezig met ondersteunende en controlerende taken. De eerste kerntaak ligt in het opstellen van rapportages, maandrapportages en kwartaalrapportages, waarin afdelingen op de hoogte worden gesteld van hun productie en de kenmerken van deze productie. De rapportages helpen de afdeling fouten gemakkelijker herkennen en voorkomen¹⁰. Daarnaast worden projecten uitgevoerd, bijvoorbeeld om de basisregistratie op orde te krijgen¹¹ of voor te bereiden op DOT¹². Tot slot kan de dbc-functionaris ondersteunend zijn in het opzetten van bijeenkomsten waar artsen instructie krijgen in dbc-registratie, of overleg voeren over een eenduidige manier van registreren in specifieke geval¹³. De dbc-functionaris is met al deze taken een belangrijke speler om eenheid in registratieprocessen te bewaken, iedereen up-to-date te houden met betrekking tot de stand van zaken en toekomstige ontwikkelingen en tot slot als vraagbaak om te instrueren, te ondersteunen en aan te jagen.

Managers

Ook managers spelen een rol in het registratieproces. Het kan daarbij gaan om een arts met managementtaken, of om een manager die specifiek bedrijfsmatig betrokken is. Zo kan de dbc-systematiek onder de verantwoordelijkheid vallen van arts die ook afdelingshoofd is of dbc's als aandachtsgebied heeft in de maatschap¹⁴: *'Ik ben verantwoordelijk binnen de maatschap dat alles op de juiste wijze loopt, en alle fouten en onjuistheden dat ik die opvang en oplos'* (S4). Het kan ook zo zijn dat een bedrijfsmatig manager is, in sommige gevallen op specialismenoverstijgend niveau, die in samenspraak met de medisch manager de dbc-systematiek organiseert. Termen die hiervoor worden gebruikt zijn onder andere unit manager¹⁵, bedrijfsleider¹⁶ en directeur bedrijfsvoering¹⁷.

Belangrijke managementtaken die worden uitgevoerd op het gebied dbc's zijn financieel van aard. Het gaat dan om het bewaken van budgetten of de realisatie van productieafspraken: *'En verder ben ik er ook*

verantwoordelijk voor dat als je in een begroting gaat zeggen van volgend jaar willen we deze productie realiseren dan moet je je ook realiseren, welke inkomsten staan daar tegenover, wat betekent dat voor het budget van de divisie en ook voor de uitgaven, want als je iets uitgeeft, moet je ook inkomsten maken (..)' (M1). Daarnaast zijn taken die meer operationeel van aard zijn voor het inrichten van een effectief dbc-registratieproces van belang. Daarbij hoort bijvoorbeeld het opzetten van instructie en feedback, eventueel door het aansturen van andere dbc-medewerkers, en het lokaliseren en verbeteren van zwakke punten in de registratie: 'Ja, dus ik ben niet inhoudelijk verantwoordelijk en ook niet voor het feit dat de arts de DBC ook maakt, invult enzovoorts, dat blijft bij hun, maar wel voor het faciliteren van het proces. Als er problemen mee zijn komt de dokter wel bij mij hoor' (M3).¹⁸ Tot slot houden de bedrijfsmatige managementtaken verband met het medisch management. Het gaat in sommige gevallen over het efficiënter inrichten van zorgprocessen. Afhankelijk van de taakverdeling doet het zich voor dat de bedrijfsmatige manager hiervoor in gesprek gaan met de medisch manager of specialisten. Op basis van het overleg kunnen vervolgens wijzigingen in het zorgproces worden gedaan: 'Stel je voor dat er nou 8 verpleegdagen voor deze dbc zouden zijn, kunnen we daar wat mee? Kunnen we standaard maken dat iemand na 5 dagen weggaat? (..) en zij zeggen dan dat kan niet want het zijn hele zware patiënten, of het kan wel' (M2).

Ondersteunende medewerkers

Veel van de verrichtingenregistratie vindt plaats door ondersteunende medewerkers. Bijvoorbeeld de verpleging of zorgadministratie die verrichtingen registreren waarmee de dbc's worden gevuld: 'Verrichtingen worden eigenlijk bijna nooit artsen geregistreerd, bijna altijd door medische administratie of verpleging geregistreerd' (M1). Veel verrichtingen worden bovendien automatisch gekoppeld vanuit andere plannings- en registratiesystemen in de ziekenhuizen: 'alle polibezoeken, de behandelingen, alle werkelijke verrichtingen, of ze zijn automatisch gekoppeld aan de agenda, of het komt vanuit het pakket OK, dus dat is, dat voert de specialist zelf niet in' (F5). Behalve uitvoerend werk hebben ondersteunende medewerkers soms ook een controlerende functie. Bijvoorbeeld een poliassistente die op basis van afsprakenlijsten nagaat of voor iedere patiënt een dbc is geopend, of OK-personeel checkt of de operatie binnen een dbc valt en daarbij aansluit¹⁹. Daarnaast is het in sommige gevallen zo dat secretaresses de lijstjes van artsen later in de computer invoeren zoals in het Meander MC en het Wilhelmina ziekenhuis het geval bleek.

Arts met aandachtsgebied

Tot slot wordt in enkele ziekenhuizen melding gemaakt van specialisten die dbc's als specifiek 'aandachtsgebied' hebben. Het gaat dan bijvoorbeeld om een key-user zoals in het Erasmus, een arts die zich verdiept in de dbc-systematiek en een vraagbaak en aanjager is voor andere specialisten of managementtaken op zich neemt²⁰. Zowel in het Erasmus, als het Antonius, als het Meander werden vergelijkbare personen genoemd die het voortouw nemen in het verbeteren van de registratie op de

afdeling en/of op de hoogte blijven van de landelijke ontwikkelingen²¹.

6.2.2 KAD-Model

Nu duidelijk is wie er betrokken zijn bij het dbc-registratieproces, worden nu alle maatregelen in kaart gebracht die in de verschillende ziekenhuizen zijn aangetroffen. Niet alle maatregelen komen in alle ziekenhuizen voor. Op deze manier wordt echter wel het breedst mogelijke spectrum aan maatregelen behandeld. Opeenvolgend worden de regelingen invoer, doorvoerregelingen vooruit, doorvoerregelingen terug en de regelingen uitvoer behandeld.

Regelingen invoer

De regelingen invoer zijn bedoeld om te borgen dat de invoer van gegevens volledig, juist en tijdig geschiedt. Al deze maatregelen liggen voorafgaand aan het proces en hebben betrekking op het verzorgen van betrouwbare input.

1. Verantwoordelijkheid bij de specialist

De eerste maatregel op dit gebied is het leggen van de verantwoordelijkheid voor de eigen dbc's bij de medisch specialist. Omdat de specialist de enige is die weet wat er gedaan moet worden en op deze manier nooit onduidelijkheid hoeft te bestaan over wie verantwoordelijk is. Dat betekent dat wanneer arts-assistenten dbc's registreren, de correctie van uitval bij de specialist terecht komt: *'Nou worden de assistenten vaak altijd nog wel door de stafarts gecontroleerd, dus die checkt vaak een hele poli of een OK-dag of dat allemaal goed gedbc't is' (F2).*

2. Algemene richtlijnen en procesbeschrijvingen

Op de tweede plaats zijn er in een aantal ziekenhuizen, zoals het AMC en het WZA, algemene richtlijnen opgesteld waar iedere specialist zich aan dient te houden. Hierin is bijvoorbeeld vastgelegd dat registratie binnen 24 uur en aan de bron plaats moet vinden²². Ook worden in veel ziekenhuizen de procesbeschrijvingen benoemd waarin wordt verduidelijkt wat op elke afdeling en op elke plaats in het registratieproces wordt vastgelegd en gecontroleerd.

3. Instructie

De derde maatregel is instructie voor alle personeel dat met dbc's in aanraking komt, dus ook voor bijvoorbeeld arts-assistenten. Centrale dbc-medewerkers ontvangen extern instructie, onder andere via bijeenkomsten en nieuwsbrieven die DBC-onderhoud verzorgt²³. Intern krijgt instructie vorm in basiscursussen registreren aangeboden aan de specialisten en de arts-assistenten zoals in het AMC²⁴. Maar ook eenmalige instructieavonden, zoals een speciale 'pizza-avond' in het Erasmus waar extra praktische voorlichting werd gegeven aan de specialisten op de afdeling²⁵. De instructie kent meestal een terugkerend karakter afhankelijk van de behoefte aan en de noodzaak van instructie: *'We organiseren ook*

nu een keer in twee maanden bij de plastische een dbc-bijeenkomst, bij de orthopedie doen we dat 1 keer in het kwartaal ofzo en dan hebben ze ook wel vragen' (F2). Op die manier leert iedereen met de betrokken systemen omgaan en de regels waaraan iedereen zich dient te houden en blijft iedereen up-to-date.

4. Afstemmingsbijeenkomsten

Een vierde maatregel zijn afstemmingsbijeenkomsten tussen artsen onderling. In zulke (jaarlijkse) bijeenkomsten worden specifieke gevallen eruit gelicht door de specialisten van dezelfde maatschap en afgesproken welke registratiecode daarbij wordt geselecteerd. Zo wordt voorkomen dat in twee dezelfde gevallen, twee verschillende dbc's worden aangemaakt. Dit komt de juistheid verder ten goede dan uitsluitend individuele instructie en kan leiden tot betere opbrengsten: *'Wat wordt daar dan besproken?'* *'Strategisch meer bijvoorbeeld dat als je iets op een bepaalde manier declareert dat dat iets gunstiger afsteekt dan als je het op een andere manier doet. Eigenlijk dat idee'* (S6). Deze bijeenkomsten van specialisten waarin wordt gesproken over mogelijkheden tot slimmere registratie werden uitsluitend genoemd in algemene ziekenhuizen werden genoemd²⁶.

5. Papieren ondersteuning

Een vijfde maatregel is te vinden in de vorm van papieren ondersteuning, zoals lijstjes en formulieren voor specialisten om tijdens spreekuren eenvoudig maar overzichtelijk te noteren wat in de computer ingevoerd dient te worden. Zo kan de aandacht naar de patiënt uitgaan en hoeft de computer niet gebruikt te worden in contact met de patiënt, want: *'Een uur van een dokter is schrikbarend duur in vergelijking met wat een secretariële medewerker kost. Ik heb liever dat hij in het spreekuur nog een patiënt kan zien, dan dat er patiënt in het spreekuur af moet omdat de administratieve last te groot geworden is'* (M3)²⁷. De lijstjes zorgen ervoor dat de gegevens vervolgens niet kwijtraken, volledig en juist aan het eind van de dag kunnen worden ingevoerd.

6. Ondersteuning vanuit dbc-personeel

Op de zesde plaats gaat is de ondersteuning vanuit dbc-personeel zeer belangrijk, zoals door de decentrale dbc-functionarissen die uitval behandelen en de specialisten kunnen helpen wanneer zij vragen hebben over de registratie. Deze personen hebben niet alleen een instruerende functie, maar herinneren de specialisten ook continu aan de verplichting om voor elke patiënt een dbc te openen.

7. Ondersteuning middels ICT

Op zevende en laatste plaats komt de ondersteuning middels ICT. Verschillende programma's worden gebruikt voor het registreren van dbc's, het bijhouden van agenda's en ook het eventuele digitale dossier. Deze kunnen in sommige gevallen gekoppeld worden om dbc-registratie te vergemakkelijken. De stand van zaken met betrekking tot ICT wisselt echter sterk per ziekenhuis. Het automatisch koppelen bijvoorbeeld werd genoemd in vijf van de zes ziekenhuizen²⁸. Dat gaat dan bijvoorbeeld via de

spreekuuragenda, of het OK-pakket. Ook is het mogelijk dat specifieke koppelingen worden aangebracht: *'Bijvoorbeeld cardiologie, standaard wordt altijd een ECG'tje gedaan als de patiënt poliklinisch wordt, klinisch ook, dus altijd als de patiënt hier komt, als de afspraak staat gepland, dan hangt aan de afspraak ook dat polibezoek en ook het ECG'tje' (F5)*. Daarnaast werd in twee gevallen, het AMC en het Erasmus, melding gemaakt van het programma ValueCare, dat fouten in de registratie direct lokaliseert en de gebruiker hier via een melding van op de hoogte stelt. Bijvoorbeeld wanneer een essentiële verrichting niet in een dbc zit, of een dbc een essentiële verrichting mist: *'Je stopt al je productie in het ZIS [Ziekenhuis Informatiesysteem] en ook in het externe systeem ValueCare en daar zitten slimme algoritmes is en die spugen dan allerlei lijstjes uit in de computer van de arts van hé, ik heb hier een eerste consult moet er niet ook een dbc geregistreerd worden?' (F1)²⁹*.

Met betrekking tot tijdigheid wordt in enkele ziekenhuizen bekeken of automatisch afsluiten tot de mogelijkheden behoort, zodat een dbc niet zinloos open blijft staan, terwijl declaratie mogelijk is omdat de behandeling is afgerond: *'Dat heeft een hele tijd geduurd voor dat voor elkaar was, dat is pas sinds twee maanden zover dat het zover is, het automatische afsluiten' (M2)*. In vier van de zes ziekenhuizen worden al dbc's automatisch afgesloten. Het gaat dan met name om dbc's die na 365 dagen afgesloten (wettelijk maximum) of dbc's die drie maanden na een operatie automatisch sluiten³⁰.

Doorvoerregeling vooruit

Doorvoerregelingen vooruit zijn gericht op het verhogen van de flexibiliteit in het systeem. Omdat flexibiliteit bij betrouwbaarheid van ondergeschikt belang is volgens het KAD-model, is hier niet verwonderlijk slechts één maatregel te vinden. Namelijk het feit dat correcties worden doorgevoerd door andere medewerkers dan de verantwoordelijke specialist. Hieraan ligt de idee ten grondslag dat de tijd van een specialist kostbaar is, dus wanneer geen sprake is van een structurele fout kan de uitvalmedewerker fouten ook corrigeren. Deze maatregel leidt tot een hogere mate van flexibiliteit in de registratie omdat oog wordt gehouden op het aanpassen van de diagnose of de behandelas als dit nodig is.

Doorvoerregeling terug

Doorvoerregelingen terug zijn bedoeld om het leervermogen te verhogen, zodat fouten slechts eenmalig voorkomen. Het leervermogen wordt wel van groot belang geacht voor betrouwbaarheid volgens het KAD-model. Het gaat bij deze maatregelen over het tot stand brengen van procesverbeteringen in de toekomst, door de stand van zaken te meten en door evaluatie wijzer te worden.

1. Steekproeven

In de eerste plaats zijn er de voor ieder ziekenhuis verplichte steekproeven waarmee de betrouwbaarheid van registratie wordt getest. Het aantal steekproeven dat wordt gedaan wisselt per ziekenhuis, op basis van de totale omvang van de dbc-productie en de foutfractie in het verleden. Zo worden in het Meander

1200 dbc's per jaar gecontroleerd, in het AMC 500 en in het Wilhelmina 200³¹. De steekproeven zorgen ervoor dat dbc's grondig gecontroleerd worden in plaats van op grove parameters zoals in de validatiemodule. De dbc kan ten opzichte van het papieren dossier worden gecheckt en in relatie tot andere dbc's, bijvoorbeeld eventuele parallelle of vervolgd dbc's of andere gelijkwaardige dbc's. De data afkomstig uit steekproeven wordt bijvoorbeeld in kwartaalrapportages teruggekoppeld aan de managers van de afdelingen. Indien hier opvallende resultaten uitkomen kan daaraan gewerkt worden. Wanneer bijvoorbeeld te snel parallelle dbc's worden geopend, of te weinig vervolgd dbc's worden geopend.

2. Rapportages

In de tweede plaats zijn er een groot aantal rapportages en controlerapporten die door dbc-personeel op verschillende plaatsen worden gegenereerd. Dat gaat allereerst om een vaak maandelijkse rapportages waarin kwantitatieve over data zoals geopende, gesloten en uitgevallen dbc's wordt bericht. Daarnaast zijn er kwartaalrapportages waarin de uitslagen van de steekproeven worden belicht. De steekproeven zijn bedoeld om de juistheid te verbeteren, omdat dbc's hierin met elkaar vergeleken worden en worden gecontroleerd op basis van het papieren dossier. Ook parallelle en vervolgd dbc's worden zo in de controle meegenomen. Deze maand- en kwartaalrapportages zijn terug te vinden in alle ziekenhuizen³².

Bovendien is het mogelijk om de informatie aantrekkelijker te maken voor managers door te werken met scorecards of zorgprofielen. In het AMC en het Erasmus werden dergelijke scorecards benoemd waarmee aan de hand van indicatoren de productie van een specialisme in kaart wordt gebracht door middel van grafieken. Op de scorecard is te zien hoe het staat met volledigheid, juistheid en tijdigheid (zie de fictieve scorecard in de bijlage). De manager kan zien hoeveel dbc's langer dan een jaar openstaan, wat de doorlooptijd van facturatie is of de verhouding tussen kosten en opbrengsten van B-dbc's³³.

Tot slot kunnen in verschillende ziekenhuis zorgprofielen worden gegenereerd om een beeld te schetsen van een specifieke dbc. In een zorgprofiel kan men bijvoorbeeld het gemiddelde aantal ligdagen voor een dbc terugvinden, maar ook welke verrichtingen plaatsvinden en met welke frequentie. Op die manier kan ook een gemiddelde prijs van de dbc worden bepaald. Managers, zowel bedrijfsmatig als medisch, kunnen vervolgens in overleg kijken waar verbetermogelijkheden liggen. Zorgprofielen kunnen worden opgeroepen wanneer men denkt dat een bepaalde behandeling beter zou kunnen, of aan de hand van uitschieters kunnen behandelingen beter onder de loep worden genomen. Een manager geeft als voorbeeld: *'Stel je voor dat er nou 8 verpleegdagen voor deze dbc zouden zijn, kunnen we daar wat mee? Kunnen we standaard maken dat iemand na 5 dagen weggaat? Dan maken we daar een soort protocol van, dat hebben we bijvoorbeeld voor de mamareducties gedaan, de borstverkleiningen, daar zaten we op 5, maar we hebben nu gezegd mensen kunnen al heel snel met een drain, met een soort kraantje naar buiten waardoor veel meer thuiszorg plaatsvindt. Dan wordt je profiel meteen een stuk lichter, en wat steviger' (M2)*. De toegevoegde waarde van scorecards en zorgprofielen boven de standaard

kwantitatieve rapportages is dat er juist ook kwalitatieve data uit te halen valt. Aan de hand van deze vormen van informatievoorziening wordt zo een directere en herkenbaarder link gelegd met de daadwerkelijk geleverde zorg.

Naast collectieve rapportage is ook sprake van individuele rapportage. In het Meander wordt hierover gezegd: *'We bouwen controlerapporten van hé: specialist, wij zien dit, waarschijnlijk onterecht openstaande DBC's of combinaties waarvan we zeggen hé dat klopt niet, dan hebben we controlerapporten en dat communiceren we terug naar de specialist'* (F3). Specialisten in veel ziekenhuizen krijgen te maken met uitvallijsten die verwerkt moeten worden. Specialisten kunnen daarbij ook de verantwoordelijkheid hebben voor aan aantal arts-assistenten zoals in het Erasmus. Het kan ook zo zijn dat de arts met aandachtsgebied of het afdelingshoofd de lijsten ontvangt die ze vervolgens verder doorspeelt.

3. Persoonlijke feedback

Naast feedback aan specialisten in de vorm van rapportages wordt persoonlijke feedback op de individuele registratie van artsen gebruikt. In sommige gevallen gaat deze persoonlijke feedback via een centrale persoon op de afdeling, zoals een specialist met dbc's als aandachtsgebied³⁴ of een zorgmanager van de afdeling³⁵. Zo is de gang van zaken op afdelingen in het AMC en het Antonius. Deze persoon kan vervolgens informatie doorspelen aan de specialisten, hameren op structurele fouten of een stuk instructie herhalen aan een specifieke arts. Daarbij is sprake van maatwerk afhankelijk van de hoeveelheid fouten, wat voor fouten en wie ze maakt³⁶. In het Erasmus ziekenhuis is echter bewust gekozen voor het geven van feedback rechtstreeks aan de betrokken specialist. *'Toen hebben we besloten om met name individueel alle dokters te benaderen en een medewerker aangesteld op het clusterbureau die zich bezighoudt met de uitval en ook met individuele instructie naar de dokter van wat doe jij fout, wat wordt er van jou verwacht. Want we merkten als je die dokters als groep aanspreekt, dan schiet dat niet op. Je moet echt iedereen terugkoppelen met wat doe je goed, wat staat er nog open...'* (M2). Eenzelfde benadering vindt plaats in het Meander waar ook een medewerker is aangesteld voor deze persoonlijke contacten. Deze contacten vinden plaats via e-mail of telefonisch³⁷.

4. Evaluatiebijeenkomsten

De afstemmingsbijeenkomsten genoemd bij de regelingen invoer kunnen ook hier genoemd worden, in zoverre dat hier ook geëvalueerd wordt en op basis daarvan nieuwe afspraken worden gemaakt. Zo kunnen dbc-personeel en specialisten overleggen over mogelijkheden om strategischer te registreren: *'Strategisch meer bijvoorbeeld dat als je iets op een bepaalde manier declareert dat dat iets gunstiger afsteekt dan als je het op een andere manier doet. Eigenlijk dat idee'* (S6). In het Meander bijvoorbeeld krijgt dit vorm in een klankbordgroep³⁸. Bij het overleg zijn (een aantal) betrokken specialisten betrokken

en dbc-personeel dat op de hoogte is van de landelijke regels. Zo kan men er zeker van zijn dat er geen onwettige afspraken worden gemaakt waarbij upcoding plaatsvindt.

Regelingen uitvoer

Tot slot zijn er maatregelen getroffen die ertoe dienen om de uitvoer te bewaken. Dat wil zeggen dat dbc's voor declaratie worden getoetst op betrouwbaarheid en waar nodig gecorrigeerd. Een tweetal maatregelen valt onder deze noemer.

1. Validatiemodule

De validatiemodule is de duidelijkste maatregel die correctie uitvoer bewaakt. De validatiemodule wordt verplicht door ieder ziekenhuis gebruikt en zorgt ervoor dat dbc's voldoen aan de basisregels van registratie van dbc's. De controle van de validatiemodule is echter uitsluitend op juistheid, want de module kan niet controleren of alles wel geregistreerd is en houdt zich ook niet bezig met tijdigheid. Met betrekking tot juistheid is de module bovendien niet waterdicht, omdat een groot aantal registratieregels niet zwart wit is. Bijvoorbeeld voor het openen van een parallelle dbc bij hetzelfde specialisme moet sprake zijn van minstens 40% extra kosten of tijd. Deze afweging kan uitsluitend gemaakt worden door de behandelend arts, de validatiemodule kan hier niet op controleren³⁹. Over de validatiemodule wordt dan ook kenmerkend opgemerkt: *'Uiteindelijk gaat dat door de validatiemodule, dat zie ik dan als een groot vergiet met hele grote gaten erin' (F3)*. De dbc's die uitvallen kunnen vaak gecorrigeerd worden door dbc-personeel en afhankelijk van het beleid van het ziekenhuis zal deze dan ook correcties doorvoeren of de lijsten doorsturen naar de betrokken specialisten.

2. Zwevende verrichtingen

Naast de validatiemodule levert de zwevende verrichtingenlijst een mogelijkheid op om de uitvoer te verbeteren. De zwevende verrichtingenlijst toont verrichtingen die niet aan een dbc gekoppeld zijn, bijvoorbeeld operaties. Het verwerken van de zwevende verrichtingenlijst, wederom door dbc-personeel, of specialisten die dit eventueel uitbesteden, vergroot de volledigheid van registratie.

Het is duidelijk dat er een groot aantal mogelijkheden is voor ziekenhuizen om de betrouwbaarheid te vergroten aan de hand van deze maatregelen. De meeste maatregelen liggen in het borgen van een juiste invoer, alsmede het verzorgen van leervermogen binnen het ziekenhuis. Ten behoeve van de flexibiliteit is weinig verzorgd en de regelingen gericht op de uitvoer zijn vooral afkomstig van het systeem zelf en beschermen de verzekeraars in het filteren van verkeerde dbc's. Onderregistratie wordt hiermee niet aangepakt. In de volgende paragraaf een overzicht van de knelpunten met betrekking tot betrouwbaar registeren die het proces bemoeilijken of in de weg staan.

6.3 Knelpunten

Nu alle maatregelen zijn genoemd die kunnen worden getroffen om betrouwbaarheid van registratie te borgen is een beeld geschapen van een goed lopend registratieproces. In werkelijkheid echter, worstelen alle ziekenhuizen op hun eigen manier met betrouwbaarheid. In geen enkel ziekenhuis zijn bovendien al bovenstaande maatregelen terug te vinden, maar een specifieke combinatie. In deze paragraaf wordt daarom de andere kant van het verhaal verteld. Aan de hand van voorbeelden en specifieke gevallen wordt een breed scala aan mogelijke problemen, maar ook mogelijke oplossingen voor deze problemen geschetst. Allereerst worden de knelpunten behandeld die hun oorsprong vinden in de dbc-systematiek zelf zoals die is opgezet door DBC-onderhoud en de NZa in samenwerking met de vakverenigingen. Vervolgens worden de knelpunten behandeld die samenhangen met de ziekenhuisorganisaties en de manier waarop het registratieproces daar is opgezet.

6.3.1. Systeemproblemen

In de inleiding werd genoemd dat een groot aantal ondersteunende specialismen een veelvoud van hun jaarsalaris zijn gaan verdienen door oneerlijke honorariumverdeling in de dbc's. Dit is echter slechts één voorbeeld van een onregelmatigheid in de dbc-systematiek waar specialisten, managers en dbc-functionarissen mee te maken hebben in de dagelijkse praktijk. Hieronder een overzicht van de meest genoemde problemen in het systeem, die het werken met dbc's bemoeilijken.

1. Teveel vs. te weinig

Een eerste hindernis die specialisten ervaren voor goede registratie is het grote aantal dbc's. In totaal telt de dbc-systematiek 29.000 dbc's, maar daarbij wisselt het per specialisme uit hoeveel dbc's te kiezen valt. Bij kindergeneeskunde bijvoorbeeld is sprake van meer dan 1000 dbc's waar uit gekozen kan worden. Een manager merkt hierover op: *'Er zijn specialismen waaronder kindergeneeskunde, wat zo uitgesplitst heeft die dbc's dat het een zinloze uitsplitsing is die enorm veel administratieve rompslomp kost om goed de DBC's te registreren'* (M4). Bij de verschillende specialismen hoort behalve een set eigen dbc's bovendien ook een set eigen registratieregels: *'Om alle verschillende specialismen mee te krijgen mochten de wetenschappelijke verenigingen hun eigen registratieregels verzinnen, dan kreeg je dus 22 verschillende registratieregels. Politiek was het mooi omdat je iedereen meekrijgt, maar het is natuurlijk moloch om daarmee te kunnen werken'* (F3). Het grote aantal dbc's en registratieregels is in de eerste plaats lastig voor de specialisten zelf, maar met name voor manager en dbc-functionarissen die rekening moeten houden met al deze verschillen bij het aansturen en ondersteunen van het registratieproces. Want niet bij alle specialismen is sprake van een groot aantal dbc's. Bijvoorbeeld bij gynaecologie, dermatologie en KNO geven specialisten aan dat het vrij overzichtelijk is: *'de ene dbc ontloopt de andere dbc niet. Dus dat maakt het heel eenvoudig bij ons vakgebied'* (S5), meldt een KNO-arts.

De grootste grief die men heeft in het omgaan met de grote hoeveelheid dbc's en de verscheidenheid aan registratieregels is de moeite die het kost de dbc's goed te kiezen en in te vullen. Met name instructie en afstemming is daarvoor van belang, zodat iedere specialist weet wat te registreren. Behalve dat betrouwbaarheid hierdoor onder druk komt te staan, heeft het gevolgen het verband tussen de werkelijkheid en het beeld dat de dbc's daarvan schetsen. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat er verschillen bestaan tussen ziekenhuizen in de keuze voor een bepaalde dbc bij een bepaalde patiëntengroep.

Aan de andere kant zijn artsen soms van mening dat er juist te weinig keuzemogelijkheden zijn, omdat nergens ruimte is voor het aangeven van zorgzwaarte in de dbc-systematiek. Het is niet mogelijk om onderscheid te maken in complexe of minder complexe gevallen van dezelfde diagnose. Een specialist vertelt: *'Het is krom dat alles op één hoop gegooid wordt. Bijvoorbeeld als je een correctie van een bot doet, dat kan een heel gemakkelijke zijn, maar dat kan ook een hele moeilijke zijn, maar alles is op één hoop gegooid'* (S2). Ook doet zich voor dat voor een behandeling nog geen dbc is ontwikkeld. In het geval van de bariatrische chirurgie (voor mensen met overgewicht) is er geen dbc voor het aanbrengen van een maagband. Deze behandeling is modern en komt steeds vaker voor, maar er is tot op heden geen dbc voor ontwikkeld (de Brauw, 2008)⁴⁰.

Het aantal dbc's is dus een probleemgebied, omdat aan de ene kant een te groot aantal dbc's administratieve rompslomp met zich meebrengt, maar aan de andere kant in het grote aantal dbc's geen mogelijkheid zit om onderscheid te maken in zorgzwaarte en voor enkele behandelingen dbc's ontbreken.

2. Te simpel vs. te complex

Naast problemen met het aantal dbc's is de omschrijving of de inhoud van dbc's een knelpunt: *'De tekst van de dbc's is soms heel ingewikkeld wat maakt dat een dbc voor meer uitleg vatbaar is, dat een ziektebeeld soms niet precies bij een dbc past, waardoor je verschillende dbc's voor hetzelfde ziektebeeld kan gebruiken'* (M5). Het doet zich ook voor dat een dbc wel past bij de diagnose, maar in combinatie met bepaalde verrichtingen niet door de validatiemodule komt. Het is dan ook van belang dat nauwkeurig wordt bekeken of de juiste dbc is gekozen en waar nodig afspraken worden gemaakt om in dezelfde gevallen hetzelfde te registreren. Maar zelfs met inachtneming van voorzorgsmaatregelen zal de specialist in sommige gevallen voor de 'best passende' dbc kiezen in zijn optiek⁴¹: *'Dan zeggen ze zelf ook, de instanties, je moet de meest passende diagnose registreren of de meest passende verrichting die erbij hoort. Zulk soort dingen is dan even lastig'* (F5). Het komt in deze gevallen neer op de expertise van de specialist. Wanneer de keuze is tussen twee dbc's die allebei aansluiten bij de patiënt zegt een specialist: *'Kijk, heel eerlijk, als ik een ... doe (..) en dat is via een opname, dan hebben we een boekje en weet ik precies wat wat opbrengt. Dan kies ik natuurlijk de DBC die het meest opbrengt en niet degene die het minste opbrengt'* (S2). Het probleem in de omschrijving van dbc's ligt er dan ook in dat te complexe of

specifieke beschrijvingen leiden tot een groot aantal dbc's en een zoektocht voor de specialist om de juiste dbc te kiezen. Maar wanneer omschrijvingen te simpel of generiek zijn is het eenvoudiger een dbc te vinden die aansluit, maar is de mogelijkheid tot upcoding groter omdat dbc's multi-interpretabel zijn. Bovendien is de afspiegeling van de werkelijkheid wederom niet optimaal omdat er weinig specifieke informatie geregistreerd wordt. Een arts geeft een heldere metafoor: *'Net als in logistiek verkeer, als een vrachtboot moet vertrekken van Amerika naar Nederland en je hebt allemaal containers die je niet helemaal vult, moet je wel alle containers afrekenen. Dat is heel simpel, heel eenvoudig, zoveel containers passen in een boot. Maar als ze niet goed zijn gevuld, dan kom je niet uit. En andersom is het ook zo dat we meer leveren aan die dbc dan die ons wil opleveren, dus je krijgt een vertekend beeld'* (S5). Doordat dbc's uitsluitend een omschrijving van de diagnose geven, maar niet de zorgzwaarte van de specifieke patiënt duidt zal bij sommige dbc's de relatie tussen kosten en opbrengsten positief zijn, maar in andere gevallen negatief.

In het verlengde van het kiezen van de best passende dbc zoeken de betrokken actoren naar manieren om slimmer te registreren. Hier wordt in vijf van de zes ziekenhuizen melding van gemaakt⁴². Het betekent dat actief wordt gekeken hoe er binnen de regels zo gunstig mogelijk kan worden geregistreerd, bijvoorbeeld in afstemmings- en evaluatiebijeenkomsten wordt hierover gesproken. Op die manier worden zoveel mogelijk inkomsten gegenereerd op basis van dezelfde patiëntenmix⁴³. Het slimmer registreren kan samenhangen met upcoding zoals dat is omschreven in hoofdstuk twee: *'Nou. Het leeft wel, orthopedie is echt, daar zijn hele... creatieve mensen in de perifere ziekenhuizen die heel creatief declareren. Dus dat is ook 1 van de specialismen waar het gebeurt dat volgens de normtijden die bepaald zijn volgens de dbc's, mensen in plaats van 8 uur gewoon 12 uur werken per dag zouden werken aan de hand van de declaraties die ze doen'* (M2). Door de meeste betrokkenen wordt over de eigen afdeling echter wel expliciet benoemd dat er niets onwettig wordt geregistreerd⁴⁴. Het gaat om het opzoeken van de grenzen om geen geld mis te lopen waar het ziekenhuis op basis van de registratieregels wel recht op heeft: *'We zijn meer ermee bezig nu hoe wij slimmer kunnen registreren, echt de maximum, dus dat we binnen de regels, wel binnen de regels blijven, maar zo slim mogelijk, zoveel mogelijk eruit kunnen halen'*(F4).

Een specialist in een academisch ziekenhuis zet hier een heel ander beeld tegenover: *'Ik ben er trots op en ben er ook blij om dat ik niet weet hoe die geldsystematiek in elkaar zit, want daar wil ik me dus niet door laten leiden hoe ik mijn patiënten beoordeel en wat voor diagnose ik stel'* (S1). Dit citaat geeft aan dat er ook afwijkende meningen zijn en niet iedereen zoekt naar mogelijkheden om zo slim mogelijk te registreren.

De complexiteit van zorg maakt het dus moeilijk om dbc's te maken met een heldere eenduidige omschrijving, zonder daarin te generiek of juist te specifiek te worden. Om de administratie van dbc's te versimpelen zijn eenvoudige generieke dbc's wenselijk, terwijl complexe specifieke dbc's de

mogelijkheden tot upcoding beperken omdat de vrijheid van de specialist om voor een bepaalde dbc te kiezen wordt beperkt.

3. Inbedding in ICT

Een derde knelpunt met betrekking tot de dbc-systematiek heeft te maken met de inbedding in ICT. De dbc-systematiek is voor een groot deel afhankelijk van goed functionerende en heldere computersystemen die registratie zo gemakkelijk mogelijk maken. Niet in alle ziekenhuizen is de ICT zo up-to-date dat dit het geval is. In het Radboud bijvoorbeeld is sprake van een eigen set verrichtingencodes die niet aansluiten op de landelijke verrichtingencodes. Deze moeten daarom allemaal eerst vertaald worden en het computersysteem moet vervolgens worden aangepast. Een bedrijfsleider legt uit: *'Je hebt CBV-codes voor zorgactiviteiten, die hebben wij niet, wij gebruiken onze eigen codes, VIC heten die. En die dingen zijn niet zomaar één op één aan elkaar te knopen. Dan denk ik ja lekker handig, want voor het DOT'ten moeten we CBV-codes gaan gebruiken voor zorgactiviteiten. Die bepalen namelijk de opbouw van de behandeling. En daar mag je niet je eigen code bij verzinnen. Dus een ander belangrijk project in dit huis is al die VIC-codes omzetten in een CBV-code'* (M3). In het Antonius ervaart men problemen met de koppeling van systemen, bijvoorbeeld van dbc's aan het EPD van patiënten. Dit probleem ontstaat doordat een groot aantal separate systemen naast elkaar wordt gebruikt: *'En zeker met de opkomst van DOT als je ziet hoe onze verrichtingen gecodeerd worden via allemaal separate systemen die niet koppelbaar zijn, het is een drama!'* (S4). In het AMC wordt melding gemaakt van een probleem in herleiden van wie een bepaalde dbc heeft geopend. Daardoor wordt de terugkoppeling van fouten wordt bemoeilijkt⁴⁵. Een oplossing voor al deze knelpunten ligt in het updaten van de computersystemen. Zo kampte ook het Wilhelmina voorheen met ICT-problemen die inmiddels tot het verleden behoren doordat het eigen informatiseringssysteem niet meer gebruikt wordt, maar registratie in het ZIS plaatsvindt⁴⁶. Investerings in computersystemen zijn echter duur, waardoor deze bijvoorbeeld in het Antonius nog op zich laten wachten: *'Dat ICT-systeem kost heel veel geld en dat wil men niet uitgeven, laat ik het zo zeggen'* (S4).

Maar zelfs wanneer de computersystemen in principe up to date zijn, doen zich knelpunten voor bij de inbedding in ICT. In koploperziekenhuis Meander geeft men aan dat het grote grijze gebied in de dbc-systematiek inbedding in ICT bemoeilijkt. *'Het meest lastige in DBC land is dat de registratieregels wit zwart en grijs zijn. Kijk wit en zwart kan je in je ICT goed inregelen, iets mag wel iets mag niet, maar grijs is lastig. (...) want bijvoorbeeld één van de regels is de 40%-regel, dat er bijvoorbeeld een tweede dbc geopend mag worden bij dezelfde patiënt binnen hetzelfde specialisme als de kosten minimaal, kosten en of tijd, minimaal 40% hoger is. Dat is een mooie. Probeer die maar in ICT in te brengen, dat is niet te doen, waar ligt de discussie'* (F3). Dit grijze gebied maakt het lastig om registratie van dbc's te automatiseren, want een computersysteem kan niet bepalen of er sprake mag zijn van een vervolg- of een parallelle dbc. Automatisch openen of sluiten van dbc's wordt hierdoor bemoeilijkt.

Het blijkt dus dat het allereerst van belang is om de computersystemen die worden gebruikt in de ziekenhuizen op elkaar af te stemmen zodat eenmalig aan de bron geregistreerd kan worden, in plaats van op verschillende plaatsen in verschillende systemen die niet aan elkaar gekoppeld zijn. Maar zelfs wanneer de ICT wel up to date is zijn er onmogelijkheden in de ICT-inbedding vanwege het grijze gebied waarin de afweging van de specialist doorslaggevend is, omdat de regels geen uitsluitel bieden.

4. Veranderende regels

Een laatste probleem dat samenhangt met het systeem als geheel is het feit dat het systeem nooit echt 'af' is. Sinds de invoer van de dbc-systematiek zijn er continue veranderingen aangebracht in registratieregels, tarieven en tabellen die gebruikt moeten worden om fouten uit het systeem te filteren en de dbc-systematiek te verbeteren. Het is aan de ziekenhuizen om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen en deze continu door te voeren binnen de specialismen. Dit probleem wordt door een dbc-functionaris vergeleken met Windows: *'Nou ik zie dat een beetje als windows hè, we hebben dat.. dat was goed en steeds weer verbeteren en verbeteren en toen kregen we opeens Vista. Het was maar aan elkaar geknoopt want aan de basis zaten een paar dingen niet helemaal goed, nou in DBC-land gebeurt dat ook. Alle kinderziekten, we maken weer een aanvullende beleidsregel of een registratieregels en op een gegeven moment kom je wel aan de grenzen en vraagt het wel heel veel tijd energie en geld om het met elkaar in de lucht te houden'* (F3). De oplossing ligt wellicht in het verbeterprogramma DOT, alhoewel dit op de lange baan is geschoven en er nog altijd aan gesleuteld wordt.

6.3.2 Procesproblemen

De systeemproblemen komen voort uit de dbc-systematiek zoals die in 2005 is opgezet en de ontwikkelingen die daarna hebben plaatsgevonden. Daarnaast doen zich echter problemen voor in het registratieproces op de afdelingen zelf die niet inherent aan het systeem maar aan het ziekenhuis zijn. Hieronder een overzicht van de knelpunten in het proces binnen de ziekenhuizen die betrouwbaar registreren bemoeilijken.

1. Arts-assistenten

Een veelgehoord probleem in met name de academische ziekenhuizen alsmede het Antonius ziekenhuis is de aanwezigheid van een grote hoeveelheid arts-assistenten⁴⁷. Arts-assistenten draaien net als medisch specialisten diensten en spreekuren en zijn op die momenten ook bevoegd om dbc's te openen: *'Om je een voorbeeld te geven wij hebben 33 arts-assistenten, die moeten ook spreekuur, die moeten poli's draaien en daar ook dbc's aan maken. We zien daar heel veel fouten optreden'* (S4).

Arts-assistenten zijn slechts een beperkte tijd verbonden aan het ziekenhuis: *'Want die assistenten wisselen voor de orthopedie 1x per jaar, dus je moet continu blijven opleiden en blijven terugkoppelen wat er goed gaat en wat er niet goed gaat'*(M2). Een (groot) aantal steeds wisselende arts-assistenten levert

instructieproblemen op. Eerst is het noodzakelijk dat de arts-assistenten bekend worden met de gang van zaken en de regels en afspraken in het betreffende ziekenhuis. Wanneer zij hier van op de hoogte zijn worden ze enige tijd later door nieuwe arts-assistenten vervangen die wederom instructie behoeven: *'Zeker in zo'n ziekenhuis waar je met een groot opleidingspotentieel dat we verwerken, elke periode of kwartaal weer een aantal nieuwe arts-assistenten binnenstromen die je ook weer moet trainen en die soms dingen toch niet goed begrepen hebben'* (M1). Een ander probleem schuilt in de gebruikersgegevens van de arts-assistenten. In het AMC bijvoorbeeld zijn voor de wisselende arts-assistenten inlognamen als arts-assistent 1 en arts-assistent 2. Dit maakt het lastig om feedback te geven aan de juiste arts-assistent omdat niet altijd terug is te vinden wie de dbc precies heeft aangemaakt⁴⁸. Om dit probleem te omzeilen kunnen uitvallijsten ook doorgespeeld worden naar de verantwoordelijke specialist of de arts met aandachtsgebied⁴⁹. Op die manier kunnen zij zelf instructie geven als ze dat nodig achten en hoeft niet de dbc-functionaris op zoek naar de juiste persoon. Een andere controlemogelijkheid is het checken van de aanmaak van dbc's aan het einde van elke dag: *'Nou worden de assistenten vaak altijd nog wel door de stafarts gecontroleerd, dus die checkt vaak een hele poli of een OK-dag of dat allemaal goed gedbc't is. Dus die controle hebben we nog wel'* (F2). Afhankelijk van de omvang van de opleidingsfunctie is de instructie en controle-inspanning groter of kleiner. Deze is in de algemene ziekenhuizen kleiner, wat overeenkomt met het feit dat problemen met arts-assistenten in het Meander en het Wilhelmina niet ter sprake is gekomen. Dit zijn beide algemene ziekenhuizen met een kleine opleidingsfunctie⁵⁰.

2. Onderregistratie

Onderregistratie betekent dat specialisten zaken niet registreren, waardoor ook onvoldoende gedeclareerd wordt en dat heeft financiële gevolgen voor het ziekenhuis. In het Antonius wordt opgemerkt: *'Je kunt ons ziekenhuis vergelijken met een Albert Heijn, waar tien verschillende schappen staan met producten en twee schappen daar is een gangpad daar hoef je niet langs de kassa en kun je zo naar buiten lopen. We geven dus dingen weg en dan gaat het een ziekenhuis op den duur failliet'* (S4). Onderregistratie kan zich op verschillende manieren voordoen. Het kan zijn dat er in zijn geheel geen dbc wordt aangemaakt voor een patiënt, maar het kan ook zo zijn dat er een te simpele dbc wordt geregistreerd of dat wordt verzuimd om mogelijke parallelle of vervolgdabc's aan te maken.

Het niet openen van een dbc zoals in het eerste geval, kan het gevolg zijn van drukte waardoor wordt vergeten om een dbc te openen. Zo wordt een voorbeeld gegeven van een specialist die 's nachts op de spoedeisende hulp drie patiënten opneemt die nog moeten ingevoerd, maar daar na een dag vrij niet meer aan denkt⁵¹. Een oplossing om dit te kunnen voorkomen is bijvoorbeeld dat de specialist wordt gedwongen een dbc te openen bij iedere opname of verrichting. Op die manier zullen deze patiënten ergens op een uitvallijst of bij de zwevende verrichtingen terecht komen en toch nog verwerkt worden.

Het tweede geval van het registreren van een te simpele dbc kan het gevolg zijn van onjuiste registratie doordat gegevens zoekraken. Met name wanneer met papiertjes wordt gewerkt is de kans groot dat gegevens niet juist worden ingevoerd: *'Met het invoeren in 2004 zijn wij erachter gekomen dat al die papiertjes die waren goedbedoeld, allemaal goed ingevuld maar dan verdwenen ze in het dossier, dan verdwenen ze daar dus dat was een onderregistratie'* (S3). Het laatste voorbeeld, het verzuimen van het openen van vervolg-dbc's werd specifiek genoemd in zowel het AMC als het Erasmus⁵²: *'En je mag die initiële dbc's na verloop van tijd afsluiten als de diagnose rond is en mag je een vervolgdbc openen en dat doen wij eigenlijk nauwelijks tot nooit'* (S1). Dit kan het gevolg zijn van onwetendheid bij specialisten.

Dergelijke voorbeelden geven aan dat de dbc-systematiek uiteindelijk betrouwbaarheid krijgt doordat de specialisten op de hoogte zijn van en goed werken met de registratieregels zoals die bestaan. De interne validatiemodule is met name geschikt voor het filteren van fouten in dbc's, maar is minder geschikt voor het herkennen van onderregistratie. Zoals al eerder gezegd is het een *'vergiet met grote gaten'* (F3) Met name interne controles die het ziekenhuis zelf inbouwt zijn daarom belangrijk. Zoals het al eerdere genoemde automatisch openen en sluiten, maar ook een programma als ValueCare dat als het ware *'meedenkt'* met specialisten vormt een oplossing. Tot slot is bronregistratie een mogelijkheid om onderregistratie te voorkomen. Op die manier wordt immers geregistreerd direct na opname of behandeling door de verantwoordelijke specialist: *'Dus idealiter wil je bronregistratie. Wil je dat de rekening aangemaakt wordt op het moment dat de patiënt voor het eerst bij je is'* (S4)⁵³. Op deze wijze kunnen er geen gegevens kwijtraken of vergeten worden.

3. Administratieve last

Een derde knelpunt dat in elf van interviews ter sprake kwam is de administratieve last die gepaard gaat met dbc's⁵⁴: *'Daarnaast is het tijdrovend naar mijn gevoel, ik heb steeds meer het idee dat ik meer bezig ben met de computer dan met de patiënt zelf, dus dat ik meer met de administratie bezig ben, daar ben ik geen dokter voor geworden'* (S2). Registratie is echter niet geheel nieuw, voorheen was immers de verrichtingenadministratie verplicht. Het nieuwe van de dbc-systematiek is er inmiddels ook voor een groot deel af: *'inmiddels is het onderdeel van hun eigen doen en laten geworden en zit het bij ons ook in het Elektronisch Patiënten Dossier'* (M5). Wat wel blijft is de hectiek die specialisten dagelijks ervaren in het ziekenhuis, alsmede het werken tijdens nachtelijke uren en met overdrachten tussen specialisten waardoor het administreren soms blijft liggen⁵⁵.

Het lastige is te bepalen wanneer een administratieve last te groot is. Vanuit het argument dat een arts niet gestudeerd heeft om te administreren is dit al snel het geval: *'Een specialist, en iemand die in de zorg betrokken is, heeft bewust voor een vak gekozen om mensen beter te maken, dus alle administratieve zaken die daar omheen hangen is niet waar een dokter blij van wordt'* (F3). In vergelijking met de verrichtingenadministratie kan ook geopperd worden dat er niet veel meer geregistreerd moet worden dan

vroeger: *'Het is ook helemaal niet zo dat je veel moet administreren. Je moet kiezen uit een lijst wat de diagnose is, je moet bijhouden wat je behandeling is en je moet je operatieverrichtingen registreren, dat moest je toch al, want daar werd je vroeger ook voor betaald. Ik vind het wel meevallen qua administratieve werklast'* (M2).

Toch is het vanwege de tijdsdruk die specialisten ervaren, alsmede het feit dat hun tijd zeer kostbaar is, aantrekkelijk om de administratieve last zo ver mogelijk te beperken zonder de verantwoordelijkheid voor de eigen dbc's weg te nemen. Managers en dbc-functionarissen denken dan ook mee over het verlichten van de administratielast voor specialisten. Een manager stelt: *'Een uur van een dokter is schrikbarend duur in vergelijking met wat een secretariële medewerker kost. Ik heb liever dat hij in het spreekuur nog een patiënt kan zien, dan dat er patiënt in het spreekuur af moet omdat de administratieve last te groot geworden is. Dat heb ik liever niet'* (M3). Het beperken van administratielast gebeurt bijvoorbeeld door eenvoudige foutcorrecties door dbc-medewerkers te laten doen, alhoewel hiermee ook het leervermogen van de specialist beperkt kan worden. Bovendien is er veel aandacht voor instructie, want hoe beter specialisten weten hoe het systeem in elkaar zit, hoe eenvoudiger het wordt om te registreren. Een arts geeft aan dat goed dbc'en ook door goed anticiperen wordt vergemakkelijkt: *'Iedere keer als ik een patiënt zie bedenk ik me of ik de oude moet afsluiten en een nieuwe moet maken'* (S2). Door hier bij voorbaat al over na te denken worden fouten later in het proces voorkomen, zodat de dbc niet uitvalt en weer terugkomt of sprake is van onderregistratie omdat een vervolgd dbc geopend had mogen worden. Automatische koppeling van verrichtingen en het automatisch openen en sluiten van dbc's is ook een belangrijk instrument in het verlichten van de administratielast: *'je zou ook veel meer die IT-koppelingen kunnen maken waardoor je die diagnose en die behandeling gewoon kan laten afleiden'* (M2). Tot slot is de inzet van ondersteunend personeel voor registratiewerkzaamheden een oplossing.

6.4 Conclusie

In dit hoofdstuk is ingegaan op de manier waarop betrouwbaarheid van de dbc-registratie wordt georganiseerd op ziekenhuisafdelingen, door de dbc-systematiek zo effectief mogelijk in te richten. Allereerst is aangetoond dat betrouwbaarheid een hoge prioriteit heeft in ziekenhuizen vanwege de financiële gevolgen voor zowel het ziekenhuis als de specialist. Met name in algemene ziekenhuizen is daarbij de financiële prikkel voor specialisten om optimaal te registreren groot. Het is bovendien gebleken dat er een groot aantal maatregelen getroffen wordt om de betrouwbaarheid te verhogen. Met name voor het verzorgen van een juiste invoer door specialisten en het vergroten van het leervermogen is een groot aantal maatregelen opgesomd. Flexibiliteit in het systeem is in de maatregelen ondervertegenwoordigd wat overeenkomt met een focus op betrouwbaarheid volgens het KAD-model. Het is immers belangrijker dat er strakke controles en afspraken zijn, om de verschillende specialisten op één lijn te krijgen. Het is juist belangrijk dat de flexibiliteit hierin beperkt wordt, zodat verschillende specialisten niet verschillend registreren. Regelingen voor het borgen van een goede uitvoer zijn allen afkomstig uit de dbc-systematiek

zelf. Hiermee wordt upcoding beperkt, maar onderregistratie wordt niet aangepakt. Wellicht liggen hier mogelijkheden ter verbetering.

De knelpunten die betrouwbaarheid in de weg staan zijn ook ruim in aantal. Een groot aantal is daarbij inherent aan het systeem zoals dat in 2005 is opgezet. Een aantal kinderziekten zijn inmiddels overwonnen, maar er blijven problemen bestaan. Deze hangen bijvoorbeeld samen met het grote aantal dbc's en de continu veranderingen die hierin zijn aangebracht. Daardoor is geen sprake van een eenduidig systeem, maar van verschillende spelregels binnen hetzelfde systeem. Dit levert vooral problemen op voor dbc-functionarissen en managers die het overzicht dienen te bewaren en het registratieproces stroomlijnen en ondersteunen. Ook de inbedding in ICT is een groot probleem, vanwege de hoge kosten die dit met zich meebrengt.

Concluderend mag gesteld worden dat het registratieproces van dbc's een lastig en uitgebreid proces is met grote verschillen tussen specialismen. Niet alleen het systeem zelf, maar ook de ziekenhuisomgeving waarin deze gebruikt wordt werpt obstakels op voor de specialisten, managers en dbc-functionarissen die ermee werken. Door de jaren heen zijn echter een groot aantal maatregelen ontwikkeld om toch een betrouwbare registratie te garanderen en dit heeft ook een hoge prioriteit in de ziekenhuizen. Immers, volledig juist en tijdig registreren is noodzakelijk om geld in het laatje te brengen. Een verklaring voor de focus op betrouwbaarheid is te vinden in enerzijds de financiële prikkel en anderzijds het bedrijfsmatige karakter van de dbc-systematiek die aanzet tot structuuroplossingen. Een andere verklaring voor deze focus is echter wellicht ook te vinden in de betekenis die de dbc-systematiek krijgt voor zorgprocessen. Met deze noot komt hoofdstuk zeven in zicht, dat verder ingaat op de betekenis die wordt gegeven aan de dbc-systematiek en wordt getracht de dbc-systematiek zo te organiseren dat het in staat is betrokkenen te binden en boeien. Het zijn tenslotte de specialisten en ondersteuners die een belang moeten ervaren om goed te registreren, anders zullen structurele maatregelen niet voldoende zijn,

7. Organisatiegebied II: Betekenis

In het vorige hoofdstuk is ingegaan op het organiseren van betrouwbaarheid in de registratie van dbc's. In dit hoofdstuk is opgemerkt hoe belangrijk het is om de dbc-systematiek op de juiste manier in te bedden in de processen en ICT van het ziekenhuis. Ook is duidelijk geworden welke knelpunten in het systeem zelf te vinden zijn en hoe de ziekenhuizen hier oplossingen voor vinden. In dit hoofdstuk gaat de aandacht uit naar een ander aspect van het organiseren van de dbc-systematiek. Het gaat om de dbc-systematiek betekenisvol georganiseerd om professionals te binden en boeien. Daarbij staan nut en noodzaak, centraal die mensen beïnvloeden in de wijze waarop ze met dbc's omgaan. Het gaat in dit hoofdstuk dan ook om het waarom van de dbc-systematiek, in tegenstelling tot het hoe uit hoofdstuk 6. In de eerste plaats wordt in 7.1 gekeken hoeveel prioriteit er in ziekenhuizen bestaat om een heldere betekenis te organiseren en welke invulling deze krijgt vanuit verschillende invalshoeken. Vervolgens wordt in 7.2 aandacht besteed aan de maatregelen die worden genomen de betrokken actoren te motiveren op een goede manier met dbc's om te gaan. In 7.3 wordt vervolgens een overzicht geschetst van de knelpunten die dit lastig maken. Tot slot wordt in 7.4 de conclusie gepresenteerd.

7.1 Invulling van betekenis

Allereerst is het van belang aan te geven in hoeverre de betekenis van dbc's prioriteit heeft op de ziekenhuisafdelingen. Het gaat dan om de inspanning die wordt geleverd om nut en noodzaak van de dbc-systematiek over te brengen op de betrokkenen zodat zij zich inzetten om het functioneren van dbc's te verbeteren. Vervolgens wordt vanuit verschillende invalshoeken aangegeven wat de betrokkenen zien als nut en noodzaak van dbc's.

7.1.1 Betekenis op de agenda

Waar betrouwbaarheid hoog op de prioriteitenlijst van ziekenhuizen te vinden is, wordt over de betekenis van de dbc-systematiek weinig gesproken. Dat betekent echter niet dat het geen rol speelt op de afdelingen, omdat het wel zijn weeslag heeft op het handelen van de betrokkenen. Specialisten die dbc's als een nutteloos systeem zien zijn minder geneigd betrouwbaar te registreren dan specialisten die er wel het nut van inzien. Belangrijkste oorzaak achter de lage prioriteit is ook dat dbc's niet meer 'nieuw' zijn zoals in 2005 en daarom minder over het waarom wordt gesproken⁵⁶. Bovendien zijn dbc's een verplichting en voor veel specialisten een financiële noodzaak, wat de noodzaak voor verder benadrukken van de noodzaak beperkt⁵⁷.

7.1.2 Nut en noodzaak van dbc's

Betekenis is in tegenstelling tot betrouwbaarheid geen overzichtelijk en rationeel onderwerp. De respondenten zijn ook niet te verdelen in voor- of tegenstanders van de dbc-systematiek. Een groot aantal positieve en negatieve zaken wordt geassocieerd met dbc's wat leidt tot een breed scala aan grijstinten in het gevoelde belang van dbc's. Dat betekenis geen prominente plek inneemt op de agenda van de ziekenhuisafdelingen betekent niet dat mensen er geen ideeën over hebben. Hieronder een overzicht van de genoemde redenen waarom dbc's nuttig en noodzakelijk kunnen zijn. In de volgende paragrafen wordt vervolgens aandacht besteed aan de kanttekeningen die hierbij worden geplaatst en de inspanningen die worden geleverd om nut en noodzaak over te brengen op specialisten en andere betrokkenen.

Financiering

Op de eerste plaats is de dbc-systematiek een financieringssysteem. Logischerwijs hangen nut en noodzaak dan ook voor een groot deel samen met vergoeding van behandelingen en beloning voor specialisten.

1. DBC=geld

Een dbc is op de eerste plaats simpelweg een nota en daarom geld. Registreren is belangrijk omdat anders inkomsten worden misgelopen. In 2005 was het financieel belang nog beperkt en was er uitsluitend een registratieplicht. Inmiddels geldt bij het B-segment dat declaratie volledig afhankelijk is van dbc's en in het A-segment de honorarium-component. Met het oog op de toekomst lijkt het financieel belang uitsluitend groter te worden. Wanneer zowel de invoer van DOT als uitbreiding van het B-segment plaatsvinden. Voor specialisten is dit belangrijke drijfveer en wordt dan ook genoemd door vijf van de zes specialisten⁵⁸. Ook is dit een belangrijke noodzaak voor de managers die zich bezighouden met de financiële huishouding van de afdeling of het ziekenhuis en de dbc-functionarissen die op centraal niveau ook betrokken zijn bij de budgetten⁵⁹: *'ze moeten wel het belang inzien voor de afdeling. Voor het budget van de afdeling' (F2)*

2. Loon naar werken

Een idee dat verder wordt geassocieerd met dbc's is prestatiebekostiging. In tegenstelling tot het leveren van een grote som geld op basis van algemene parameters zoals gebeurde bij functiegerichte budgettering, ontvangt het ziekenhuis en de specialist een bedrag dat is toegespitst op de behandelingen die zijn geleverd. Een viertal respondenten waaronder slechts één specialist, gaf expliciet prestatiebekostiging aan als mogelijk positief nut van de dbc-systematiek⁶⁰. Een tweetal is opgemerkt dat er twijfels zijn bij prestatiebekostiging, maar het toch ten minste beter is dan de ouderwetse functiegerichte budgettering. Dit op basis van het argument dat het *'niet meer van deze tijd is, zeker niet als je ziet om hoeveel miljarden het gaat' (M3)*.

3. Kostenbesparing

Tot slot melden een tiental respondenten expliciet dat de dbc-systematiek kostenbesparing ten doel heeft⁶¹: *'DBC's is niks anders dan een structuuroplossing voor een ander probleem dat is van hoe houden we de kosten van elkaar in de grip' (F3)*. Zoals in hoofdstuk 1 is laten zien stijgen de kosten van de gezondheidszorg ieder jaar en is de overheid daarom op zoek naar manieren om zorg efficiënter in te richten en minder geld te laten kosten. Ook voor ziekenhuizen zelf is het noodzakelijk om oog te houden op de kosten, zodat die niet uit de hand lopen. Alhoewel geen enkele respondenten blij is met kostenbesparingen achten ze het wel een legitieme reden om actie te ondernemen. De dbc-systematiek is daarmee als het ware een noodzakelijk kwaad, alhoewel verschillende respondenten liever hadden dat het probleem anders was aangepakt, omdat de kosten nu alsnog stijgen⁶².

Inzichtelijkheid

In de tweede plaats wordt de dbc-systematiek gezien als een mogelijkheid om inzicht te verwerven in wat zich afspeelt in het ziekenhuis. Dit inzicht kan verschillende doelen dienen die gunstig zijn voor het ziekenhuis en de specialisten.

1. Communicatie

Allereerst kan inzicht nuttig zijn zodat partijen onderling beter met elkaar kunnen praten over zorg. Dbc's bieden de mogelijkheid om op basis van harde data te praten over zorg. Een goede registratie is daarvoor noodzakelijk, omdat anders een vertekend beeld ontstaat in de gesprekken. Het gaat dan om gesprekken met betrekking tot de inrichting van zorgprocessen, waarbij intern tussen specialisten of managers wordt overlegd. Maar ook over de gesprekken tussen ziekenhuizen en verzekeraars in de onderhandelingen over kostprijzen⁶³ en over gesprekken tussen management en de raad van bestuur in de verantwoording van de prestaties van op de afdeling⁶⁴: *'Al bij al is de DBC-systematiek wel zodanig dat je beter kan communiceren over het product. Zowel intern, maar ook in benchmark, naar je verzekeraar, dadelijk ook naar de politiek toe' (F3)*.

2. Mogelijkheden tot efficiencyverbeteringen

Inzicht kan op de tweede plaats leiden tot efficiencyverbeteringen. Bijvoorbeeld middels zorgprofielen kan bekeken worden hoe de zorg beter kan worden ingericht en waar mogelijk kosten bespaard kunnen worden⁶⁵: *'Ze kijken van binnen deze dbc wat is het zorgprofiel, klopt dat met wat we denken dat het moet zijn. Zijn we dan goed bezig met registreren enerzijds en anderzijds als dit is zoals het is zijn we daar dan tevreden over' (S4)*. Een specifiek voorbeeld van een efficiëncyslag die de kosten beperkt per patiënt: *'Maar die crème die was voor 2 grams tubetje, dat is helemaal niks, was die 330 euro ex btw. De dbc die eraan hangt levert 750 euro op. Als je dan bij iemand een groter gebied doet doe je er meer crème op dan de dbc opleverde. Dus hebben we samen met de apotheek bedacht dat we het spul zelf gingen maken. Dus maakten we zelf dat spul. En dat was vele malen goedkoper' (S6)*. Er worden ook twijfels geuit over

verbeteringen die worden aangebracht op basis van gegevens over kosteneffectiviteit, omdat een efficiencyverbetering niet per se een verbetering voor de patiënt inhoudt. Tot slot uit een specialist zijn twijfel in het aandeel van de dbc-systematiek in de ontdekking van dergelijke efficiencyvoordelen: *'Ik denk niet dat je dbc's credit kan geven voor het feit dat misschien binnen een aantal specialismen zorgpaden opnieuw gedefinieerd, of er meer gekeken wordt naar onderliggende profielen, ik weet niet of dat daardoor komt' (F1).*

3. Kostenbewustzijn

In samenhang met de mogelijkheden tot efficiencyverbeteringen leidt de dbc-systematiek tot een groter kostenbewustzijn op de afdeling⁶⁶. Een arts geeft een voorbeeld: *'Bijvoorbeeld een kweek van slijm. Dat is hartstikke duur! Weten wij veel. Een kwakje slijm, dat gaat naar het lab en dan heb je na drie dagen antwoord. Dan heb je geen idee dat dat zo duur is. Maar daar zit een hele procedure met stoven en erin en eruit en enten.. natuurlijk heel veel manuren zitten daarin dus dat kost geld. En dan denk je ik heb al een sputumkweek van drie maanden geleden, moet ik er dan weer eentje hebben? Dus je gaat wel anders denken, tuurlijk, het is zeker goed om prijsbewust te zijn' (S1).* Door dbc's te registreren en kosten in kaart te brengen worden specialist zich bewuster van wat behandelingen kosten en daardoor worden zij wellicht ook zuiniger. Dit is met name een voordeel voor managers die zich bezighouden met de financiën van de afdeling⁶⁷.

4. Verantwoording afleggen

Een vierde nut tot slot dat inzicht middels dbc's dient is het afleggen van verantwoording naar bijvoorbeeld de raad van bestuur. Deze noodzaak is uitsluitend in het Erasmus expliciet aan de orde gekomen⁶⁸: *'Ik denk dat het uiteindelijk wel uitmaakt, want je moet een zekere prestatie laten zien naar het ziekenhuis toe vanuit je afdeling ook al ben je in loondienst, maar heel veel mensen realiseren zich dat niet' (S2).* Het afleggen van verantwoording wordt ook weer gekoppeld aan de kostenbesparingen in de gezondheidszorg en het feit dat in zwaar weer beter moet worden aangetoond dat geld nuttig besteed wordt.

Het is duidelijk dat een groot aantal redenen aangewezen zijn die nut en noodzaak van dbc's ondersteunen. Dit wil echter niet zeggen dat specialisten blij zijn met de dbc-systematiek en bovendien zijn er ook een groot aantal kanttekeningen geplaatst bij de opsomming hierboven.

7.2 Maatregelen

In de verschillende ziekenhuizen zijn een aantal specifieke maatregelen aan te wijzen die eraan bijdragen dat iedereen de noodzaak ervaart van een goede registratie. De meeste van deze maatregelen richten zich niet expliciet op het verspreiden van een bepaalde betekenis van dbc's maar dragen wel bij aan de

beeldvorming. Het zijn met andere woorden maatregelen die het gevoelde belang om te registreren verhogen.

7.2.1 Achter de broek aan zitten

De meest genoemde maatregel om mensen te doordringen van het nut van dbc's is een continue herhaling van het feit dát het moet en hoe het moet. Deze aanjagende werking kan uitgaan van managers, maar ook vanuit de decentrale dbc-consulent of de arts met aandachtsgebied (key-user) die collega's doordringt van het financieel belang. In het Erasmus stelt de decentrale dbc-consulent dat de bereidheid van specialisten in de loop der jaren flink is toegenomen. Op de vraag waar die bereidheid vandaan komt wordt geantwoord: *'Ja, waar komt het vandaan, nou sowieso ze moeten gewoon, afdelingshoofden zitten er flink achteraan ik denk dat dat ook wel scheelt. Dat is het enige wat helpt' (F2)*. Daarnaast wordt de bijdrage van de dbc-consulent aangedragen als factor in het verhogen van de bereidheid te registreren: *'Hoe proactiever die consulent en hoe interessanter de arts het ook vindt, hoe vanzelfsprekender dat hij moet registreren hoe hoger de kwaliteit. Daar is wel een directe relatie in' (F1)*. De kracht van een decentrale dbc-consulent zit daarbij in het feit dat deze dichter op de specialisten zit dan een centrale dbc-functionaris en dus ook specifiekere hulp kan bieden en feedback verschaft. Het is voor een decentrale medewerker wel belangrijk dat ook afdelingshoofden en key-users hameren op het belang van dbc's want er is geen hiërarchische lijn tussen dbc-consulent en specialisten of arts-assistenten⁶⁹: *'Ik denk dat het heel veel scheelt als je een afdelingshoofd en een key-user hebt die ermee aan de slag gaan. Want als die het ook links laten liggen kun jij van de administratie ze wel achter de broek aan zitten maar dat maakt dan nogal weinig indruk' (F2)*.

In het Erasmus zijn in dit kader nog enkele andere creatieve maatregelen ingezet om dbc's onder de aandacht te brengen, zoals de organisatie van een dbc-pizza-avond en het uitreiken van de dbc-prijs voor de beste dbc'er van de maand. Allen mede bedoeld om de prioriteit die dbc's hebben te vergroten, naast uiteraard het vergroten van de betrouwbaarheid van registratie⁷⁰.

7.2.2 Interne budgettering

Een andere maatregel die bijdraagt aan het verhogen van het gevoelde financiële belang is het gebruiken van de dbc-registratie bij de interne budgetverdeling. Zo wordt in het Radboud het interne budget per afdeling, ook voor afdelingen met uitsluitend A-segment, mede gebaseerd op de geproduceerde dbc-waarde. Hierdoor is er een directe noodzaak om zo goed mogelijk te registreren voor de betrokken specialisten en managers: *'Die waarde wordt gebruikt voor het interne verdeelmodel van interne budgetten, dus als je een hoge waarde creëert die je formeel declareert kunnen wij via het interne model meer geld krijgen' (M3)*. Ook in het Erasmus wordt een dergelijke maatregel ingezet. De afdelingsbudgetten zijn geschoond op B-dbc's. Het budget wordt vervolgens aangevuld met de productiewaarde van de geregistreerde B-dbc's: *'Dus we zijn geschoond voor het deel B-dbc's en dat*

moeten we ook terugverdienen. Ook om organisatiebreed ervoor te zorgen dat het tot verbetering leidt van registratie' (M2). In het Antonius en het Wilhelmina is de budgetverdeling nog niet gebaseerd op de geproduceerde dbc-waarde, maar wordt er wel aan gewerkt om een dergelijke interne verdeling toe te passen⁷¹. In het Wilhemina gebeurt dit door het creëren van specialisteneenheden, waarbij een specialist in combinatie met een middenmanager verantwoordelijk is voor de financiën van een eenheid. Dbc-productie kan daarbij op termijn een rol gaan spelen: *'En als dat helemaal wordt doorgesleuteld, dus helemaal zelfstandige eenheden worden, dan zou je kunnen praten over budget dat gerelateerd is aan je omzet' (S6).* Het grote voordeel van het gebruiken van dbc-waarde bij interne budgetverdeling is dat los van de honorariumcomponent medewerkers rechtstreeks ervaren dat dbc-registratie geld oplevert voor het ziekenhuis en daarmee de mogelijkheden voor hun eigen beroepsuitoefening beïnvloedt.

7.2.3 Vertaling van dbc's in zorggerelateerde informatie

De derde set maatregelen die kan worden getroffen hangt niet samen met het financiële belang, maar met de inzichtelijkheid in zorg die dbc's kunnen leveren. Zoals bekend zijn dbc's niet meer dan nota's. Met name voor managers op de afdelingen leveren dbc's relevante informatie omdat ze iets zeggen over kostprijzen, efficiency en dergelijke⁷². De interesse van specialisten en andere zorgmedewerkers in deze gegevens is echter beperkt, omdat er geen link wordt gelegd met de daadwerkelijke zorg die wordt geleverd. Kostprijzen zijn interessant voor bedrijfsleiders en raad van bestuur, maar wekken veelal niet de interesse van specialisten. Zorgprofielen zoals die worden gebruikt in alle ziekenhuizen, alsmede scorecards of kwadranten zoals in het AMC worden toegepast kunnen helpen deze interesse te vergroten: *'En dan kun je wel via hele slinkse wegen hem op een aantal dingetjes wijzen door bijvoorbeeld van zijn belangrijkste dbc's zijn profielen te laten zien. Of van een ander ziekenhuis of wat verzekeraars vinden en dat soort dingen vind je dan wel grappig om te zien, als je meer richting zijn eigen belevingswereld komt' (F1).* Ook het koppelen van kostprijzen en efficiency aan zorgprocessen wekt interesse. Bijvoorbeeld wanneer specialisten wordt gevraagd mee te denken over de inrichting van zorgprocessen en hoe deze beter kunnen worden gemaakt voor de patiënt⁷³. Denk hierbij aan specifieke poli's zoals de mamapoli en slim uitgedachte zorgpaden of one-stop-shops.

7.3 Knelpunten

Naast maatregelen zijn echter ook een groot aantal knelpunten aan te wijzen die de verspreiding van een positieve beeldvorming bemoeilijken, alsmede de invloed van de genoemde maatregelen beperken. Het gaat dan zoals in hoofdstuk 5 om knelpunten die inherent zijn aan de dbc-systematiek zoals die is opgezet en knelpunten die samenhangen met de ziekenhuisorganisatie.

7.3.1 Direct vs. indirect financieel belang

Een eerste knelpunt is rechtstreeks gekoppeld aan de opzet van de dbc-systematiek. Zoals eerder genoemd ervaren specialisten in een maatschap een directe financiële prikkel om goed te registreren. Een optimale registratie betekent een optimale beloning voor de specialist. Specialisten in loondienst, zoals in academische ziekenhuizen en in bepaalde specialismen, ervaren slechts een indirecte financiële prikkel. Dit leidt tot een verminderde sense of urgency stellen nagenoeg alle respondenten⁷⁴: *'En je merkt ook diegenen die er niet voor hun inkomen van afhankelijk zijn, en dat is niet allemaal bewust, maar omdat ons inkomen ervan afhankelijk is zijn we er veel meer op gespist. Dus wij hebben daar belang bij dat het volledig en goed geregistreerd wordt' (S3). 'En een kinderarts heeft daar gewoon geen belang bij, dat is menselijk. Dus er is wel een wil er is geen onwil maar de sense of urgency is minder' (M4)*. Een specialist / afdelingshoofd in een UMC ligt verder toe: *'Wij zullen nooit van nature gemotiveerd zijn om heel goed op de dbc's te letten want dat interesseert ons niet en het gaat ons ook niet interesseren. (...) Dus je zult 100% zeker een minder goede registratie krijgen in een academisch ziekenhuis dan in een perifeer ziekenhuis waar maatschappen zitten (S1)'*. Wanneer specialisten geen directe financiële prikkel ervaren zal registratie minder zijn, zo wordt gedacht. Of dit bewust of onbewust is blijft daarbij in het midden.

Voor arts-assistenten is de prikkel ook indirect, daarbij zijn zij slechts tijdelijk aan het ziekenhuis verbonden zijn. *'Je bent heel lang arts-assistent, dan krijg je toch wel je loon, weet je wel, waarom zou ik die dbc invullen want waarom zou ik hem goed invullen want dat merk ik toch niet' (S2)*. Wanneer arts-assistenten aan het eind van hun assistentschap komen en werken in een eventuele maatschap dichterbij komt wordt de interesse wel groter: *'Wat mensen gaan merken in het laatste van jaar van hun AIOS van hun opleiding, is het frappant, in het laatste jaar voor ze echt specialist worden gaan ze zich opeens veel meer interesseren in hoe die dbc precies werkt' (M2)*.

Bewust of onbewust, een rechtstreekse financiële prikkel leidt tot een nauwkeuriger registratie. Niet voor niets is de registratietrouw in maatschappen zo verbeterd sinds 2008. Een dbc-functionaris in een algemeen ziekenhuis vertelt: *'Vroeger nouja, was dbc-registratie nog een registratieplicht maar werd er anders gefinancierd, toen had iedereen zoiets van het is mooi dat jullie dat zeggen, maar wat heb ik eraan, niks, hè, en zoveel jaar later hoor ik dezelfde specialist zeggen: 'jongens, eerst gaan we reanimeren en daarna gaan registreren'. Nou, dat geeft wel aan hè, hoeveel prioriteit het krijgt' (F3)*.

In een UMC oppert een manager: *'Ik heb weleens voorgesteld kunnen we dat niet koppelen aan hun salaris maar dat kon binnen de huidige CAO kon dat niet' (M2)*. Aangezien dit niet binnen de mogelijkheden ligt biedt het gebruik van dbc-waarde in het verdeelmodel van interne budgetten wellicht soelaas in UMC's.

7.3.2 Negatieve beeldvorming marktwerking

Een tweede knelpunt is de negatieve beeldvorming die de betrokkenen hebben bij de dbc-systematiek, gestoeld op het idee dat marktwerking in de zorg 'slecht' is en niet werkt. Er wordt gewezen op de perverse effecten van marktwerking, namelijk dat zorgbestuurders en specialisten zich laten leiden door financiële afwegingen en lucratieve zorg prioriteit geven boven niet kosteneffectieve, maar wel zeer noodzakelijk zorg. Het gaat in dit geval bij de respondenten veelal om een vrees dat 'anderen' zich hier schuldig aan maken. Specialist in academische ziekenhuizen wijzen naar specialisten die in maatschapverband werken: *'Een heel ander soort mensen [red. in algemene ziekenhuizen], die richten hun zorg in om de prijs van de dbc heen. En dat doen ze keurig volgens de regels van de wet, daar zit helemaal niks fouts bij, maar ze doen het wel helemaal precies volgens de regels om er wel het maximale uit te halen'* (S1). Specialist in algemene ziekenhuizen wijzen op de aanwas van ZBC's die *'de krenten uit de pap eten'* (S4): *'dat je overal ZBC's krijgt in het land van mensen die één ding eruit pikken wat veel geld oplevert en dat gaan doen'* (S6). Marktwerking levert als het ware een perverse prikkel op om zoveel mogelijk geld te verdienen.

Ook wordt gewezen op het falen van prestatiebeloning, omdat sommige specialismen vooruit zijn gegaan in hun inkomen, zoals veel van de ondersteunende specialismen: *'Die hebben geen slag harder gewerkt maar zijn significant meer gaan verdienen. Dus ja, dat klopt niet, als je niet harder werkt moet je niet meer gaan verdienen'* (S4). Andere specialismen daarentegen zijn er juist op achteruit gegaan⁷⁵: *'Nou dan gaat KNO flink achteruit in inkomen, zeker 25% gezakt toen het lumpsumstelsel verviel'* (S5). Dergelijke inkomensverschillen worden oneerlijk geacht en dragen verder bij aan de negatieve beeldvorming.

Tot slot wordt het falen van marktwerking en daarmee het failliet van de dbc-systematiek herkend in het feit dat er geen sprake is van de kostenbesparing zoals die verwacht was, waardoor nu specialisten en ziekenhuizen gekort worden op hun budgetten en honorarium. De beeldvorming van een drietal respondenten was zo negatief dat zij de dbc-systematiek 'failliet' verklaren en er graag snel afscheid van nemen⁷⁶: *'Hopen dat het echt ontploft, dat het afgezegd wordt, en dan zijn we 5 miljard armer met zijn allen'* (S4). In de overige gevallen was sprake van een gematigder beeld waarin positieve en negatieve aspecten leidden tot een genuanceerd beeld. Er werd met name op gewezen dat 'het nu eenmaal zo is' en dat het dan beter is zo goed mogelijk met dbc's om te gaan⁷⁷: *'wat je niet kan veranderen laat je maar. Je kan er toch in je eentje niet tegenaan, dus probeer je het beste te maken van wat er is'* (S5).

7.3.3 Geen afspiegeling van de werkelijkheid

Een derde knelpunt is gelegen in het feit dat specialisten en managers in ziekenhuis dbc-cijfers niet relevant achten omdat zij geen recht doen aan de (complexe) realiteit. Dit heeft allereerst te maken met het feit dat aan dbc's de zorgzwaarte niet valt af te lezen. Zowel in de academische ziekenhuizen als in het Antonius ziekenhuis stelt men daarom dat de gegevens ongunstig uitvallen vanwege de zware

casemix van het ziekenhuis met een groot aantal complexe gevallen⁷⁸. Een specialist geeft een voorbeeld: *'Neem astma... als je kijkt naar astma voor de huisartsenpraktijken, astma voor een perifeer ziekenhuis of astma voor een academisch ziekenhuis zijn het totaal verschillende soorten astma'* (S1). In het geval van academische ziekenhuizen is bovendien vaak sprake van een last-resort functie, waarbij patiënten worden doorverwezen vanuit andere ziekenhuizen die niet de juiste behandeling kunnen geven⁷⁹: *'Als een specialist in een ander ziekenhuis zegt van, mevrouw u bent te moeilijk want u weegt 150 kilo en u bent diabetes, rokend, en weet ik wat nog meer'* (M2). De onrealistische kostprijzen zijn er het gevolg van dat de academische ziekenhuizen weinig invloed hebben uitgeoefend op de vaststelling van tarieven.⁸⁰ Bijvoorbeeld in het geval van kinderkanker stelt een manager vast dat het tarief is vastgesteld op de kosten van het doorverwijzen van een patiënt, zoals gebeurt in een algemeen ziekenhuis. Kosten voor de behandeling, die plaatsvindt in een academisch ziekenhuis, zijn niet in het tarief opgenomen: *'Die koploperziekenhuizen hebben gewoon dbc-prijzen afgesproken gebaseerd op eigenlijk het vaststellen dat er iets met zo'n kind aan de hand was'* (M1).

Dergelijke verschillen betekenen dat dbc's die in algemene zin dekkend zijn voor een behandeling, in academische ziekenhuizen en in complexe gevallen geen recht doen aan de werkelijkheid. Dat betekent dat er geen goed inzicht wordt geleverd in de werkelijkheid. In gesprek met een verzekeraar lijkt een academisch ziekenhuis dan erg inefficiënt, terwijl dit niet het geval is. Hetzelfde geldt in de verantwoording naar de raad van bestuur of naar patiënten en in gesprekken over het efficiënter inrichten van zorg.

7.3.4 Decentrale besluitvorming

Een laatste knelpunt schuilt in de organisatiecultuur van de meeste ziekenhuizen. Specialististen kennen een grote mate van autonomie. Dus wanneer binnen een maatschap of afdeling prioriteit ligt op betrouwbare registratie zal hier uitvoer aan worden gegeven. Wanneer specialisten hier niet uit zichzelf prioriteit aan geven, zijn zij vaak lastig te beïnvloeden. Er heerst een bepaalde eilandencultuur waarbinnen specialisten hun eigen keuzes maken⁸¹. Zo wordt ook decentraal het registratieproces opgezet of beïnvloed. In het Wilhelmina bijvoorbeeld wisselt per afdeling of de specialist zelf registreert of middels formulieren de secretaresse laat registreren⁸². Zelfs in loondienst, zo stelt een manager in het Meander, zijn specialisten zelfstandige ondernemers die hun eigen keuzes maken: *'Als ik de gynaecologen zeg voortaan gaan jullie de opnames ook zelf registreren, kan ik hoog en laag springen, gebeurt niet. Kijk, heb ik ook niks in handen om dat te doen.. Bij de kinderartsen [red. in loondienst] zou ik dat wel kunnen, maar ik denk dat de effectiviteit daar niet erg groot van zou zijn. Een specialist is autonoom. (...) Dat is gewoon met de specialisten, ze zijn toch zelfstandige ondernemers ook al zijn ze in dienstverband'* (M4). Specialisten zijn kortom lastig te beïnvloeden vanwege hun professionele autonomie. Wanneer zij besluiten niet mee te willen werken of besluiten de zaak anders aan te pakken is het lastig om hier verandering in te brengen. Wel worden pogingen ondernomen om registratieprocessen te stroomlijnen, bijvoorbeeld in het Wilhelmina⁸³.

7.4 Conclusie

In dit hoofdstuk is ingegaan op de betekenis die wordt gegeven aan dbc's. Daarbij is gekeken welke drijfveren mensen kunnen ervaren om bij te dragen aan een goede registratie van dbc's; als specialist, dbc-functionaris of manager. Allereerst is benoemd op welke wijze dbc's nuttig en noodzakelijk kunnen zijn. Daarbij gaat het om een financiële noodzaak en een mogelijk nut in de inzichtelijkheid die dbc's bieden in wat zich afspeelt in het ziekenhuis. Vervolgens zijn een aantal manieren opgesomd waarmee wordt getracht een positieve beeldvorming te verspreiden, alsmede het belang om te registreren te vergroten bij specialisten. Dit gebeurt door de betrokkenen herhaaldelijk te wijzen op de noodzaak van dbc-registratie, dbc-waarde te gebruiken in het interne verdeelmodel of dbc's te 'vertalen' in meer zorginhoudelijke informatie. Het is opvallend dat deze maatregelen allen gericht zijn op het financiële motief en niet op een meer normatieve betekenis in de zin van loon naar werken of doelmatigheid. Een verklaring hiervoor ligt mogelijk in het overwegend negatieve imago van dbc's, waardoor de nadruk op het moeten wordt gelegd. Er zijn echter ook knelpunten die een afkalvende werking hebben op de noodzaak van registratie. Zo ervaren specialisten in maatschappen een directe prikkel om goed te registreren, maar specialisten in loondienst niet. Ook de vrees dat marktwerking negatieve gevolgen heeft voor de gezondheidszorg, dbc's geen eerlijke beloning geven aan specialisten en de voorspelde kostenbesparing uitblijft verzorgen een negatieve houding ten opzichte van dbc's. Tot slot is een knelpunt dat dbc-informatie wel aantrekkelijk kan worden gemaakt, maar wordt getwijfeld aan de waarde van de gegenereerde informatie. Bijvoorbeeld omdat zorgzwaarte niet wordt meegenomen in de cijfers. Bovendien wegen zijn in de beeldvorming andere argumenten veel zwaarder dan kostenoverwegingen bij het inrichten van zorg.

Concluderend kan gesteld worden dat de informele structuur in algemene ziekenhuizen over het algemeen meer ondersteunend is aan een goed werkende dbc-systematiek dan in academische ziekenhuizen. Desalniettemin wordt ook in academische ziekenhuizen de noodzaak van een betrouwbare registratie steeds duidelijker. Kostenbewustzijn is gegroeid en de betrokken specialisten en managers geven een hogere prioriteit aan betrouwbare registratie. De betekenis die wordt gegeven aan dbc's en nut en noodzaak die worden verspreid ligt voornamelijk in de financiële en niet in een normatieve sfeer. Door het simpelweg herhalen van de verplichting en het continu leveren van feedback, maar ook het gebruik van dbc-waarde in het interne verdeelmodel wordt deze financieel betekenis versterkt. Het gebruik van scorecards en zorgprofielen leveren een andere insteek, namelijk om de interesse van specialisten aan te wakkeren door een verband te leggen tussen dbc's en zorg. De verklaring voor deze nadruk op de financiële betekenis is gelegen in het feit dat het merendeel van de betrokkenen overhelst naar een negatieve beeldvorming omtrent dbc's. De zwakke punten in de dbc-systematiek en de uitvoer die daaraan wordt gegeven in het ziekenhuizen wegen zwaarder dan de positieve doelstellingen. In sommige gevallen is er sprake van een negatieve houding ten opzichte van het concept dat aan de basis ligt van de dbc-systematiek: marktwerking. In andere gevallen twijfelt men aan de uitvoer zoals die nu is opgezet,

maar acht men het idee erachter wel nuttig. Ondanks de kanttekeningen die men plaatst, erkennen alle respondenten, zelfs de meest negatieve, dat er nu eenmaal mee gewerkt moet worden en weerstand pas weer nuttig is wanneer nieuwe beslissingen worden gemaakt om het systeem verder te ontwikkelen of terug te draaien.

8. Organisatiegebied III: Onderscheidend vermogen

Het derde en laatste organisatieperspectief waar aandacht aan wordt besteed is de organisatie van onderscheidend vermogen van het ziekenhuis ten opzichte van zijn omgeving. In dit hoofdstuk met name aandacht voor hoe de positie van het ziekenhuis in kaart wordt gebracht, welke rol de dbc-systematiek daarin heeft en hoe onderscheidend vermogen vervolgens wordt georganiseerd. In paragraaf 8.1 wordt allereerst besproken welke prioriteit onderscheidend vermogen heeft in de verschillende ziekenhuizen. Ook wordt hier ingegaan hoe de positie in kaart wordt gebracht. In 8.2 vervolgens worden de maatregelen opgesomd die door de ziekenhuizen worden getroffen om deze positie te veranderen of te verbeteren. In 8.3 komen de knelpunten aan bod die dit bemoeilijken. Tot slot volgt in paragraaf 8.4 een conclusie.

8.1 Invulling van onderscheidend vermogen

Voordat wordt gekeken naar maatregelen die worden getroffen ten behoeve van het scheppen van onderscheidend vermogen, is het belangrijk in kaart te brengen in hoeverre ziekenhuizen hier aandacht aan besteden en wat er dan onder onderscheidend vermogen wordt verstaan in de praktijk.

8.1.1. Onderscheidend vermogen op de agenda

Onderscheidend vermogen van het ziekenhuis ten opzichte om een betere positie te verwerven ten opzichte van zijn omgeving is geen volledig nieuw onderwerp op de agenda. Voordat dbc's hun intrede deden werd ook vergeleken met andere ziekenhuizen op basis van medisch inhoudelijke gegevens, bijvoorbeeld welke zorg er wordt geleverd of hoe modern behandelmethode zijn. Een dergelijke medisch inhoudelijke vergelijking wordt ook nu de dbc-systematiek bestaat belangrijk geacht. Deze positionering is belangrijk voor specialisten en heeft uiteraard ook de belangstelling van managers⁸⁴. Dbc's spelen daarbij slechts een beperkte rol. Dbc's hebben het echter mogelijk gemaakt om kostprijzen te berekenen en zorgprofielen te bepalen die met elkaar kunnen worden vergeleken, bijvoorbeeld in benchmarks. De centrale dbc-functionarissen en managers, alsmede één maatschaparts benoemen een expliciete belangstelling in het verwerven en gebruiken van dergelijke gegevens⁸⁵. Zo wordt bijvoorbeeld in kaart gebracht hoe het staat met de dbc-registratie in het ziekenhuis ten opzichte van andere ziekenhuizen of wordt gekeken naar de vastgestelde kostprijzen in vergelijking met landelijke cijfers en in vergelijking met andere ziekenhuizen.

Maatregelen op basis van een bedrijfseconomische of medisch inhoudelijke afwegingen kunnen hand in hand gaan, maar ook een spanning opleveren. Het verkorten van de ligduur na een operatie bijvoorbeeld kan zowel bedrijfseconomisch als medisch inhoudelijk positief zijn. De kostprijs bij de diagnose ligt lager, want er zijn minder middelen nodig en medisch inhoudelijk is de patiënt beter af, want deze kan eerder weer naar huis⁸⁶. Een spanning ontstaat echter bij het inrichten van een one-stop-shop, waarbij een

patiënt maar eenmalig naar het ziekenhuis hoeft voor consult en onderzoeken. Het levert een medisch ten opzichte van andere ziekenhuizen in de omgeving, want de patiënt wordt efficiënter geholpen. Vanuit bedrijfseconomische overwegingen is deze one-stop shop echter ongunstig, omdat het ziekenhuis maar één keer geld ontvangt en daarmee ten opzichte van andere ziekenhuizen een ongunstiger kostprijs heeft.⁸⁷ Dergelijke kwesties houden de gemoederen bezig in ziekenhuizen en wekken met name bij specialisten een vrees dat medisch inhoudelijke argumenten aan kracht verliezen ten opzichte van bedrijfseconomische argumenten. Anders heeft de dbc-systematiek het externe bewustzijn, ook bij specialisten, wel vergroot: *'Het heeft wel een groter bewustzijn over iedereen afgeroepen van er is een buitenwereld die iets meer van ons wil dan voorheen'* (F1). Een groot aantal instrumenten wordt dan ook ingezet om de positie van het ziekenhuis zo goed mogelijk in kaart te brengen, zoals zorgprofielen, kostprijzen, benchmarks, kwaliteitscriteria en scorecards.

8.1.2. Concurrentie en differentiatie

Het in kaart brengen van de positie van het ziekenhuis is echter nog maar de helft van het verhaal. Als de positie van het ziekenhuis duidelijk is geworden, kunnen maatregelen worden getroffen op basis van de gevonden gegevens. Enerzijds kan getracht worden om beter te zijn dan de andere ziekenhuizen, door kosteneffectiever te werken of betere kwaliteit te garanderen. Anderzijds kan getracht worden om anders te zijn dan de andere ziekenhuizen, door bepaalde speerpunten aan te wijzen, behandelingen aan te bieden die anderen niet hebben of bepaalde zorg juist niet te verlenen.

Beter zijn dan de anderen betekent bijvoorbeeld dat gezocht wordt naar mogelijkheden om kosteneffectiever te werken, zoals in het voorbeeld dat door het aantal ligdagen te verminderen een gunstiger zorgprofiel ontstaat ten opzichte van andere ziekenhuizen. Ook kan uit de gegevens blijken dat bepaalde zorg zeer kosteneffectief is en daarom de moeite van het aanbieden waard is. In het AMC bijvoorbeeld is gekozen om slaapapneu meer te behandelen vanuit deze overweging. Een specialist stelt: *'die hele slaapapneu interesseert mij wetenschappelijk gezien helemaal niet (...) We hebben daar een rekensommetje op losgelaten en gezegd als we één verpleegkundige erbij nemen en we kunnen onze productie verdubbelen wat qua aanbod makkelijk kan, kunnen we er een longarts qua salaris uithalen, weetje'* (S1). Beter willen zijn hangt samen met mogelijke concurrentie tussen ziekenhuizen zoals de geïntroduceerde marktwerking beoogd. Het gaat het dan om meer verwijzingen te krijgen dan andere ziekenhuizen in de regio door de positie te verbeteren. Dit gebeurt bijvoorbeeld middels samenwerking tussen ziekenhuizen. Zo is de ziekenhuisgroep Santeon opgezet waarbinnen een zevental topklinische algemene ziekenhuizen, waaronder het Antonius, trachten zichzelf als de 'betere' topklinische ziekenhuizen te positioneren ten opzichte van andere topklinische ziekenhuizen⁸⁸.

Anders zijn dan anderen leidt tot specialisatie in het ziekenhuis en daarmee tot differentiatie tussen ziekenhuizen. Het hangt samen met het maken van keuzes in de zorg, wat in hoofdstuk drie ook is

besproken. Het betekent dat sommige zaken worden uitgebreid en andere zaken worden afgestoten. Differentiatie komt nog niet veel voor, maar heeft wel de aandacht van managers⁸⁹. In de volgende paragraaf wordt verder ingegaan op dergelijke maatregelen die gericht zijn op het verbeteren van de positie van het ziekenhuis.

8.2 Maatregelen

Nu duidelijk is welk belang wordt gehecht aan onderscheidend vermogen en welke keuzes kunnen worden gemaakt op basis van inzicht in en vergelijking van dbc-gegevens, wordt in deze paragraaf aandacht besteed aan de mogelijke maatregelen die worden genomen op basis van de positionering.

8.2.1 Inspelen op zorgontwikkelingen

De eerste maatregel die kan worden getroffen in het omgaan met de omgeving is slim inspelen op ontwikkelingen in de zorg door deze goed in kaart te brengen. Het is natuurlijk altijd al mogelijk om in de gaten te houden wat voor patiënten zich melden in het ziekenhuis, maar door ook naar aantallen dbc's in andere ziekenhuizen te kijken wordt een breder beeld geschetst van de ontwikkelingen. Zo kan een trend worden ontdekt in bijvoorbeeld het aantal bevallingen bij gynaecologie of het aantal ADHD-patiënten: *'Ik kijk hoeveel dbc's zijn er, en dat neemt elk jaar toe, verloskundige dbc's, we kunnen het eigenlijk niet meer aan, wat zit er nog in de pijplijn dus hoeveel controlezwangerschappen zijn er, we verwachten dat die trend zich doorzet, daar moeten we iets mee, dan ga je een CTG-kamer maken en dan ga je eventueel de DBC inhoudelijk aanpassen. Dus naar die aantallen kijk je wel degelijk, daar kijk ik wel degelijk naar'* (M4). Vaak is in dergelijke gevallen wel sprake van een wisselwerking. Het is niet alleen de productiewaarde van dbc's (in de omgeving) die doorslaggevend is, maar ook een bepaald idee over hoe een zorgproces eruit moet zien. De introductie van dbc's heeft bijvoorbeeld ook een rol gespeeld in de ontwikkelingen van speciale poli's, denk aan de mamapoli, of 'straatjes'. Bijvoorbeeld in het Antonius wordt gewerkt met 'straatjes', dat wil zeggen dat bepaalde aandoeningen op bepaalde dagen worden behandeld: *'Iedereen is ingespeeld op een bepaalde aandoening op een bepaalde dag, het loopt vlotter op OK, verpleging weet precies waar ze aan toe zijn'* (S4). Productieaantallen en dergelijke schetsen kortom een beeld van de ontwikkelingen in de zorgmarkt in Nederland of de regio. Mede op basis daarvan kunnen specifieke investeringen of ontwikkelingen worden ingezet. Kanttekening daarbij is wel dat dergelijke beslissingen niet uitsluitend op basis van dbc's worden gemaakt. Een groot aantal andere factoren, zoals de expertise die in huis is, de speerpunten van het ziekenhuis etc. spelen ook een belangrijke rol.

8.2.2 Benchmarken

De belangrijkste tool die ziekenhuizen in handen hebben is de benchmark, waarin informatie is verzameld van een groter aantal ziekenhuizen waarmee vergeleken kan worden. Elf maal werd de benchmark

genoemd als tool ter vergelijking. Vaak ontstaat een benchmark via een extern bureau, bijvoorbeeld Prismant⁹⁰ of Price Waterhouse Coopers⁹¹. Ziekenhuizen kunnen zich anoniem aansluiten en gegevens delen met de verschillende ziekenhuizen tegen een bepaalde prijs. Er kunnen gegevens opgevraagd worden van een bepaald specialisme, segment of diagnose. Op die manier wordt inzicht verworven in de productie en de kosten in andere ziekenhuizen. Bij dergelijke grote benchmarks zijn 25 tot 40 ziekenhuizen betrokken⁹². Er zijn ook kleinere benchmarks, zoals de benchmark van acht ketenziekenhuizen waar het Meander MC aan meedoet⁹³. Maar ook een benchmark van drie kinderziekenhuizen die in het AMC werd aangehaald: *'We hebben met drie grote kinderziekenhuizen, Utrecht, Rotterdam en Amsterdam, hebben we zelf gebenchmarkt' (M1.)* En er is sprake van een benchmark specifiek voor de UMC's om beter te kunnen vergelijken: *'We doen ook benchmarks met alle academische ziekenhuizen, ook gewoon qua productiviteit en alle getallen naast elkaar zetten' (M2.)* Een dergelijk overzicht toont eenvoudig gezegd: *'Waar wij het goed doen, en waar hun het goed doen' (F4)*. Gevonden verschillen kunnen een signaal zijn dat sprake is van inefficiënties⁹⁴. Een manager legt uit waarnaar wordt gekeken: *'Wat maakt nu dat wij duurder of goedkoper zijn dan een ander. En daarmee kijk je naar je dbc's, waar het over gaat, dan naar je zorgprofielen, kijk je of je daar iets mee kan. Zijn wij duurder in OK-uren, of in polibezoek of hebben wij drie polibezoeken waar de benchmark er maar één heeft, of net andersom. Dat soort dingen' (M5)*.

De signaalfunctie van de benchmark wordt door het grootste deel van de respondenten onderschreven. Over daadwerkelijk concurreren wordt echter niet gesproken. Het verbeteren van de eigen inrichting van zorgprocessen hangt niet samen met de wens een ander ziekenhuis af te troeven, maar met de wens continu beter te worden: *'Nee nee nee, zo wordt er niet naar gekeken. Wij kijken echt puur op wat maakt nou dat wij op dat type dbc duurder of goedkoper zijn dan de ander' (M5)*.

8.2.3 Marketing

In één van de gesprekken is naar voren gekomen dat behalve aan de aanbodzijde, ook gewerkt wordt aan de stimuleren van de vraag door ziekenhuizen. Het is bekend dat ZBC's bijvoorbeeld reclame maken voor het verwijderen van spataderen of het ondergaan van ooglasering, maar ook in ziekenhuizen wordt geëxperimenteerd met dergelijke marketing: *'die zijn bij wijze van spreken gewoon aan het flyeren langs de deur met wilt u nog een heupoperatie, kom bij het Maasstad' (M2)*. Een mogelijkheid om meer vraag aan te trekken is het onder de aandacht brengen van bepaalde behandelingen bij huisartsen, om op die manier meer verwijzingen te krijgen: *'Wat we ook doen met enige regelmaat is gewoon huisartsen uitnodigen op bepaalde avonden en dan inhoudelijk over bepaalde operaties gaan praten. Van we doen dit ook, dat is voor die en die patiënt en dat levert die en die voordelen op' (M2)*. Marketing wordt nog niet wijdverspreid ingezet, maar biedt duidelijk wel aanknopingspunten voor ziekenhuis om zichzelf meer in de kijker te spelen en vraag op te wekken.

8.2.4 Samenwerking

Ook zijn er twee voorbeelden genoemd van samenwerking om onderscheidend vermogen te creëren ten opzichte van de omgeving. Deze ontwikkelingen hangen deels samen met de introductie van dbc's, omdat deze het kostenaspect van zorg hebben veranderd en ziekenhuis genoopt zijn actie te ondernemen wanneer te weinig inkomsten worden gegenereerd, terwijl andere ziekenhuizen het goed doen. Het eerste voorbeeld is de samenwerking van topklinische ziekenhuizen in de Santeongroep. Deze samenwerking vertoont ook tekenen van een marketingstrategie. De bedoeling is dat verzekeraars en patiënten inzien dat het Antonius niet zomaar een topklinisch ziekenhuis, maar een heel goed top-topklinisch ziekenhuis, omdat de waarde de titel topklinisch, door de deelname van een steeds groter aantal ziekenhuizen, in waarde is gedaald: *'Op een gegeven moment zijn daar ook gewone ziekenhuizen die de basiszorg leverden, en als je dan heel kritisch ging kijken vonden wij eigenlijk, wij, de raad van bestuur, dat maar een beperkt aantal echt topklinische ziekenhuizen zijn met complexe zorg en alle kosten die daarmee gepaard gaan. En die hebben zich afgescheiden'* (S4).

Het tweede voorbeeld gaat om de samenwerking van de acht UMC's in Nederland in de zogenaamde zwarte gat commissie. Om een betere afspiegeling in de dbc's te krijgen van de complexe zorg die UMC's leveren is er een commissie opgesteld. Deze bepaald per UMC wat het 'zwarte gat' is tussen de inkomsten op basis van het oude FB en de inkomsten op basis van dbc's. Middels deze samenwerking hopen de UMC's hun positie ten opzichte van andere ziekenhuizen te verbeteren, zodat zij geen financiering mislopen, terwijl andere ziekenhuizen welig tieren.

8.2.5 Keuzes maken

De laatste mogelijke maatregel die kan worden getroffen is om keuzes te maken in de zorg die wordt aangeboden. Daarbij kan ervoor worden gekozen om bepaalde dingen wel te doen en andere dingen niet te doen. In de meeste ziekenhuizen bestaan al veel langer dan 2005 zogenaamde speerpunten. Gebaseerd op de expertise in het ziekenhuis en de medische relevantie zijn met name de UMC's expertisecentrum voor specifieke behandelingen. Zo is het Erasmus gespecialiseerd in handchirurgie en craniofaciale chirurgie⁹⁵ en is het Radboud de hematologie ver ontwikkeld⁹⁶. De dbc-systematiek in combinatie met de beoogde marktwerking en de grote hoeveelheid gegevens die ziekenhuizen vergaren, stimuleert verdere ontwikkelingen in deze richting. Een manager zegt hierover: *'Wat mij wel aanspreekt is 30% afstoten en 30% meer doen in waar je wel goed in bent. Maar dan moet je keuzes maken. En dat doet altijd pijn. En dat is niet van vandaag of morgen. Maar ik denk dat binnen nu en tien jaar, en over zo'n tijd praat ik, dat we daar wel mee geconfronteerd zullen worden, dat we keuzes moeten maken'* (M4). Vooral het uitwerken van bepaalde behandelingen heeft ook de interesse van specialisten: *'En dat wat natuurlijk in eerste instantie de vette worst voor de specialisten, dat je in dbc's zou kunnen sturen. Dat is men dus heel driftig gaan doen. Wachtlijsten wegwerken, bepaalde dbc's eruit pikken, zich daarop specialiseren etcetera'* (S6). Het blijkt echter dat vooral het weglaten van bepaalde zorg nog weinig aan de orde is. De meeste interesse in keuzes maken is terug te vinden in het Meander, de dbc-functionaris

licht over keuzes maken toe: *‘Wat ons betreft moet dat veel meer, we hebben ook marktgegevens over marktaandeelen van ons ten opzichte van omliggende ziekenhuizen, van goh, waar gaat die ontwikkeling goed, waarin pakken we markt, creëren we marktaandeel, groeit het of daalt het, en roepen we ook steeds van: ja, ziekenhuis, raad van bestuur we moeten meer keuzes maken’ (F3)*. Één specialist is daarbij van mening dat specialisatie niet alleen geld oplevert, maar ook beter is voor de zorg die geleverd wordt. Immers, wanneer een specialist zich nog verder specialiseert binnen zijn of haar vakgebied, zal deze nog beter worden in het verrichten van die bepaalde behandelingen: *‘Je laat toch ook een klusjesman niet het werk doen van de loodgieter’ (S2)*. In totaal benoemt een zestal respondenten dat keuzes maken wellicht in de toekomst meer aan de orde zal komen en, ondanks kanttekeningen, geen slechte zaak is⁹⁷: *‘We gaan ons wel die vraag durven stellen. Ja, misschien moeten er wel keuzes gemaakt’ (M3)*.

8.3 Knelpunten

Het is duidelijk dat de mogelijkheden om de positie van het ziekenhuis in kaart te brengen zijn toegenomen sinds de introductie van de dbc-systematiek. Op basis van productievolumes, door zorgprofielen te vergelijken en met marketingachtige strategieën wordt getracht te anticiperen en reageren op veranderingen in de zorgmarkt. Met marktwerking hangt ook het begrip concurrentie samen, zoals al eerder is toegelicht. Het ziekenhuis tracht door betere of andere zorg te leveren voordeel te behalen op andere ziekenhuizen. Het blijkt echter dat van echte concurrentie of differentiatie tussen ziekenhuizen in de praktijk weinig terecht komt. De knelpunten die daaraan ten grondslag liggen worden in deze paragraaf verkend.

8.3.1 Concurrentie?

Allereerst zijn er een aantal knelpunten die daadwerkelijke concurrentie in de weg staan. Want alhoewel duidelijk is dat de ziekenhuizen door de dbc-systematiek gegevens verwerven om kosteneffectiever te kunnen werken en nadenken over het efficiënter inrichten van processen, is ‘concurrentie’ wellicht een te groot woord.

Dbc's leveren weinig kwalitatieve informatie

Op de eerste plaats zorgt de aard van de dbc-gegevens voor een beperking volgens een aantal respondenten. Op basis van dbc's kunnen verzekeraars en patiënten inzicht krijgen in de kosten en de volumes van zorg. Daarnaast zijn er een aantal kwaliteitscriteria zoals doorlooptijd of hoeveelheid complicaties zichtbaar. Een tweetal keren in het Meander is hier positief over gesproken⁹⁸: *‘Ja, je kan kwaliteitscriteria dan erlangs leggen, je kan er financiële criteria langs leggen, je kan er toegankelijkheid langs leggen. Dus je kan een aantal zaken naast zo'n product leggen en dat prikkelt wel tot verbetering. Dat laat het ook wel zien, dat zorgverzekeraars ook kritisch inkopen’ (F3)*. Maar een drietal respondenten

is expliciet van mening dat dergelijke informatie onvolledig is, omdat wederom de zorgzwaarte niet is meegenomen⁹⁹. Dat maakt het lastig om op basis van die gegevens te zeggen dat het ene ziekenhuis 'beter' is dan het andere. Het kan altijd zo zijn dat de casemix nu eenmaal anders uitvalt. Een manager in het AMC geeft als voorbeeld een indicator die het aantal complicaties meet bij het verwijderen van de amandelen: *'Ingewikkelde kinderen, met hemofilie of andere ziekten of kinderen met kanker, ja een algemeen ziekenhuis gaat daar niet de tonsillen weghalen, die komen dus hier weer aan in het AMC. Dus heb je meer kans op nabloedingen en ja... als dat voortdurend tot gevolg heeft dat de verzekeraar zegt we gaan met jou geen afspraken maken omdat je kwaliteit slecht is, of dat je in al die raamlijsten voortdurend in de middenmoot scoort terwijl je het idee hebt dat je kwalitatief hoogwaardige zorg levert' (M1)*. Dus enerzijds leveren dbc's en kwaliteitscriteria een beeld van wat zich afspeelt in het ziekenhuis, en kan dit met name intern leiden tot mogelijke verbeteringen. In gesprek met verzekeraars of in de beeldvorming van patiënten kunnen de gegevens echter ook een onterecht negatief beeld schetsen. Dit staat een eerlijke concurrentie in de weg.

Geen concurrenten

Een tweede knelpunt dat zich voordoet is dat er geen directe concurrenten zijn voor ziekenhuizen. In het Wilhelmina en het Meander bijvoorbeeld stellen de respondenten dat er in de directe omgeving eigenlijk weinig ziekenhuizen zijn die een alternatief bieden in de regio. Op de vraag of er concurrentie in de regio is antwoordt een specialist: *'Helemaal niet, we hebben helemaal geen last van elkaar' (S5)*. Voor de academische ziekenhuizen geldt bovendien dat zij in de regio de enige zijn die de titel academisch voeren en daarmee sommige specifieke zorg leveren. Daarbij kan het zelfs zo zijn dat zij de enige of een van de weinigen zijn in heel Nederland met een dergelijk aanbod, te denken valt wederom aan de hand- of craniofaciale chirurgie in het Erasmus¹⁰⁰.

Een ander knelpunt dat concurrentie in de weg staat ontstaat wanneer de vraag naar bepaalde zorg groter is dan het aanbod. Bijvoorbeeld in het geval van de hematologie: *'Het aanbod van het aantal patiënten dat een stamceltransplantatie moet ondergaan overtreft de capaciteit in Nederland dus daarin zijn we elkaar concurrent niet' (M3)*. En wanneer de vraag het aanbod (nog) niet overstijgt kunnen ziekenhuizen de vraag ook zelf extra aanwakkeren: *'Als je in de krant zet u moet bij mij komen want bij mij worden spataders geweldig behandeld, dan krijg je alleen maar mensen die anders voor spataders nooit naar de dokter zouden zijn gegaan. En dat komt juist door het marktprincipe' (S6)*. Tot slot wordt genoemd dat binnen de geneeskunde veel specialisten elkaar kennen en via het informele netwerk met elkaar overleggen of patiënten doorverwijzen. Treffend daarvoor is de uitspraak: *'Het is natuurlijk één grote inteeltbende die hele geneeskunde' (S6)*. Hierdoor zien de specialisten elkaar niet als concurrenten, maar als vakgenoten die elkaar eerder steunen dan beconcurreren.

Het lijkt er dus op dat concurrentie wordt beperkt, omdat de zorgmarkt geen gewone markt is. Er is sprake van behandelingen die patiënten zullen afnemen ongeacht de kosten. In veel gevallen is het zelfs zo dat de vraag het aanbod overstijgt of er geen alternatieven in de regio zijn om te bezoeken. Het lijkt erop dat ziekenhuizen veeleer naar elkaar kijken om de eigen kosten te drukken en efficiëntere zorg te verlenen, dan om de andere ziekenhuizen af te troeven. Daarbij komt de vraag of de dbc-systematiek wel de juiste tool is om te gebruiken voor concurrentie. Er worden vraagtekens geplaatst bij de relevantie van productievolumes en kwaliteitscriteria.

8.3.2 Differentiatie?

Uit bovenstaande blijkt dat er een aantal knelpunten zijn die de onderlinge concurrentie beperken. Nu wordt ingegaan op de knelpunten die differentiatie tussen ziekenhuizen beperken. Dat wil zeggen wat het in de weg staat dat ziekenhuizen specifiek kiezen voor welke zorg ze wel aanbieden en in specialiseren en welke zorg zij achterwege laten.

Vloeken in de kerk

Een eerste knelpunt dat voorkomt dat sommige zorg wordt uitgebreid, terwijl andere achterwege wordt gelaten is het feit dat dit nog altijd 'vloeken in de kerk' is. Een tweetal argumenten ligt hieraan ten grondslag. Enerzijds dat een specialist lang gestudeerd heeft om een aantal behandelingen uit te voeren en zich niet zal willen toespitsen op slechts een klein onderdeel van zijn of haar specialisatie: *'en dan zeg je tegen specialisten je mag die vier doen, je bent wel voor 25 opgeleid, maar die vier mag u voortaan doen? die heeft ook 12 jaar gestudeerd en wil ook zijn kunstje doen'* (F3). Anderzijds wordt het onacceptabel geacht om kostenoverwegingen teveel gewicht te geven, omdat het moet gaan om de kwaliteit van zorg, los van kostenoverwegingen: *'Keuzes op grond van bedrijfseconomische redenen, (...) dat is ook een beetje vloeken in de kerk soms hè, in de zin van de arts zeker in een UMC zal zich niet snel laten beïnvloeden door het feit dat de externe financiering ja, zo zijn eigen weg lijkt te gaan'* (F1). Niet alleen specialisten, maar ook managers en dbc-functionarissen delen deze overtuiging en zien als een belangrijke voorwaarde om over kosten na te kunnen denken¹⁰¹: *'Ik mag het in ieder geval eerst even roepen en als dat dan medisch onverantwoord is ben ik ook de eerste die zegt van daar gaat het mij niet om, maar ik moet het wel even aankaarten'* (M3). Een andere manager legt uit: *'Maar dan blijven specialisten gelukkig specialist hart en nieren. Daar ben ik dan weer heel blij om. Maakt ook voor mij een prettige positie dat ik daarin kan prikken. Ik hoef daar niet over na te denken, ik heb er toch wel twintig die tegengas geven'* (M4). Daar tegenover staat dat specialisten ook heil zien in het effectiever inrichten van zorg¹⁰²: *'Kijk als je dus een poli inricht waar je per dagdeel 15 mensen kunt zien, en je gaat het anders organiseren en je kunt ineens 20 mensen per dagdeel zien, dan heb je winst'* (S3). Er lijkt geen sprake van een tegenstelling tussen specialisten enerzijds en managers anderzijds. Veel meer ziet men de voordelen in van zowel medische als kostentechnische overwegingen. En vanuit dat perspectief blijkt het lastig ingrijpende keuzes te maken.

Leveren van basiszorg

Tot slot is een knelpunt dat verdergaande specialisatie in de weg staat het feit dat er altijd een bepaalde hoeveelheid basiszorg moet worden geleverd door ieder ziekenhuis: *'Vanuit de regio dat je mensen die in zuidoost wonen moeten we ook gewone zorg kunnen bieden'* (M1). Bovendien hebben veel ziekenhuizen te maken met een kleinere of grotere opleidingsfunctie waardoor ook basiszorg in het pakket moet blijven: *'Een UMC moet natuurlijk ook minimaal zoveel spataderen of liesbreukjes doen'* (F1). Op de meer specifieke zorg kan dan eventueel wel gedifferentieerd worden. Over differentiatie in UMC's stelt een manager in het AMC: *'Maar je ziet wel een verschuiving naar die derdelijnszorg, specifieke dingen, sommige zeggen de niches waar de algemene ziekenhuizen zich nooit zullen begeven'* (M1). Specialisatie ligt dus zeker binnen de mogelijkheden voor de ziekenhuizen, met name als het gaat om specifieke zorg, want het leveren van basiszorg blijft essentieel voor het opleiden van nieuwe artsen en voor de patiënten in de regio.

8.4 Conclusie

Het blijkt dat de dbc-systematiek een rol speelt in het zoeken naar onderscheidend vermogen van het ziekenhuis ten opzichte van haar omgeving. Het vergelijken van productievolumes, zorgprofielen en kwaliteitscriteria in verschillende benchmarks maakt beter inzichtelijk hoe het ene ziekenhuis zich verhoudt tot het andere. De rol van de dbc-systematiek in die positionering moet echter niet overdreven worden. Ook voordat de dbc-systematiek werd geïntroduceerd kenden de UMC's speerpunten en werden keuzes gemaakt op basis van andere variabelen, zoals de expertise in huis, medische ontwikkelingen en de aanwezige zorgvraag.

De toegevoegde waarde van dbc's lijkt dan ook meer te liggen in het bedrijfseconomische aspect van de vergelijking. Marktwerking en meer cijfermatig inzicht in de kosten van zorg creëren aandacht voor het efficiënter inrichten van zorg, bijvoorbeeld door gebruik te maken van straatjes of het inrichten van specifieke poli's. Het gaat dan om het zoeken naar mogelijkheden om kosten te besparen of inkomsten te genereren. Zelfs marketing, een vrij nieuw fenomeen in de zorgmarkt, kan daarvoor worden ingezet.

Ondanks deze aandacht voor effectieve zorgverlening is het niet zo dat ook veel sprake is van echte concurrentie tussen ziekenhuizen. De zorgmarkt heeft een aantal eigenschappen die dit in de weg staan. Zo moet in iedere regio basiszorg aanwezig zijn, is er maar een klein aantal UMC's die complexe behandelingen kunnen leveren en is de vraag naar zorg veelal groter dan het aanbod. Tot slot is in dit hoofdstuk ingegaan op differentiatie waarbij ziekenhuizen kiezen voor bepaalde zorg en andere zorg achterwege laten. Ook dit staat in de kinderschoenen, omdat er veel weerstand uitgaat van medische specialisten. Enerzijds omdat zij niet graag beperkt worden in de uitvoer van hun beroep, maar ook omdat zij het onverantwoord achten om op basis van bedrijfseconomische overwegingen zorg weg te laten. De vraag wordt meer gesteld, maar het antwoord blijft achterwege en tot echte keuzes komt het niet. Verantwoord zorg verlenen betekent dat medische argumenten zwaarder wegen dan kostenoverwegingen.

9. Toekomstvisie

In de voorgaande hoofdstukken is een beschrijven hoe de organisatie van de dbc-systematiek eruit ziet op dit moment. Dit is gedaan aan de hand van de drie eerder omschreven organisatiegebieden van Scott. In dit hoofdstuk worden de drie hoofdproblemen waarmee deze organisatie kampt omschreven. Vervolgens wordt gekeken of DOT een oplossing zal zijn voor deze problemen.

9.1 De huidige knelpunten

Op basis van de situatie zoals die is geschetst in de hoofdstukken 5, 6 en 7 tegen de achtergrond van het theoretisch kader zijn een drietal grote problemen te benoemen met betrekking tot de dbc-systematiek. Het eerste probleem hangt samen met een rationele visie op organiseren, waarbij sturen beheersing betekent. Daartoe is het KAD-model geïntroduceerd waarbij is gewezen op het vinden van een balans tussen teveel en te weinig controls. Wat is gebleken is dat het vinden van deze balans met betrekking tot de dbc-systematiek erg lastig is. De lijst van maatregelen gericht op beheersing is lang en daarbij ontstaan ook twijfels over hoe nuttig het verder uitbreiden van controles is. Er is als het ware een tweede werkelijkheid ontstaan waarbij specialisten en dbc-functionarissen continu bezig zijn met het maken van een zo juist (gunstig) mogelijke afspiegeling van de werkelijkheid in dbc-cijfers. Daarbij is enkele malen opgemerkt dat dit vrijwel eindeloos geperfectioneerd kan worden¹⁰³. Een dbc-functionaris vraagt zich af: *'En hoeveel ga je investeren om tot achter de komma dat juist te krijgen? We kunnen met elkaar een ziekenhuis bouwen met alleen maar controleurs en administratieve krachten of gaan we ook nog patiëntenzorg doen?' (F3)* Er kan altijd slimmer geregistreerd worden, preciezer worden geregistreerd en beter worden gecontroleerd. Een betere registratie levert vervolgens weer meer gegevens op waarmee aan de slag kan worden gegaan om nog efficiënter te werken. De meeste maatregelen zijn dus gericht op het onderhouden van de dbc-systematiek zelf en het steeds beter registreren. De vraag is of dit in balans staat met de voordelen met betrekking tot efficiencyverbeteringen. De valkuil is dat het beheersen van de registratie een hogere prioriteit krijgt dan het beheersen van daadwerkelijke zorg. Het systeem dat bedoelt was kostenbesparingen teweeg te brengen, is zelf een grote kostenpost geworden.

Het tweede probleem hangt samen met de betekenis die de betrokkenen hechten aan de dbc-systematiek. De gedachte is dat wanneer mensen het belang inzien van gunstige registratie, zij hun best zullen doen om zo goed mogelijk te registeren of goede registratie te ondersteunen. Het is gebleken dat de dbc-systematiek met name wordt gezien als een uitgebreide bekostigingssystematiek, als een noodzakelijk kwaad, waarmee nu eenmaal omgegaan moet worden. Het grootste belang dat ziekenhuizen en specialisten erbij hebben is een financieel belang, omdat dbc's geld opleveren. Een grotere boodschap of betekenis ontbreekt. De dbc-systematiek lijkt gebaseerd op een institutioneel wantrouwen tegenover ziekenhuizen en specialisten. Het idee is dat de verhouding tussen kosten en opbrengsten in de zorg op orde moet worden gebracht om kosten te besparen. Dat betekent dus dat deze voorheen klaarblijkelijk

niet met elkaar in verband stonden en ziekenhuizen en specialisten teveel geld ontvingen. Nu moet daarom gedocumenteerd worden, artsen en ziekenhuispersoneel moeten verantwoording afleggen en aantonen waar iedere euro voor nodig is voordat deze wordt ontvangen. Vanuit deze visie valt wellicht te verklaren waarom specialisten en medisch managers een weinig positieve houding ten opzichte dbc's hebben. Veel meer is sprake van een pragmatische aanpak om via een gunstige registratie zo veel mogelijk profijt, of zo weinig mogelijk last, te hebben van dbc's. In algemene ziekenhuizen betekent dat zo goed mogelijk registreren om ook een zo goed honorariumdeel op de te bouwen. Over de motivatie tot registreren in het Wilhelmina ziekenhuis zegt de dbc-functionaris: *'Over het algemeen loopt het goed en ja je hebt er altijd een aantal die het lastig vinden, of een administratieve last vinden, maar goed, ze zijn er wel van doordrongen dat het wel hun honorarium is' (F5)*. In academische ziekenhuizen betekent dat zo weinig mogelijk aandacht besteden aan dbc's omdat er toch geen direct belang aan zit. Een specialist in een academisch ziekenhuis zegt over academische specialisten: *'Wij zijn sloppy, we zijn slordig, we zijn al blij als we een diagnose hebben bij een patiënt dan zijn we al helemaal tevreden van kijk eens hoe goed we ons huiswerk hebben gedaan' (S1)*.

Uiteraard is de werkelijkheid genuanceerder en zijn er ook specialisten die met name de noodzaak van een betrouwbare registratie onderkennen, echter veelal vanuit een pragmatisch besef en niet vanuit het idee dat de dbc-systematiek gunstig is voor zorg of kostenbesparingen.

Het derde en laatste probleem hangt samen met het organiseren van onderscheidend vermogen van het ziekenhuis in combinatie met de vermeende marktwerking in de zorg. In hoofdstuk 7 is geconstateerd dat van dergelijke marktwerking middels concurrentie en differentiatie maar beperkt sprake is. Er wordt weliswaar binnen ziekenhuizen gekeken hoe efficiënter gewerkt kan worden, maar dat heeft weinig te maken met een verlangen te concurreren. Dit uitblijven van marktwerking is daarmee het derde probleem van de dbc-systematiek. Daarbij valt tot slot op te merken dat het de vraag is of marktwerking wel gewenst is in de zorgmarkt. Om terug te gaan naar de betekenis, zullen betrokkenen die geen voorstander zijn van marktwerking in de zorg, ook weinig doen om dit tot stand te brengen. Getuige de samenwerkingsverbanden die worden aangegaan, bijvoorbeeld in de vorm van ketenzorg, om samen sterker te staan.

In deze paragraaf is duidelijk gemaakt dat de problemen van de dbc-systematiek dieper liggen dan uitsluitend in de uitvoer. Het gaat ten eerste om een probleem in het vinden van een balans tussen teveel en te weinig controles en het feit dat de dbc-systematiek, die tijd en geld zou besparen, zelf juist zoveel tijd en geld opslokt. Ten tweede gaat het om het gevoelde belang van de dbc-systematiek, dat lijkt gestoeld op een institutioneel wantrouwen ten opzichte van specialisten en ziekenhuizen, die voorheen schijnbaar meer geld ontvingen dan rechtmatig was. Dit geeft een mogelijke verklaring voor de pragmatische neutrale houding ten opzichte van dbc's als noodzakelijk kwaad, die leidt tot pogingen om er zo min mogelijk hinder van te ondervinden. Tot slot is er een probleem omdat de beoogde marktwerking uitblijft en het sowieso de vraag is of marktwerking wel gewenst is in de zorgmarkt. Een

almaar groeiende zorgvraag, in combinatie met een beperkt aanbod en het belang van basiszorg in elke regio maakt de zorg geen normale markt. Bovendien is marktwerking een ambigue doelstelling, omdat de overheid enerzijds wel de kostenbesparing wenst, maar de mogelijkheid voor winst voor ziekenhuizen wordt beperkt middels de maatstaf.

9.2 DOT de oplossing?

Nu is de vraag of DOT invloed zal hebben op één of meer van deze problemen en er wellicht een oplossing voor is. Zoals uitgelegd in hoofdstuk 2 vormt DOT met name een versimpeling van de huidige systematiek, of zoals werd omschreven door een dbc-functionaris: *'het is wat Vista was voor Windows' (F3)*. Een mogelijkheid om de problemen aan de basis van de systematiek aan te pakken en opnieuw te beginnen. De verwachting is dat DOT vooral van invloed zal zijn op het praktisch werken met dbc's. Het zal veel werk kosten om de nieuwe productstructuur in te bedden in de ICT, iedereen op de hoogte te brengen van de nieuwe regels en afspraken en de grouper goed te laten werken. Wanneer dit slaagt is er wellicht sprake van een verlaging van de administratielast door het afleiden van dbc's en doordat veel minder dbc's gebruikt worden.

Het eerste probleem, het uitgebreide aantal controlemaatregelen en de hoeveelheid tijd en geld die wordt gestoken in het onderhouden van de dbc-systematiek, zal dus zeker in het begin niet verdwijnen. Immers, een nieuw systeem betekent nieuw werk, ook nu al in de voorbereidende fase waarin tabellen moeten gecheckt en de grouper wordt getest. Wellicht zal op termijn wel de werkwijze versimpelen doordat minder dbc's gebruikt worden en eenduidiger regels bestaan. Tegelijkertijd betekenen minder dbc's ook dat ze multi-interpretabel zullen zijn, wat veel werk met zich mee zal brengen om een juiste invoer te controleren en onderling af te stemmen. Nu is er overeenstemming over de keuze voor de juiste dbc, met een nieuwe groep zorgproducten die bovendien algemener zijn, wordt dit misschien lastiger. Anderzijds kan het zijn dat het juist gemakkelijker wordt, omdat de dbc's meer medisch herkenbaar zouden zijn, waardoor het kiezen van de juiste dbc gemakkelijker wordt. Wat wel duidelijk lijkt is dat DOT een aantal van de knelpunten aan de basis van het systeem aanpakt en een compacter systeem ook mogelijkheden biedt om de controles op registratie te versimpelen. Door het afleiden van diagnoses in de grouper valt de validatiemodule weg. Dit lijkt positief omdat een controlepunt wegvalt, maar verschillende managers en dbc-functionarissen zijn anderzijds bezorgd dat de grouper zal leiden tot onderregistratie¹⁰⁴: *'In ons ziekenhuis gaan we dus alles registreren, dat gaat naar dat ding, maar nu zit er voordat het uit het ziekenhuis gaat is er nog een validatie mechanisme en dat is eruit gehaald en daar ben ik ernstig op tegen' (M4)*. Wanneer verrichtingen niet goed zijn geregistreerd wordt wellicht een 'mindere' diagnose afgeleid. Sommige ziekenhuizen zoeken daarom juist naar mogelijkheden om dit gebrek aan controle op te vangen¹⁰⁵: *'Het is Heel belangrijk daar om registratie op orde te hebben en aan de andere kant kijken hoe we controle toch in eigen hand kunnen houden' (F4)*.

Op korte termijn zal dus een intensivering nodig zijn in de aandacht voor betrouwbaarheid. Met name de grouper leidt daarin tot problemen omdat de eindcontrole van de validatiemodule wegvalt. Daardoor wordt het belangrijker om de basisregistratie op orde te hebben en al in het registratieproces de nodige controles te hebben ingebouwd. Op dit moment richten veel ziekenhuizen daar dan ook op. Op de lange termijn kunnen mogelijk wel de vruchten geplukt worden van deze inspanningen. Met een kleiner aantal dbc's en de automatische grouper kan op termijn wellicht veel werk worden bespaard en het aantal controles worden beperkt. Dit simpeler systeem is dan wellicht ook kosteneffectiever, tenzij de weggevallen controles worden gecompenseerd door extra controles voorafgaand aan het afleiden.

Het is dus mogelijk dat DOT op termijn kosten zal besparen met betrekking tot de interne structuren en controles die nodig zijn om het systeem te onderhouden. Het is echter zeer de vraag of DOT oplossingen biedt voor het gebrek aan betekenis in het licht van zorgprocessen. DOT is gebaseerd op dezelfde doelstellingen van de overheid, maar dan afgeslankt. Hogere gebruiksvriendelijkheid en grotere medische herkenbaarheid van dbc's heeft wellicht een positief effect op de beeldvorming van specialisten. Anderzijds is nog steeds sprake van eenzelfde soort systeem, dus DOT opzicht zal weinig veranderen aan de betekenis die wordt gegeven aan dbc's.

Momenteel hebben marktwerking en daarmee dbc's mede een slecht imago vanwege het beeld dat wordt geschetst van de 'graiende specialist' die oneerlijk veel honorarium krijgt. Dit wekt wrevel, zoals blijkt uit de ingezonden brief van vakverenigingen die oproept tot het stoppen met 'hakken op de specialist' die wordt geconfronteerd met steeds meer regels en registratie. DOT zal hier weinig aan kunnen veranderen, omdat gaat om symbolische afspiegelingen, waarbij het honorarium van de specialist symbool staat voor de almaar stijgende kosten van gezondheidszorg en dbc's voor de groeiende controle op de specialist. Een andere ontwikkeling die samenhangt met het imago van DOT en de betekenis die het zal krijgen, is of specialisten op termijn allemaal in loondienst zullen komen. Het vrijevestigde karakter van de specialist wordt dan aangetast en de beeldvorming versterken van een overheid die allerhande instrumenten inzet om de specialist wantrouwig te controleren.

DOT op zichzelf is in de beeldvorming dus weinig anders dan de dbc-systematiek uit 2005. Afhankelijk van andere ontwikkelingen die worden doorgezet of niet, zal de beeldvorming beïnvloed worden. Wanneer specialisten negatief worden afgebeeld in de media of wordt gewerkt aan manieren om specialisten te 'dwingen' in loondienst te gaan zal dit de betekenis van DOT als controle-instrument om de professional in het gareel te houden versterken.

Tot slot is er het knelpunt dat er geen marktwerking wordt opgewekt door de dbc-systematiek, met daaraan de gekoppeld de kwestie van (on)wenselijkheid daarvan. Wat DOT en de daarbij horende ontwikkelingen in de toekomst brengen is dat de dbc-systematiek meer invloed zal krijgen. Met name uitbreiding van het B-segment en het opheffen van de maatstaf geven marktwerking meer vrij spel. Het is waarschijnlijk dat ziekenhuizen dan ook meer inspanning zullen gaan leveren om zich te onderscheiden

van anderen om op die manier marktaandeel te winnen. Het is mogelijk dat daarbij niet langer alle ziekenhuizen een breed spectrum aan basiszorg zullen leveren. Tevens is het mogelijk dat problemen met afwenteling meer zullen voorkomen. Het contrast tussen algemene en academische ziekenhuizen kan vergroten omdat algemene ziekenhuizen patiënten gemakkelijker kunnen doorverwijzen, terwijl academische ziekenhuizen deze patiënten op moeten vangen. De zorgmarkt zal echter nooit een 'echte' markt worden, zeker niet in deze tijden van vergrijzing waardoor de vraag naar zorg het aanbod blijft overstijgen.

9.3 Conclusie

Na deze verkenning kan dan de vijfde deelvraag beantwoord worden: **Is DOT het antwoord op de huidige problemen in het organiseren van de dbc-systematiek?**

Uiteindelijk blijft het natuurlijk voor een deel giswerk wat de komst van DOT zal betekenen voor de ontwikkeling van de dbc-systematiek en de organisatie daarvan in de ziekenhuizen. Er gaan ook nog altijd stemmen op dat de volledige dbc-systematiek ruim baan zou moeten maken: *'Hopen dat het echt ontploft, dat het afgezegd wordt, en dan zijn we 5 miljard armer met zijn allen'* (S4)¹⁰⁶. De coalitievorming struikelt op dit moment nog altijd over andere het dossier gezondheidszorg, dus het laatste woord hierover is nog niet gezegd. Of DOT het imago van de dbc-systematiek kan verbeteren in de ogen van specialisten is zeer de vraag. DOT zal daar op zichzelf weinig invloed op hebben, maar in combinatie met andere ontwikkelingen zal het imago invulling krijgen. Tot slot zal er ongetwijfeld meer marktwerking ontstaan wanneer het B-segment wordt uitgebreid en maatstafconcurrentie vervalt, maar dit zal ook gepaard gaan met problemen van afwenteling zoals in andere landen. Daarbij zal de zorgmarkt nooit vergelijkbaar zijn met een 'echte' markt, omdat gezondheidszorg een publiek goed is en de zorgvraag het zorgaanbod overstijgt.

10. Conclusie en aanbevelingen

De afgelopen hoofdstukken zijn gericht op het beschrijven van de organisatie van de dbc-systematiek. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen drie perspectieven op organiseren. In dit hoofdstuk wordt de theoretische scheiding tussen deze perspectieven opgeheven en wordt gekeken hoe de organisatiegebieden op elkaar doorwerken, en vooral, welke gevolgen dat heeft voor de verbinding tussen de dbc-systematiek en de primaire zorgprocessen. Allereerst wordt daartoe in 10.1 een antwoord op de hoofdvraag geformuleerd. Daarna worden in 10.2 enkele aanbevelingen gepresenteerd die op basis van dit antwoord zijn geformuleerd.

10.1 Conclusie

De hoofdvraag die beantwoord wordt luidt: **Hoe organiseren ziekenhuizen de dbc-systematiek teneinde deze met de primaire zorgprocessen te verbinden?**

Om in kaart te brengen hoe de organisatie van de dbc-systematiek eruit ziet in ziekenhuizen, is gebruik gemaakt van drie verschillende perspectieven op organiseren: een rationeel, een natuurlijk en een open perspectief. Om de dbc-systematiek goed te organiseren, is het noodzakelijk dat deze drie perspectieven worden geïntegreerd. Dat wil zeggen dat er effectief, betekenisvol en onderscheidend dient te worden georganiseerd, om dbc's te verbinden met de primaire zorgprocessen. Op die manier zal men tevens beter in staat zijn de introductie van DOT soepel te laten verlopen en te voldoen aan de doelstellingen die aan de basis stonden van de introductie van dbc's. Het is gebleken, dat in het organiseren van de dbc-systematiek de nadruk wordt gelegd op het effectief organiseren van betrouwbaarheid van registratie. De minste aandacht wordt besteed aan betekenisvol organiseren; ook onderscheidend organiseren komt matig van de grond.

De nadruk op betrouwbaarheid heeft geleid tot grote investeringen in de opzet van structuren en processen, om een zo betrouwbaar mogelijke registratie te waarborgen. Daarnaast is er extra personeel aangetrokken, om als centrale of decentrale dbc-functionaris ondersteunend te werken aan de registratie door specialisten en ondersteunende medewerkers. Vanuit hun verantwoordelijkheid het registratieproces te ondersteunen en te optimaliseren is een groot aantal maatregelen opgezet, die zij ook onderhouden. Lijsten met uitval en zwevende verrichtingen worden verwerkt en er wordt instructie en feedback verzorgd, om specialisten bekend te maken met de functionele werking van dbc's. Door de hoge prioriteit die betrouwbaarheid heeft gekregen vanuit management en de tijd en aandacht die daaraan is besteed door dbc-functionarissen, is het verband tussen de registratie van dbc's en de zorg die daadwerkelijk is geleverd erg groot. De afspiegeling van zorg die dbc-gegevens geven is in de meeste gevallen zeer betrouwbaar. Uiteraard zijn er ook nog knelpunten te ontdekken. De meeste problemen zijn inherent aan

de dbc-systematiek of het gevolg van onvolkomenheden in de ICT-toepassingen, waardoor bijvoorbeeld systemen niet koppelbaar zijn.

Betekenisvol organiseren kent veel minder nadruk. In de communicatie over nut en noodzaak van managers en dbc-functionarissen naar medisch specialisten wordt vooral de financiële noodzaak belicht. Met name in academische ziekenhuizen komt vanuit het management de boodschap dat registreren een wettelijke verplichting is en dat specialisten het daarom zo goed mogelijk moeten doen. Specialist in maatschapverband worden hier minder op gewezen, omdat zij zelf een direct financieel motief hebben om goed te registreren. De ondersteunende dbc-functionarissen proberen het registratieproces zo eenvoudig en soepel mogelijk te maken voor de specialisten en wijzen hen op functionele fouten of problemen. Het imago van de dbc-systematiek als betekenisloos boekhoudsysteem wordt hierdoor versterkt. Andere betekenissen die aan de dbc-systematiek kunnen worden toegeschreven, zoals van een systeem voor loon naar werken, het verhogen van de doelmatigheid in de zorg of het vraaggericht inrichten van zorg, blijven onderbelicht. Voor de meeste medisch specialisten betekenen dbc's geld en zeggen zij verder niets over de zorg die daarachter ligt. Enig positief gevolg van deze eenzijdige beeldvorming is wel dat specialisten aangeven meer oog te hebben voor de kostenkant van zorg. Een groter kostenbewustzijn speelt daarbij ook in de dagelijkse praktijk, zoals in het geval van de specialist die ervoor koos geen onnodige speekselweek te maken bij een patiënt, omdat nog een eerdere beschikbaar was.

Een verklaring voor de motivering van specialisten vanuit een uitsluitend financieel motief is wellicht dat anders een tijdrovende discussie ontstaat over of dbc's 'goed' of 'slecht' zijn. Met de wenselijkheid van marktwerking in de zorg kan men het eens of oneens zijn, terwijl een wettelijke verplichting eenvoudigweg verplicht is. Daarnaast zijn veel specialisten, maar ook managers, sceptisch over de waarde van dbc-gegevens. Zij zouden geen recht doen aan de complexe werkelijkheid waar ze voor staan, omdat een doorsnee patiënt en een patiënt met complicaties onder dezelfde dbc worden geschaard. Tot slot kan een verklaring liggen in het feit, dat het niet nodig lijkt anders over dbc's te spreken dan in termen van moeten en geld. De financiële prikkel voor maatschapspecialisten is voldoende om hen ertoe aan te zetten goed te registreren en ook specialisten in loondienst kunnen indirect financieel worden geprikkeld. Het verband tussen dbc's en zorg is in de ogen van specialisten dus vaak klein. Zij richten zich op het leveren van zorg en registratie van dbc's is een hinderlijke onderbreking van hun werkzaamheden.

Voor veel managers is de betekenis van dbc's echter groter. De dbc-systematiek levert hen informatie op, die kan worden aangewend bij het maken van beslissingen over zorg. Dbc-gegevens in zorgprofielen worden gebruikt om zorg efficiënter in te richten, bijvoorbeeld door te kijken of meer behandelingen in dagbehandeling kunnen, of medicijnen in eigen productie goedkoper kunnen worden gemaakt. Bovendien worden dbc-gegevens gebruikt om meer zicht te krijgen op de sterke en zwakke punten van de afdeling of het ziekenhuis. Tot slot wordt geanticipeerd aan de hand van dbc-gegevens welke investeringen voor de toekomst belangrijk zijn. Denk aan het inrichten van een CTG-kamer bij een stijgend aantal bevallingen.

Doordat deze betekenis van zorg grotendeels beperkt blijft tot het management weet de dbc-systematiek specialisten maar matig te binden en boeien, terwijl managers wel geïnteresseerd zijn in de gegevens. Mogelijkheden om ook voor specialisten het verband tussen dbc's en zorg te vergroten in de beleving van dbc's liggen in het vertalen van dbc's in zorgprofielen, scorecards of het aangeven van 'feeders & bleeders' van de afdeling. Door dbc-gegevens in verband te brengen met zorg, krijgen zij een betekenis in het licht van zorgprocessen. Een positievere instelling van specialisten en ondersteunende medewerkers zal waarschijnlijk niet alleen een positief effect hebben op de betrouwbaarheid van registratie, maar ook op meer acceptatie van het gebruik van dbc-gegevens in het maken van managementbeslissingen op het gebied van zorg.

Met een nadruk op effectief organiseren en een onderschikte rol voor betekenisvol organiseren blijft onderscheidend organiseren over. Het gaat dan vooral om het gebruik van de dbc-systematiek in het organiseren van onderscheidend vermogen. Het is gebleken dat dit slechts in beperkte mate voorkomt en wanneer het voorkomt vooral gericht is op samenwerking om samen sterk te staan ten opzichte van verzekeraars en overheid. Concurrentie en differentiatie, sterk samenhangend met de doelstellingen van meer marktwerking in de zorg (kostenbesparende, doelmatige en vraaggerichte zorg) en met een meer competitief karakter komen nauwelijks voor.

De verklaring voor het uitblijven van marktwerking en daarmee de organisatie van onderscheidend vermogen lijkt tweeledig. In de eerste plaats is er weinig schaarste aan de vraagkant van de zorgmarkt, wat de noodzaak voor concurrentie beperkt. De zorgvraag stijgt alleen maar, doordat technische vooruitgang meer behandelingen mogelijk maakt, steeds meer mensen kiezen voor electieve zorg en de samenleving vergrijsst. De aanwas van patiënten is groter dan de capaciteit om hen te helpen, getuige de wachtlijsten in de zorg, bijvoorbeeld voor stamcelbehandelingen. Daarnaast is het B-segment nog maar klein met 20% waardoor onderhandelen en concurrentie beperkt aan de orde zijn. Bovendien onderhandelen alle verzekeraars met alle ziekenhuizen en is winst maken geen incentive vanwege de maatstaf. Omdat er geen noodzaak is voor onderscheidend vermogen, wordt er ook minder in geïnvesteerd.

In de tweede plaats lijkt er binnen de ziekenhuiswereld een voorkeur voor samenwerking boven concurrentie. Te denken valt aan de oprichting van de Santeongroep. De samenhang tussen medische specialisten door stevige formele en informele verbanden, bijvoorbeeld in vakverenigingen en in contacten met studiegenoten, speelt hier een rol in. Een voorkeur voor coöperatieve boven competitieve strategieën is de tweede verklaring voor de weinige aandacht die uitgaat naar concurrentie.

Alhoewel concurrentie en differentiatie maar op beperkte schaal voorkomen is een groot aantal managers wel geïnteresseerd in de voordelen die verbonden zijn aan het maken van keuzes in de zorg. Voordelen vanuit een financieel oogpunt, maar ook vanuit het oogpunt van kwaliteit voor de patiënt. Zoals zojuist

genoemd leveren dbc's managers informatie op die wordt meegenomen bij het maken van medische beslissingen. Daarbij zijn enkele positieve verbanden gevonden tussen dbc's en zorg. Zo werd ervoor gekozen slaapapneu te blijven behandelen en de zorg daarvoor uit te breiden, omdat het veel geld oplevert en een grote groep patiënten helpt. Ook zijn er specifieke straatjes en poli's ingericht om te mikken op specifieke patiëntgroepen, bijvoorbeeld op een mama- of hoofdpijnpoli. Hierbij is het verband tussen dbc's en zorg groot: de financiële realiteit die dbc's in kaart brengen speelt een rol in het maken van beslissingen en leidt tot het ondernemen van actie. Er worden dingen gedaan vanuit financiële overwegingen, maar nog geen dingen gelaten. Het weglaten van zorg is 'vloeken in de kerk' en wordt door met name specialisten onverantwoord geacht. Een verklaring voor het bestaan van deze tweestrijd is wellicht gelegen in de beeldvorming van dbc's. Managers zien dbc's naast financiële systematiek ook als een middel om inzicht in zorg te verkrijgen, terwijl veel specialisten het als een nietszeggend boekhoudprogramma zien.

De nadruk op betrouwbaarheid gaat dus ten koste van de aandacht voor betekenis. Voor managers betekenen dbc's niet alleen geld, maar ook inzicht in zorg, terwijl specialisten dat niet zo ervaren. Het maken van keuzes in het zorgaanbod vinden managers interessant, maar achten veel specialisten onverantwoord. Zij achten de waarde van dbc-gegevens daarvoor te beperkt. De dbc-systematiek als instrument om onderscheidend vermogen te organiseren wordt door dit verschil in beeldvorming niet breed erkend.

Wanneer DOT en uitbreiding van het B-segment in 2012 worden doorgevoerd ontstaat mogelijk meer marktwerking in de gezondheidszorg. Ziekenhuizen die in staat zijn de drie perspectieven op organiseren te integreren in de organisatie van dbc's zijn dan in het voordeel. Zij zullen vanuit een effectieve en betekenisvolle organisatie van dbc's beter in staat zijn vorm te geven aan kosteneffectieve en vraaggerichte zorg. Een integratie van de drie perspectieven veroorzaakt een sterker verband tussen dbc's en zorg. Het binden en boeien van professionals komt beter tot stand en geeft financiële overwegingen op basis van dbc's een plaats in het nemen van beslissingen over zorg.

10.2 Aanbevelingen

Op basis van de gevonden resultaten en de beantwoording van de hoofdvraag is het mogelijk om aanbevelingen te doen. De aanbevelingen zijn er op gericht het verband tussen dbc's en zorg te versterken door effectief, betekenisvol en onderscheidend te organiseren.

10.2.1 Investeren in ICT

Wanneer in het ziekenhuis nog gewerkt moet worden aan het verhogen van de betrouwbaarheid blijkt uit dit onderzoek dat door te investeren in ICT de meeste winst geboekt kan worden. Wanneer systemen aan

elkaar gekoppeld worden zijn er minder 'handen aan het toetsenbord' nodig. Dit leidt niet alleen tot een efficiëntere registratie, maar ook een gebruiksvriendelijker registratie. Het verhogen van de gebruiksvriendelijkheid kan tevens het imago van de dbc-systematiek als boekhoudkundige rompslomp beperken. Investerings in ICT liggen niet alleen in het updaten van computersystemen om deze koppelbaar te maken, maar bijvoorbeeld ook in de introductie van een programma als ValueCare. Ondersteunende software bij registratie kan de gebruiksvriendelijkheid verhogen. Echter wanneer de systemen die daaraan ten grondslag liggen niet op orde zijn, zal registratiesoftware voor de gebruikers ook niet naar behoren kunnen werken.

Alhoewel de initiële kosten van investeringen in ICT hoog zijn, is de winst op lange termijn groot. Niet alleen kan het leiden tot een efficiënter registratieproces en betrouwbaarder dbc-gegevens, maar ook het gebruikersgemak stijgt wat een positief effect heeft op de beeldvorming van de betrokkenen. Voordat wordt overgegaan tot dergelijke investering zal wel eerst helder in kaart moeten worden gebracht welke gebreken de huidige ICT-structuur kent en welke doelstellingen met de nieuwe software worden beoogd.

10.2.2 Aandacht schenken aan betekenis

Een tweede aanbeveling ligt in het besteden van meer aandacht aan de betekenis van de dbc-systematiek in het ziekenhuis. Wanneer wordt gesproken over dbc's en het belang daarvan kan het leiden tot discussies over de zin en onzin van dbc's. Daardoor lijkt het eenvoudiger om de nadruk te leggen op de verplichting, omdat het onmogelijk is het over deze betekenis eens of oneens te zijn. Toch zorgt dit ervoor dat het binden en boeien van professionals niet slaagt met betrekking tot dbc's. Met name in academische ziekenhuizen, met een zwakkere financiële prikkel voor specialisten, leidt dit tot een minder betrouwbare registratie, alsmede een negatieve houding ten opzichte van de 'zinloze bureaucratie'. Wanneer meer aandacht wordt besteden aan het communiceren over de betekenis van dbc's is bovendien belangrijk om zowel vanuit het management als de dbc-functionarissen eenzelfde verhaal te hebben. Zonder de steun van afdelingshoofden is de invloed van dbc-functionarissen ook kleiner. Dbc-functionarissen onderschrijven dat de medewerking van betrokken personeel sterker is wanneer ook vanuit het management, bijvoorbeeld het afdelingshoofd of de medisch manager, duidelijk wordt gecommuniceerd waarom dbc-registratie van belang is.

Praktische mogelijkheden om de betekenis van dbc's hoger op de agenda te zetten liggen bijvoorbeeld in het instellen van klankbordgroepen. Wanneer dbc-gegevens worden meegenomen in de medische besluitvorming helpt het specialisten inzicht te geven in de waarde daarvan. Ook het aantrekkelijk presenteren van dbc-gegevens is daarbij oplossing. Tot slot is het mogelijk om een extern bureau in te huren om de communicatie omtrent dbc's te verbeteren, zoals in het AMC is gebeurd.

10.2.3 De vraag stellen...

Ondanks het feit dat van concurrentie en differentiatie momenteel nog geen sprake is, is een derde aanbeveling om financiële overwegingen een plek te geven in gesprekken over zorg. Zoals de bedrijfsmatige managers in dit onderzoek benoemden, is het stellen van de vraag vaak al voldoende. Het is terecht dat medische argumenten zwaarder wegen in het inrichten van zorgprocessen, maar de financiële component hoeft niet volledig uitgevlakt te worden. Het gebruik van dbc-gegevens in overwegingen over doelmatigheid en kostenbewustzijn kunnen op een positieve wijze bijdragen aan het verbeteren van zorg en het verlagen van de kosten daarvan. Zeker met het oog op de bezuinigingen die het komend kabinet zal moeten doorvoeren, is het niet ondenkbaar dat ook ziekenhuizen de broekriem aan moeten trekken. Door financiële overwegingen een plaats te geven in gesprekken over zorg, en de bedrijfsleiders en managers die zich daarmee bezighouden een stem te geven, kan op een verantwoorde wijze worden gezocht naar besparingen. Uiteraard is het daarbij ook van belang de medisch specialisten te horen. Het stimuleren van dergelijke gesprekken kan het verband vergroten tussen dbc's (de financiële representatie van zorg) en de daadwerkelijke zorg. Dat er vragen worden gesteld over mogelijkheden tot bezuinigen, concurreren of differentiëren betekent niet dat het antwoord al vaststaat. Het verzorgt mogelijk wel een redelijker verband tussen financiën en zorg.

10.2.4 Integratie van perspectieven

De vierde en laatste aanbeveling is met name gericht op managers in de zorg. Zoals is gebleken in dit onderzoek is er geen balans tussen het rationeel en het natuurlijk perspectief. Door de oplossing voor problemen uitsluitend op een mechanische wijze op te lossen is de betekenis van dbc's naar de achtergrond geduwd. Dit wil niet zeggen dat het nu juist is om uitsluitend op betekenis te richten, want zoals gezegd spelen alle perspectieven een rol. Wel is het van belang om situaties vanuit de verschillende perspectieven te analyseren. Vervolgens kan gekozen worden voor een dominant frame van waaruit een vervolgstap wordt ondernomen. Juist het switchen tussen frames is daarbij van belang. Door dit multiframing zal op een effectievere wijze gemanaged worden, zonder belangrijke aspecten van organisatie uit het oog te verliezen.

11. Literatuurlijst

Boeken

- Bolman, L.G. & Deal, T.E., (2003). Reframing Organizations: Artistry, Choice, and Leadership. San Francisco: Jossey-Bass
- Bosselaar, J. H., (2002). Vraagsturing : de cliënt aan het roer in de sociale zekerheid en zorg. Utrecht: Jan van Arkel
- Clegg, Stewart R., (2005). Studying organization : theory & method. London: SAGE Publications
- Dunning, Arend Jan; Kiezen en delen
- Jong, Arnold Jules de (1947-); De gelaagde organisatie : over verandering en weerstand
- Emery, James C., (1971). Organizational planning and control systems : theory and technology. London: the Macmillan Company
- Jeurissen, P. P. T, (2003). Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVVZ
- Kesteloot, Katrien; Health care market reforms & academic hospitals in international perspective : achtergrondstudie
- Kirkels, Vincent Gerard Hubert Joseph; Oude idealen in de nieuwe zorgmarkt
- Leeuw, Antonius Cornelis Joannes de, (1982). Organisaties: management, analyse, ontwerp en verandering: een systeemvisie. Assen: van Gorcum
- Putters, Kim, (2003). Anticiperen op marktwerking. Zoetermeer: RVVZ
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, (2003). Van patiënt tot klant. Zoetermeer: RVVZ
- Van der Schoot, J, (2005). Heelmeesters en boekhouders: over besturing en doelmatigheid in de gezondheidszorg. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Scott, William Richard, (2003). Organizations : rational, natural, and open systems. New Jersey: Prentice Hall
- Veld, Jan in 't (1925-); Analyse van organisatieproblemen : een toepassing van denken in systemen en processen
- Wulff, Robert Edwin, (1996). Het ontwerpen van ziekenhuisorganisaties : een onderzoek naar de organisatiestructuur van het algemeen ziekenhuis

Artikelen

- Bocking, W., Ahrens, U. en Kirch, W., (2005). First results of introduction of DRG's in Germany and overview of experience from other DRG countries. In: Public Health. Pp. 128- 137

- De Brauw, L.M. & van Wagenveld, B.A., (2008). De marktmeester laat het liggen. In: Medisch Contact. Nr. 36 2-9-2008.
- Cardinaels, E. & Smith, A.A., (2005). Financiële risico's van de DBC. In: MCA Tijdschrift voor organisaties in control. Pp. 12-16
- Ellis, R.P. & McGuire, T.G., (1996). Hospital response to prospective payment : Moral hazard, selection and practice-style effects. In: Journal of Health Economics, Vol. 15, pp. 257-277.
- Folpmers, M. en de Bruijn, J., (2004). Honorering in de zorg. In: MCA Tijdschrift voor organisaties in control. Pp. 18-25
- Jegers, M., Kestelsloot, K. en de Graeve, D., (2002). A typology for provider payment systems in health care. In: Health Policy. Pp. 255-273
- Kuenen, J.W., Geurts, M., van Leeuwen, W. en Nolst Trenité, T., (mei 2010). Kiezen voor kwaliteit. Boston Consulting Group.
- Oostenbrink, J.B. en Rutten, F.F.H., (2006). Cost assessment and price setting of inpatient care in the Netherlands. The DBC-casemix system. In: Health Care manage Sci 9, pp 287-294
- Putters, K., (2009). Besturen met duivelselastiek.
- Schaepkens, F.F.J.M., (2004), Marktwerking in de ziekenhuiszorg: enige beschouwingen. In: MCA Tijdschrift voor organisaties in control. Pp. 6-12
- Silverman, E. en Skinner, J., (2004). Medicare upcoding and hospital ownership. In: Journal of Health Economics. Pp. 369-389
- Smit, T., (2003). dbc's leiden echt niet tot marktwerking
- Trappenburg, M. & Groenewoud, S., (2005). Gezondheidszorg, nieuwe ongelijkheden. In: Vrijheid verplicht. Over tevredenheid en de grenzen van keuzevrijheid. Van Gennep. Pp. 77-96
- Vermeer, C., (2004). Toezicht en verantwoording in de gezondheidszorg. In: MCA Tijdschrift voor organisaties in control. Pp. 32-35
- Zoelick, B. en Frank, T., (2005). Governance, Risk Management and Compliance,. An operational approach.

Documenten

- DBC Onderhoud, juni 2007. dbc's op weg naar transparantie Deel III. Voortgangsrapportage
- DBC Onderhoud, 2007, Basisuitleg dbc's
- DBC Onderhoud, juli 2008. Met dbc's op weg naar transparantie in de zorg. Brochure.
- Ministerie van VWS, brief van minister Klink aan de Najjar Stichting. Toelichting op academische component, 11 juni 2010.

Websites

- Orkestratie van gezondheidsbeleid, Tom van der Grinten, Kim Putters, etc.
<http://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=iXKg4b827ooC&oi=fnd&pg=PS54&dq=commissie+dekker+1996&ots=tIGJDz5q6-&sig=wpWxG5hBrJp-5gRWPON0CP3INgM#v=onepage&q=&f=false>
- Kiezen is delen, aanvullingen op de trechter van Dunning
http://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=_YSPyRBpIfQC&oi=fnd&pg=PS1&dq=aanvullingen+trechter+dunning&ots=h0L4UEncHE&sig=zThs62Laxxe9nH_KdPT72O82ABM#v=onepage&q=&f=false
- 'Gelre Ziekenhuizen erkend als Topklinisch Ziekenhuis', geraadpleegd op 03-03-2010
<http://www.zorginstellingen.nl/nieuws/gelre-ziekenhuizen-erkend-als-topklinisch-ziekenhuis-3008>
<http://www.zorginstellingen.nl/nieuws/gelre-ziekenhuizen-erkend-als-topklinisch-ziekenhuis-3008>
- Begrippen: categoriaal ziekenhuis, geraadpleegd op 03-03-2010
<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?ConceptID=2886>
- Onderscheid tussen snijdende, beschouwende en ondersteunende specialismen door de Orde van Medisch Specialisten.
<http://orde.artsennet.nl/orde/Wetenschappelijke-verenigingen.htm>

Krantenberichten

- Een onbedoelde loonexplosie voor de specialist:
http://www.nrc.nl/binnenland/article2225149.ece/Een_onbedoelde_loonexplosie_voor_de_specialist
Over het feit dat sommige specialisten explosief meer zijn gaan verdienen door de invoer van dbc's.
- Schaarse specialisten: <http://weblogs.nrc.nl/commentaar/2009/07/24/schaarse-specialisten/>
Over het feit dat specialisten via een soort 'gilde' structuur de arbeidsmarkt zelf reguleren en over het feit dat academische ziekenhuizen daardoor moeite hebben met het vasthouden van specialisten in loondienst.
- Bij specialisten zijn de veelverdieners het probleem: <http://weblogs.nrc.nl/expertdiscussies/bij-specialisten-zijn-de-veelverdieners-het-probleem/comment-page-1/>
<http://www.nrc.nl/opinie/article2470295.ece>
Een opiniestuk over het feit dat er een ongelijke inkomensverdeling is onder specialisten, waardoor alle specialisten worden gekort. Deze oud-chirurg is van mening dat de Orde hier zelf orde op zaken moet stellen en de inkomens gelijk moet trekken nu veelverdieners hun positie behouden ten nadele van andere specialisten. dbc's zouden aan de inkomensstijging/ongelijkheid hebben bijgedragen.
- Doe de blinddoek af, profs!:
http://www.nrc.nl/opinie/article2269947.ece/Doe_de_blinddoek_af,_profs!
Over de openbaarheid van ziekenhuisgegevens voor wetenschappelijk onderzoek.
- Klink weet iets te goed wat goed voor ons is: <http://weblogs.nrc.nl/opklaringen/2009/09/26/klink-weet-iets-te-goed-wat-goed-voor-ons-is/>

Over het falen van Klink en marktwerking

- Markt en ziel gaan niet samen:

http://www.nrc.nl/opinie/article1936659.ece/Markt_en_ziel_gaan_niet_samen

Over de slechte combinatie van dbc's en psychologische zorg

- Transparant dbc's: <http://www.minvws.nl/dossiers/dbc/voor-medewerkers-in-de-zorg/transparante-dbc-dot/default.asp>

Invoering van DOT, doelen en tijdspad

- DBC Onderhoud, Feiten en cijfers: <http://www.minvws.nl/dossiers/dbc/feiten-en-cijfers/>

feiten en cijfers

- Cyberchondrie: ziek van Google: <http://www.vn.nl/Archief/Wetenschapsmilieu/Artikel-Wetenschapsmilieu/Cyberchondrie-ziek-van-Google.htm>

Over cyberchondrie. Mensen die hun symptomen googlen en denken te weten wat ze hebben.

- Zorgautoriteit bijbetalende patiënt mag niet voordringen:

http://www.volkskrant.nl/binnenland/article1173083.ece/Zorgautoriteit_bijbetalende_patiënt_mag_niet_voordringen

Over de actie van het Kennemer Gasthuis om bijbetalende patiënten voor te laten kruipen op de wachtlijst.

- Zorgverzekeraars hebben begrip voor tariefverlaging medisch specialisten, in Nieuwsbrief

Farmacie en Zorg, 16-8-2010:

<http://www.intranet.farmacieenzorg.nl/pages/LBLibraryNews.asp?articleid=130934&LBState=view&LBPreState=1&LBId=20426&LBCatId=1152>

Over de voorgenomen korting op de honoraria van specialisten

12. Bijlagen

Bijlage 1: Typeringslijst Dermatologie

Kolomindeling

DBC Typeringslijst Dermatologie 0310

Typeringslijst per 1 januari 2008, V20071201

Afkomstig uit DBC-onderhoud tabellenuitlevering van 15-03-2010

Zorgtype		Zorgvraag	Diagnose		Behandeling	
11	Reguliere zorg	N.V.T.	00	Traject	00	Traject
13	Intercollegiaal consult		01	Acneïforme dermatosen	11	poliklinisch
21	Vervolg DBC		02	Allergologisch probleem	14	enkelvoudig poliklinisch conservatief
51	Traject interne ondersteuning		03	Benigne tumoren	21	kleine verrichting poliklinisch
			04	Dermatosen door microorganismen	24	enkelvoudig poliklinisch met verrichting
			05	Eczeem, constitutioneel	31	verrichting poliklinisch
			06	Eczeem contactallergisch	34	enkelvoudig poliklinisch met verrichting
			07	Eczeem, seborrhoïsch	41	grote verrichting poliklinisch
			08	Eczeem, overig	51	complexe verrichting poliklinisch
			09	Flebologie overig en lymfologie	71	compressietherapie poliklinisch
			10	Geneesmiddelen-eruptie	81	UV-behandeling poliklinisch
			11	Genodermatosen	82	UV-behandeling met dagopname(n)
			12	Haar- en nagelafwijkingen	92	met dagopname(n)
			13	Inflammatoire dermatosen	93	met klinische episode(n)
			14	Maligne dermatosen		
			15	Naevi (alle vormen)		
			16	Pigmentstoornissen		
			17	Premaligne dermatosen		
			18	Proctologische dermatosen		
			19	Pruritus/Prurigo		

			20	Psoriatiforme dermatosen		
			21	SOA		
			22	Ulcus cruris		
			23	Urticaria		
			24	Varices		
			25	Vasculaire dermatosen		
			26	Verrucae		
			27	Diagnose niet nader omschreven		
			28	Geen dermatologische diagnose		
			29	ICC		

Bijlage 2: Operationalisatie

1. Organiseren van betrouwbaarheid

A. Er zijn heldere doelstellingen

- Er zijn kwalitatieve en kwantitatieve normen ten behoeve van betrouwbaarheid
 - Er is een norm voor volledige registratie (bijv. blokkades in computersysteem als geen DBC wordt geopend)
 - Er is een norm voor juiste registratie (bijv. percentage dat in de uitval mag komen)
 - Er is een norm voor tijdige registratie (bijv. afgesproken binnen welke termijn geregistreerd dient te worden)
- Het is mogelijk de stand van zaken te meten ten opzichte van de norm (meetbare doelen en meetinstrumenten aanwezig)
- Iedereen die betrokken is bij de dbc-systematiek is bekend met de normen

B. Er zijn beheersmaatregelen aanwezig

- Er zijn maatregelen aanwezig om het DBC-proces te beheersen
 - Er zijn maatregelen om correcte invoer van data te bewaken (regeling invoer)
 - Er zijn maatregelen om correcte declaratie te bewaken (regeling uitvoer: bijv. controle door 2^e medewerker of corrigeren van uitval)
- Er zijn maatregelen om te leren van fouten (terugkoppeling)
 - Er vinden periodiek meetmomenten plaats (wekelijks, maandelijks, aantal x per jaar..)
 - Er vindt evaluatie plaats van deze metingen
 - Er worden stappen ondernomen naar aanleiding van de meetmomenten

C. Taken en verantwoordelijkheden zijn verdeeld

- Het is duidelijk wie verantwoordelijk is voor het invullen van een DBC voor een patiënt
- Het is duidelijk wie verantwoordelijk is voor het behandelen van uitval
- Het is duidelijk wie verantwoordelijk is voor metingen van de dbc-systematiek
- Het is duidelijk wie verantwoordelijk is voor het bewaken van de norm
- Er ontbreken geen taken en verantwoordelijkheden
- Alle betrokken zijn op de hoogte van zijn/haar taken en verantwoordelijkheden
- Alle betrokken zijn op de hoogte van elkaars taken en verantwoordelijkheden

D. Er is sprake van coördinatie van taken en verantwoordelijkheden

- Iemand bewaakt de samenhang bij de verdeling van taken en verantwoordelijkheden
- Er vindt afstemming plaats tussen medewerkers wanneer een DBC in de uitval terechtkomt

2. Organiseren van betekenis

- E. Er wordt betekenis gegeven aan de dbc-systematiek
- Er is nagedacht over de betekenis van de dbc-systematiek voor de zorgprocessen op de afdeling
 - Het belang van dbc's voor het leveren van zorg wordt duidelijk gecommuniceerd
 - Er wordt onderling gesproken over het belang van de dbc-systematiek voor zorgprocessen
 - Er is zicht op de informele structuur van de afdeling
 - Er is zicht op belangrijke spelers
 - Er is zicht op de belangen die een rol spelen
 - Er is zicht op het bestaan van eventuele coalities
- F. De informele structuur werkt ondersteunend aan de dbc-systematiek
- dbc's worden gezien als nuttige bijdrage aan het leveren van zorg
 - Er wordt meegedacht over verbeterpunten voor de dbc-systematiek

3. Organiseren van onderscheidend vermogen

- G. Er wordt aandacht besteed aan de positie ten opzichte van andere afdelingen binnen het ziekenhuis
- Er vindt interne vergelijking tussen afdelingen plaats op het gebied van betrouwbaarheid
 - Registratiedoelstellingen worden afgestemd op basis van informatie van andere afdelingen
 - Collega's van andere afdelingen worden op hulp gevraagd / geraadpleegd wanneer de positie achterblijft bij andere afdelingen.
 - Er is een strategie om de positie ten opzichte van andere afdelingen te verbeteren / te behouden
- H. Er wordt aandacht besteed aan de positie ten opzichte van andere ziekenhuizen mbt. het leveren van zorg
- Men is zich bewust van concurrentie met andere ziekenhuizen
 - Er vindt kwantitatieve vergelijking plaats (hoeveel behandelingen, hoeveel kosten/opbrengsten, aantal ligdagen, hoeveel uitval etc.)
 - Er vindt kwalitatieve vergelijking plaats. (bijv. benchmarks)
 - Op basis van gegevens van andere ziekenhuizen wordt een strategie bepaald om te onderscheiden van de rest. (bijv. meer aandacht voor bepaalde ingrepen, minder aandacht voor andere ingrepen, partnerships met andere ziekenhuizen)
- I. Er wordt aandacht besteed aan voorbereiding op de toekomst
- Er vinden voorbereidingen plaats op de intrede van DOT
 - Er vinden voorbereiding plaats voor uitbreiding van het B-segment

Bijlage 3: Coding tree

Code System [943]

- A. Kenmerken respondenten [0]
 - a. Functie [0]
 - DBC-functionaris [5]
 - Manager [43]
 - Arts [40]
 - b. Ziekenhuis [0]
 - Koploper [2]
 - Academisch [7]
 - Algemeen [7]
 - c. Salarisbetaling betrokken artsen [0]
 - Loondienst [5]
 - Beide [4]
 - Maatschap [6]
 - d. Specialisme waarop dbc's betrekking hebben [0]
 - Ondersteunend [0]
 - Beschouwend [3]
 - Snijdend [9]

- B. Betrouwbaarheid [0]
 - a. Invulling van betrouwbaarheid [0]
 - 1. Voldoen aan wet en regelgeving [3]
 - 2. Doelstellingen [16]
 - 3. Volledigheid [22]
 - 4. Juistheid [15]
 - 5. Tijdigheid [19]
 - x. Overig [0]
 - b. Maatregelen [0]
 - 1. Regelingen invoer [0]
 - a. Verantwoordelijkheid primair bij specialist [34]
 - b. Richtlijnen registratieproces [9]
 - c. Instructie [10]
 - d. Afstemmingsbijeenkomsten [14]
 - e. Ondersteuning middels ICT [27]
 - f. Ondersteuning via DBC-personeel [1]
 - g. Papieren ondersteuning (lijstjes, formulieren) [5]

- x. Overig [0]
- 2. Doorvoerregeling vooruit (flexibiliteit) [0]
 - a. Correcties doen voor specialist [1]
- 3. Doorvoerregeling terug (leervermogen) [0]
 - a. Steekproeven [15]
 - b. Persoonlijke feedback over registratie [35]
 - c. Bewaken productieafspraken [0]
 - d. Bewaken budgetten [2]
 - e. DBC-rapportages [52]
 - f. Evaluatiebijeenkomsten [5]
 - x. Overig [0]
- 4. Regelingen uitvoer [0]
 - a. Validatiemodule [1]
 - b. Controlefunctie DBC-medewerker [4]
 - c. Extra ICT-controles [3]
 - d. Controlefunctie door niet-dbc-medewerker [2]
- c. Knelpunten [0]
 - a. Problemen inherent aan DBC-systeem [0]
 - 1. Aantal DBC's [5]
 - 2. Grijs gebied (multi-interpretabel) [14]
 - 3. Veranderende regels [9]
 - 4. Geen passende dbc's [4]
 - 5. Computersysteem problemen [28]
 - 6. Dubbele boekhouding [2]
 - b. Problemen in het registratieproces [0]
 - 1. Arts-assistenten [28]
 - 2. Onderregistratie [11]
 - 3. Administratielast [17]
 - c. Communicatie / instructieproblemen [0]
 - 1. Overdrachten [2]
 - 3. Gebrekkige feedback [5]
 - x. Overig [0]

C. Rationale [0]

- a. Nut en noodzaak van dbc's [0]
 - 1. Financieringsinstrument [1]
 - 1. Kostenbesparing [10]
 - 2. Vervanging ouderwets FB [3]

- 3. Prestatiebekostiging [18]
- 4. Dbc's is geld [15]
- 2. Instrument voor inzicht [1]
 - 1. Ter verantwoording naar boven/buiten [3]
 - 2. Inzichtelijkheid om te kunnen praten [6]
 - 3. Inzichtelijkheid voor efficiencyverbetering [16]
 - 4. Kostenbewustzijn opwekkend [7]
 - 5. Controle op/beperking professional [1]
- x. Frustraties [2]
- b. Maatregelen [0]
 - 1. Benadrukken financiële noodzaak [6]
 - 2. DBC-waarde gebruiken bij interne budgetverdeling [9]
 - 3. Vertalen dbc's naar zorginhoudelijke info (zorgprofielen) [8]
- c. Knelpunten [0]
 - 5. Hinken op twee gedachten [2]
 - 1. Geen direct belang academie/loondienst [30]
 - 2. Geen direct belang arts-assistent [1]
 - 3. Dbc's leveren geen interessante informatie [5]
 - 4. Lastig te beïnvloeden (decentraal/vakver.) [4]
- d. Bezwaren [0]
 - 1. Gebrek direct persoonlijk belang [2]
 - arts-assistent specifiek [1]
 - 2. Geen goede afspiegeling werkelijkheid [0]
 - complexiteit [3]
 - 3. Administratielast te groot [3]
 - 4. Vroeger was het beter (FB / verrichtingenadmin) [0]
 - 5. Autonomiebeperkend [2]
 - 6. De invloed vanuit de politiek [10]
- e. Ondersteuning personeel [0]
 - 1. Personeel werkt ondersteunend [3]
 - 2. Er is weerstand [1]
 - 3. Verschillen jong/oud [0]
 - 4. Verschillen loondienst / maatschap [1]
- D. Positionering [0]
 - prioriteit [0]
 - a. Instrumenten voor in kaart brengen positie [0]
 - 0. Kostprijzen [21]

- 1. Aantallen dbc's [6]
- 2. Zorgprofielen [32]
- 3. Scorecards [4]
- 4. Benchmarkgegevens [31]
- 5. Interne vergelijking [11]
- b. Maatregelen [0]
 - 4. Anticiperen op basis van historie [2]
 - 1. Concurrentie [17]
 - 2. Specialisatie (differentiatie) [24]
 - 3. Samenwerking [9]
- c. Knelpunten [0]
 - 1. Concurrentieknelpunten [1]
 - Dbc's geven weinig kwalitatieve gegevens [10]
 - De enige die behandeling heeft [2]
 - Geen concurrentie in de regio [3]
 - Vrager groter dan aanbod [1]
 - 2. Differentiatieknelpunten [0]
 - Je hebt in iedere regio basiszorg nodig [3]
 - Specialisten willen diversiteit behouden [0]
- X. Werkcoderingen [0]
 - a. Scherpe formulering [5]
 - b. Mooi voorbeeld [4]
 - c. One-liner [5]
- Z. Actoren [0]
 - 1. Centrale DBC-functionaris [6]
 - 2. Decentrale DBC-functionaris [10]
 - 3. Manager [11]
- Sets [0]
 - Set 1 [0]

13. Eindnoten

¹ S3, S4, S5, S6, F4, M4

² F1, F2, F5, M3

³ S1, S3, M2, M4, M5

⁴ S1, S2, S3, S4, S5, M1, M2, M4, M5, F1, F2, F3, F4, F5

⁵ F4, S6, S3

⁶ F1, F5

⁷ F1, F3

⁸ M3

⁹ F2, F4

¹⁰ S4, F3, F4, F5, M1, M2, M4, M5

¹¹ F1, F2, F4

¹² F1, F5

¹³ F1, F3, F4

¹⁴ S1, S4

¹⁵ M2

¹⁶ M3

¹⁷ M1

¹⁸ S1, S4, M1, M2, M3, M4, M5

¹⁹ S2

²⁰ F2, M2

²¹ S4, S3

²² Richtlijnen AMC

²³ F2, nieuwsbrief DOT

²⁴ F1

²⁵ S2, M2

²⁶ S3, S6, F4

²⁷ S3, M4, S6

²⁸ S1, S2, S3, F2, F3, F5, M2

²⁹ S1, F1, F2

³⁰ S1, S2, S3, F2, F3, F5, M2

³¹ F1, F3, F5

³² F1, F3, F4, F5, M1, M2, M3, M3, M5

³³ F1, F2

³⁴ S4

-
- ³⁵ S1
³⁶ M1
³⁷ F3
³⁸ F3
³⁹ F2, F3
⁴⁰ Oriënterend gesprek 1
⁴¹ S2, F3, F5, M1
⁴² S3, M2, M3, M4, S6, F4, S4
⁴³ S2, S6, F4, M3
⁴⁴ S3, M2, M3, M4, S6, F4, S4
⁴⁵ M1
⁴⁶ S6
⁴⁷ S1, S2, S4, M1, M2, M5
⁴⁸ M1
⁴⁹ S1, S2
⁵⁰ S3, S5, S6, F3, F5, M4
⁵¹ M1
⁵² S1, F2
⁵³ S4, M5, F3
⁵⁴ S2, S4, S5, F3, F4, F5, M1, M2, M3, M4, M5
⁵⁵ S3
⁵⁶ F2, F4, M1, M2, M4
⁵⁷ S1, S2, S3, S4, S5, S6
⁵⁸ S2, S3, S4, S5, S6
⁵⁹ F1, F3, M1, M2, M3, M4, M5
⁶⁰ S3, F1, F3, M2
⁶¹ S2, S3, S4, S6, F1, F2, F3, F4, M2, M3, M5
⁶² S4, F1
⁶³ S6, F2, F3
⁶⁴ S2, F2
⁶⁵ S1, S3, S4, S6, F1, F3, M1, M2, M3, M4, M5
⁶⁶ S1, S4, F1, F4
⁶⁷ M1, M2, M5
⁶⁸ S2, F2
⁶⁹ F1
⁷⁰ S2, F2, M2
⁷¹ S4, S5, S6, M5

⁷² S1, M2, M4, M5

⁷³ S3, F1, F3

⁷⁴ S1, S2, S2, S4, S6, F1, F2 F3, F5, M1, M2, M3, M4, M5

⁷⁵ S4, S5,

⁷⁶ S4, S5, M1

⁷⁷ S1, S2, S3, S6, M2, M3, M4, M5

⁷⁸ S1, S4, F1, M1, M2,

⁷⁹ M2

⁸⁰ F1, M1, S4, F4

⁸¹ S6, F2, F3, M4

⁸² F5

⁸³ F5

⁸⁴ S1, S2, S3, S4, S5, S6, M1, M2, M3, M4, M5

⁸⁵ S6, F1, F3, F5, M1, M2, M3, M4, M5

⁸⁶ S2, M2

⁸⁷ S4

⁸⁸ S4

⁸⁹ M2, M3, M4

⁹⁰ M2

⁹¹ F3

⁹² F2

⁹³ S3

⁹⁴ S4, M5, S2, F3, F4

⁹⁵ S2, M2

⁹⁶ M3

⁹⁷ S2, M4, S6, F1, F3

⁹⁸ S3, F3

⁹⁹ S4, S5, M1

¹⁰⁰ S2, M2

¹⁰¹ M2, M4

¹⁰² S2, S3, S4, S6

¹⁰³ A1, F3, F4

¹⁰⁴ F2, F3, F4, M3, M4

¹⁰⁵ F3, F4, M4

¹⁰⁶ S4, S5