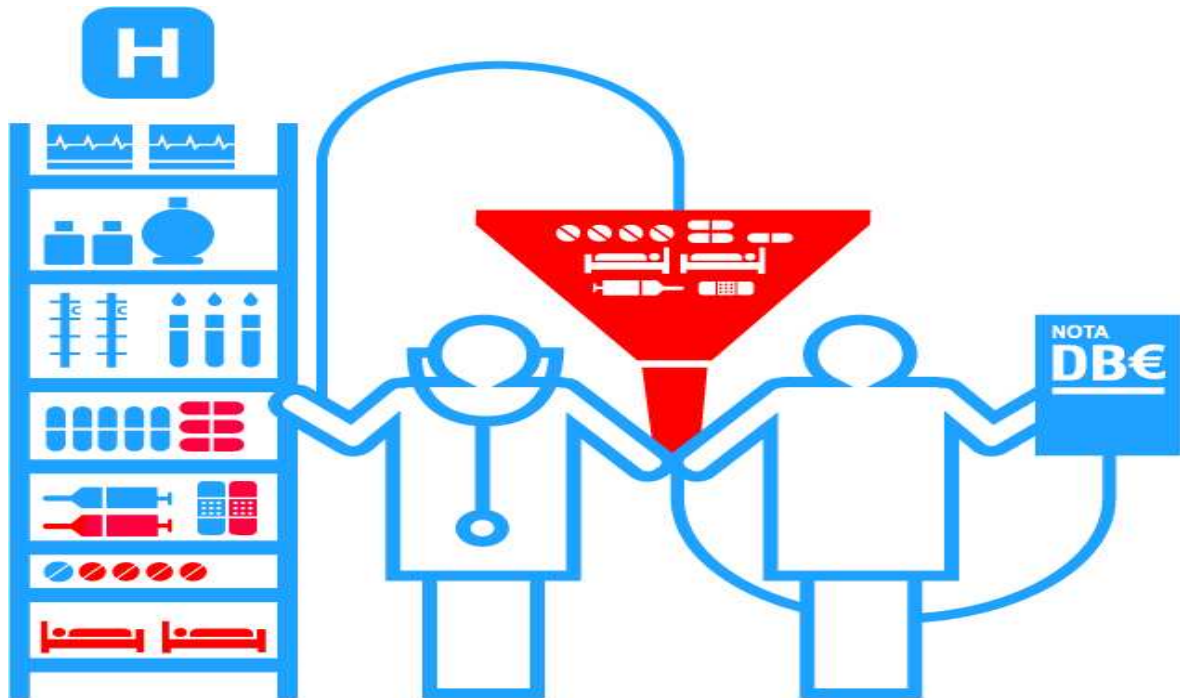


Nieuwe systematiek, nieuwe kansen?

Bachelorscriptie over interne sturing op basis van DBC's in de Geestelijke
Gezondheidszorg



Bachelorscriptie
Gezondheidswetenschappen,
Beleid en Management Gezondheidszorg
2006-2007

Begeleider: Drs. B.M. van Ineveld
Meelezer: Dr. Ir. J. Zuurbier
Datum: 25 juni 2007

Laura Holdermans
Nevadaweg 7
2905 AM Capelle aan den IJssel
010-4518150
lori_lorre@hotmail.com
Studentnr: 287487

Samenvatting

In deze scriptie is onderzoek gedaan naar de mogelijkheden van interne sturing op basis van DBC-registratie in de GGZ. De focus van het onderzoek ligt bij interne sturing op het uitvoerende gebied, verder is er ingegaan op interne sturing op middellange termijn, voor strategische beleidsvorming, externe sturing en facturatie op basis van DBC-registratie. Onderscheid is gemaakt tussen de sturingsmogelijkheden voor de invoering van de DBC-systematiek, de mogelijkheden op dit moment en in de toekomst. Verder onderscheid is gemaakt tussen ziekenhuizen en GGZ-instellingen.

Om de mogelijkheden voor interne sturing op basis van DBC-registratie te onderzoeken, is eerst een literatuurstudie gedaan. Na hier de mogelijkheden verkend te hebben, zijn interviews gehouden. Vier interviews zijn gehouden in GGZ-instellingen, twee bij ziekenhuizen en twee bij deskundigen. De resultaten van beide methoden zijn met elkaar vergeleken.

Het registratieproces in de GGZ-instellingen begint nu op orde te komen. Met name het kunnen geven van feedback en het stijgen van het urgentiebesef hebben hiertoe bijgedragen. Er zijn nog een aantal dingen die verbeterd moeten worden. Dit zijn onder andere het sluiten van de DBC en het registreren van (indirecte) tijd. Nu is het wachten tot ook de software optimaal is, zodat goede stuurinformatie verkregen kan worden. De ziekenhuizen zijn hier al verder mee en hebben reeds een aantal initiatieven ontwikkeld.

Bij interne sturing op het uitvoerende gebied bestaan volgens de theorie de mogelijkheden onder andere uit sturing op gegevens die uit benchmarks komen, casemixmanagement om de professionals aan te kunnen spreken op hun gedrag en kwaliteitsverbeteringen. Deze mogelijkheden worden nog niet ten volle benut, ook niet door de ziekenhuizen. Wel zijn zij bezig met veel projecten op dit gebied. De ziekenhuizen en GGZ-instellingen verwachten voor de toekomst dat er gebenchmarkt gaat worden. Op dit gebied zijn verschillende mogelijkheden. Op de vraag of dit een gewenste ontwikkeling is, is geen eenduidig antwoord te geven.

Bij interne sturing op middellange termijn bestaan de mogelijkheden onder andere uit het verbeteren van de planning en de capaciteit, het gebruik van kostprijzen als managementinformatie, het gebruiken van casemixmanagement om inzicht te krijgen in de interne verrekening en het gebruiken van benchmarkinformatie. Over het verbeteren van de planning en de capaciteit zijn de meningen verdeeld. De ziekenhuizen en GGZ-instellingen

zijn nog niet direct bezig met interne sturing op middellange termijn, wel zien zij de mogelijkheden zoals in de theorie ook beschreven.

Ook voor interne sturing op het gebied van strategische beleidsvorming kan benchmarkinformatie een rol spelen. Ziekenhuizen geven aan informatie over het prijstechnisch bekijken van zorgoplossingen al beschikbaar te kunnen krijgen, maar vinden de tijd nog niet rijp hiermee aan de slag te gaan. Ook GGZ-instellingen hebben de verwachting dat dit gaat gebeuren, maar hebben nog twijfels of dit mogelijk is in de GGZ. De mogelijkheden die theoretisch gezien aanwezig zijn, worden onderkend door de instellingen. Weerstanden die op deze sturingsgebieden vooral verwacht worden hebben te maken met veranderingen in het algemeen en met het extra moeten registeren.

Nu het registratieproces in de GGZ-instellingen bijna op orde is, is het tijd om te gaan sturen met de gegevens. Met name uit benchmarks op verschillende niveaus kan veel informatie gehaald worden. Mogelijkheden zijn onder andere taakherschikking, het aanspreken van de professionals op behandelmethoden, kwaliteitsverbetering, capaciteitsplanning, profileren op bepaalde zorgoplossingen en het opstarten of afstoten van bepaalde zorgoplossingen. GGZ-instellingen kunnen op dit gebied veel leren van ziekenhuizen, die hier al mee begonnen zijn.

Summary

In this paper you can read the results of a study of the possibilities of internal control on a basis of DBC's (Diagnose Behandel Combinatie – Diagnose Treatment Combinations) in the mental health care sector in The Netherlands. The focus of the study lies at internal control in the executive area, further are internal control for medium term discussions and strategic policymaking, external control and declaration on the basis of DBC-registrations discussed. A distinguishing has been made between the possibilities before the DBC-system has been introduced, possibilities now and in the future. A further distinguishing had been made between hospitals and the mental health care sector.

To explore the possibilities for internal control first a literature study has been done. After exploring the possibilities interviews are held. Four interviews are held in the mental health care sector, two in hospitals and two with experts on this area. The results of these methods are compared together.

The registration process in the mental health care institutes is coming in order now. Particularly the possibility to give feedback and the notion of urgency have contributed to this. There are still a few aspects to improve. These things are the closing of the DBC and the registering of (indirect) time. The institutes have to wait until the software has been completely updated, so they can get accurate control information. Hospitals already developed some initiatives on this front.

Possibilities of internal control in the executive area found in literature are controls on the basis of benchmark data, casemix management to address the specialists on their treatments behaviour and improvements of quality. These possibilities are not completely made use of in the hospitals or the mental health care institutes. The hospitals are developing a lot of activities on this front. The hospitals and the mental health care institutes expect benchmarks to take place. Different forms of benchmarks are possible. There is no unambiguous answer to the question of the desirability of benchmarking.

Possibilities of internal control for medium term discussions are improvements of planning and capacities, the use of cost prices as management information, the use of casemix management to get insights in internal budgets and the use of benchmark information. The hospitals and mental health care institutes are not directly working with these possibilities. However they do acknowledge the existing of those.

Benchmark information can play a role on the area of internal control on the front of strategic policymaking. Hospitals indicate they can get information about financial advantages and disadvantages of possible new activities. They think time is not ready yet to work with this information. Mental health care institutes also expect this development to take place, but they doubt if this development is possible in their sector. The examples of internal control on the front of strategic policymaking found in literature are acknowledged by the mental health care institutes. Resistance can be expected from specialist because they need to register more, and because of resistance of change in general.

Now the mental health care institutes almost have the registration process in order, the time had come to use the information for internal control. Benchmarks can be a useful source of information. Possibilities are for example the rearrangement of tasks, addressing the specialists on their treatment behaviour, improvements of quality, planning of capacities, profiling on certain aspects of care and starting or pushing down of aspects of care. Mental health care institutes can learn much from hospitals on this front, because they have made a start with these possibilities.

Voorwoord

Mijn stage in het eerste jaar heeft mijn interesse voor de GGZ gewekt. Bij de vele onderwerpen op de lijst met mogelijkheden voor de afstudeerscriptie vielen de DBC's mij op. Aangezien de DBC-systematiek net geïntroduceerd was in de GGZ leek het mij een mooie en interessante mogelijkheid beiden te combineren.

Bij deze wil ik graag iedereen bedanken die heeft meegewerkt aan dit eindresultaat door het geven van een interview (en het aangeven dat ik altijd terug mocht komen met vragen). Bovenal wil ik mijn begeleider, Drs. Van Ineveld bedanken. Wanneer ik het spoor even bijster was, heeft hij me weer op de goede weg geholpen.

Laura Holdermans,
26 juni 2007
Capelle aan den IJssel

Inhoudsopgave

1. Inleiding	8
2. Doelstelling, probleemstelling en deelvragen	9
3. Achtergrond	11
4. Theoretisch kader	16
5. Methoden	24
6. Resultaten	28
7. Conclusie	47
8. Discussie en aanbevelingen	51
9. Literatuurlijst	54

1. Inleiding

Aanleiding voor dit onderzoek is het onlangs uitgebrachte rapport “Met de wind in de rug” (Looymans en Singeling, 2006). Dit rapport is de uitkomst van een onderzoek naar de invoering van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). In het rapport is de stand van zaken met betrekking tot de invoering van de DBC's in de GGZ bekeken. Hierbij werd gekeken naar mogelijke knelpunten op het gebied van training, registratie, ICT, kaderregeling AO/IC (Administratieve organisatie/Interne controle) en het kostprijsmodel. Met een gestructureerde vragenlijst heeft het onderzoeksteam gevraagd naar het gehele DBC-proces in de instellingen. In mei 2006 zijn de 36 deelnemende instellingen bezocht. Door het systematisch doorlopen van de vragenlijsten is er in de instellingen bewustzijn ontstaan over welke dingen nog moeten gebeuren (Looymans en Singeling, 2006).

In dit rapport zal gekeken worden naar hoe de registratie van DBC's gebruikt kan worden voor interne sturing. Op het gebied van registratie wordt in het rapport van Looymans en Singeling (2006) gekeken naar het open en sluiten van een DBC, de typering van de DBC, het vastleggen van verrichtingen, het registreren van directe en indirecte tijd en het gebruik van de CONO (Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ) beroepenstructuur. Dit onderzoek zal dieper ingaan op het proces van registratie en zal kijken hoe de registratie door de instellingen kan worden gebruikt. De focus ligt hierbij op het gebruik van registratie voor interne sturing.

Het doel van dit kwalitatieve onderzoek is het registratieproces van DBC's in de GGZ te beschrijven en daarna te onderzoeken hoe het registratieproces gebruikt kan worden voor interne sturing. Hierdoor kan dit onderzoek handvatten bieden aan organisaties die op weg willen komen met interne sturing. Er zijn hiervoor interviews afgenomen binnen GGZ-instellingen, ziekenhuizen en bij deskundigen.

2. Doelstelling, probleemstelling en deelvragen

Zoals eerder vermeld, ligt de focus van dit onderzoek bij registratie van DBC's in de geestelijke gezondheidszorg en het gebruik hiervan voor interne sturing op het uitvoerende gebied. Doelstelling van dit kwalitatieve onderzoek is:

"Het registratieproces van DBC's in de GGZ te beschrijven en aan de hand daarvan handvatten bieden voor interne sturing binnen de GGZ-instellingen."

Probleemstelling hierbij is:

"Hoe kan het registratieproces van de DBC's in de geestelijke gezondheidszorg gebruikt worden voor interne sturing op het uitvoerende gebied?"

Om deze vraag te kunnen beantwoorden worden de volgende deelvragen gebruikt:

1. Hoe verloopt het proces van registratie binnen de GGZ-instellingen?
2. Welke functies heeft DBC-registratie
 - a. Binnen de GGZ, in het oude systeem, de overgangssituatie en het nieuwe systeem?
 - b. Binnen ziekenhuizen, in het oude systeem, de overgangssituatie en het nieuwe systeem?
 - c. Volgens deskundigen?
 - d. Volgens theorie?
3. Welke ideeën voor interne sturing zijn er
 - a. Binnen de GGZ, in het oude systeem, de overgangssituatie en het nieuwe systeem?
 - b. Binnen ziekenhuizen, in het oude systeem, de overgangssituatie en het nieuwe systeem?
 - c. Volgens deskundigen?
 - d. Volgens theorie?
4. Welke weerstandsfactoren worden verwacht bij het invoeren van interne sturing op het uitvoerende gebied op basis van DBC-registratie
 - a. Binnen de GGZ, in het oude systeem, de overgangssituatie en het nieuwe systeem?
 - b. Binnen ziekenhuizen, in het oude systeem, de overgangssituatie en het nieuwe systeem?
 - c. Volgens deskundigen?
 - d. Volgens theorie?

Door de antwoorden op de deelvragen wordt het duidelijk hoe het proces van registreren nu verloopt in de GGZ en bij de ziekenhuizen. Hierdoor wordt het mogelijk een vergelijking te maken. Omdat de ziekenhuizen al geruime tijd registreren zijn zogenoemde kinderziektes al verholpen. In de GGZ kan hiervan geleerd worden. Ook wordt een vergelijking gemaakt tussen de situatie voor de invoering van de DBC-systematiek, de situatie nu en in de toekomst.

3. Achtergrondinformatie

De GGZ (geestelijke gezondheidszorg) is te onderscheiden in de eerstelijns- en de tweedelijns GGZ. De eerstelijns GGZ kenmerkt zich door de generalistische aanpak. Hulpverlening vindt plaats door huisartsen, algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnspsychologen. Iedereen met problemen op het gebied van het maatschappelijk of het persoonlijk functioneren kan zich aanmelden. Het is een vangnet voor mensen die elders geen hulp (meer) kunnen krijgen. De hulpverlening is erop gericht de cliënt psychisch en maatschappelijk zelfstandig te laten functioneren (NIVEL, 2006). Complexe problematiek wordt doorverwezen naar de tweedelijns GGZ.

Op dit moment zijn er 103 instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Deze instellingen zijn onder te verdelen in zeven categorieën namelijk: Geïntegreerde instellingen, Algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ), RIAGG (Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg), Regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW), Forensische psychiatrie, Kinder en Jeugdpsychiatrie en verslaafdenzorg. In onderstaande tabel is te zien hoe de verdeling is.

	Totaal aantal instellingen	Percentage totaal aantal instellingen
Geïntegreerde instellingen	39	37,86
APZ	7	6,80
RIAGG	6	5,83
RIBW	22	21,36
Forensische psychiatrie	6	5,83
Kinder en Jeugdpsychiatrie	11	10,68
Verslaafdenzorg	12	11,65
Totaal	103	100

Tabel 1: Onderverdeling instellingen GGZ.

Bron Looymans en Singeling (2006)

Eind 2001 is door toenmalig minister Borst samen met de koepels GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland het besluit genomen om in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in te voeren. Een belangrijke reden om DBC's in de GGZ in te voeren was het bewerkstelligen van meer transparantie in de GGZ. Transparantie is nodig om in de toekomst een goede marktwerking mogelijk te maken. Eind 2003 is besloten om de op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg over te hevelen van de AWBZ naar de nieuwe zorgverzekeringswet. Gevolg hiervan is dat de delen van de

GGZ die overgeheveld worden wat betreft organisatie en financiering aan moeten sluiten bij de curatief somatische zorg in het tweede compartiment. Dit betekent dat er wordt aangesloten bij de ontwikkeling van DBC's zoals die ook voor de curatief somatische zorg worden ontwikkeld (Hoogervorst, 2004). Dit is een grote verandering ten opzichte van de financiering zoals hij eerst verliep. De GGZ-instellingen werden betaald vanuit de AWBZ. De meeste kosten van de AWBZ lopen via de Wet Tarieven Gezondheidszorg. Deze wet geeft aan hoe het tarief bepaald moet worden wat de partijen ontvangen voor het leveren van een prestatie. De zorgkantoren zijn de uitvoerders van de AWBZ. Het zorgkantoor maakt productieafspraken met de GGZ-instellingen. Het budget wordt bepaald door het vermenigvuldigen van de tarieven met de productieafspraken.

Een DBC is het geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit de zorgvraag van de patiënt. Het gaat om medische en medisch ondersteunende diensten. De DBC benoemt iedere stap in de behandeling van de patiënt, het zogenoemde zorgpad. De DBC's zijn op 1 januari 2005 ingevoerd voor ziekenhuizen en medisch specialisten. Er is onderscheid te maken tussen A-segment DBC's en B-segment DBC's. De B-segment DBC's tellen voor ongeveer 10% van de door ziekenhuizen geleverde zorg en zijn de DBC's waarbij daadwerkelijk met verzekeraars afspraken worden gemaakt over prijs, volume en kwaliteit. Bij de A-segment DBC's wordt wel gedeclareerd volgens DBC's, maar vindt de bekostiging nog plaats op basis van FB-parameters. Bedoeling is dat een steeds groter deel van de geleverde zorg onder B-segment DBC's valt (Zuurbier en Krabbe-Alkemade, 2004; 29-30).

Begrippen als transparantie, marktwerking en prestatiegerichte bekostiging zijn de uitgangspunten van de DBC-financiering. In de instellingen moet gestuurd worden op kwaliteit, doorlooptijd en kosten (Zuurbier en Krabbe-Alkemade, 2004; 29). Zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars als medisch specialisten hebben een reden om naar een nieuw financieringssysteem te gaan, in plaats van te blijven financieren op basis van de FB-systematiek. Voor ziekenhuizen ligt die reden in de recente ontwikkelingen van de zorgverlening. Er is sprake van een verschuiving van klinische naar poliklinische behandeling en in de FB-systematiek zorgde dat voor lagere opbrengsten en hogere kosten. Vanuit de ziekenhuizen was men ook op zoek naar een systeem waarin de bekostiging van specialisten en het ziekenhuis gelijkgericht is. Het verrichtingensysteem zoals gold voor de medisch specialist bood namelijk tegengestelde prikkels als de FB-systematiek deed voor ziekenhuizen. De zorgverzekeraars waren op zoek naar een transparante systematiek die inzicht geeft in de productie waarvoor betaald wordt. De medisch specialisten wilden een

systematiek die "loon naar werken" garandeerde (Zuurbier en Krabbe-Alkemade, 2004; 30-31).

Voor het ministerie van VWS is het vooral belangrijk dat DBC's leiden tot transparantie, marktwerking en prestatiegerichte bekostiging. De doelstelling van het ministerie is om naar een decentraal sturingsmodel te gaan (Zuurbier en Krabbe-Alkemade, 2004; 31).

Mijlpalen op het gebied van de invoering van DBC's in de GGZ zijn als volgt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Zorg (VWS) vastgelegd:

- Per 1 januari 2006 verplichte DBC registratie
- Per 1 juni 2006 verplichte levering gegevens aan DIS (DBC-informatiesysteem)
- Per 1 januari 2006 GGZ aanspraken onderdeel van de Zorgverzekeringswet (Zvw)
- Tot 1 januari 2008 declaratie op basis van de huidige CTG-parameters
- Vanaf 1 januari 2008 declaratie op basis van DBC's bij de zorgverzekeraars (Hoogervorst, 2006).

Looymans en Singeling (2006) hebben een onderzoek gedaan naar de stand van zaken met betrekking tot de invoering van DBC's in de GGZ in mei 2006. Zij hebben bij hun onderzoek gekeken naar de mate van training in de organisatie, de mate van registratie, de naleving van de spelregels voor registraties, het gebruik van ICT, de kaderregeling AO/IC (administratieve organisatie/interne controle) en het kostprijsmodel.

Over de mate van training wordt geconcludeerd dat de training door de instellingen verschillend is aangepakt. In 29 van de 36 instellingen die meededen aan het onderzoek zijn de professionals voldoende geïnformeerd over de DBC-registratie. Het is duidelijk hoe er geregistreerd moet gaan worden, er is echter weinig geregeld over vervolgoopleidingen die nodig zijn om mutaties in het systeem ook te vertalen naar de werkvloer. Ook de terugkoppeling naar de professionals is nog beperkt geregeld. Aanbevolen wordt om een set van relevante foutmeldingen op te stellen. Dit kan gebruikt worden door de projectleider en als terugkoppeling naar de professionals. De set van foutmeldingen moet door de leveranciers van ICT opgenomen worden in hun software.

Uit de gesprekken blijkt dat de instellingen pragmatisch omgaan met de spelregels voor DBC-registratie zoals die landelijk zijn vastgesteld. De instellingen wijken af om een aantal redenen:

- De CONO beroepenstructuur is niet altijd toepasbaar omdat in de GGZ gewerkt wordt met functionarissen waarvan de opleiding niet voorkomt in de structuur

- De directe en indirecte tijden worden niet correct geregistreerd omdat dat teveel druk op de organisatie legt.
- Het openen en sluiten van DBC's sluit niet aan bij de manier waarop er in de GGZ met de patiëntenpopulatie wordt omgegaan.
- De normtijden worden niet correct toegepast omdat het een te grote tijdsdruk op de instelling legt.

De gewenste uniformiteit van het systeem komt in gevaar omdat instellingen proberen om het landelijke systeem toe te passen op de eigen instelling. In principe wordt dit niet toegestaan door de spelregels, maar er wordt geen controle uitgevoerd. Het is nodig om de toepassing van de spelregels te uniformeren om in de toekomst vergelijking tussen instellingen mogelijk te maken. Interpretatie van de spelregels vraagt ook om meer duidelijkheid.

Aanbevelingen op het gebied van de toepassing van spelregels zijn onder andere het organiseren van landelijke ondersteuning. Het instellingsoverschrijdende belang van de registratie moet meer onder de aandacht gebracht worden, hierdoor wordt het belang van uniform registreren duidelijker en zal op termijn vergelijking tussen instellingen mogelijk worden. Vanuit de instellingen wordt de behoefte kenbaar gemaakt om een centraal ingerichte helpdesk te openen.

Op het gebied registratie is duidelijk geworden dat inmiddels alle instellingen begonnen zijn met de registratie. Het grootste deel van de instellingen heeft echter nog geen idee van de kwaliteit van de registratie. Dit komt mede omdat signaleringslijsten ontbreken. Bij de registratie van oude cliënten bestaan nog achterstanden. Niet bij alle softwareprogramma's is het mogelijk de geldende spelregels volledig te volgen. Aanbeveling is om uniforme signaleringslijsten in te voeren. Naar de instellingen moet snel gecommuniceerd worden wat besloten wordt betreffende de registratie van oude cliënten.

Op het gebied ICT is gebleken dat de aangeleverde software niet voldoet aan de gestelde eisen. Hierdoor volgen nieuwe versies elkaar snel op, wat leidt tot aanzienlijke inspanningen voor de instellingen op het gebied van testen en implementeren. Instellingen hebben het gevoel dat er op landelijk niveau te weinig regie wordt uitgevoerd op ICT-niveau. Geconcludeerd werd dat meer dan de helft van de onderzochte instellingen op 1 juni 2006 niet klaar zouden zijn voor aanlevering van gegevens aan DIS. Belangrijkste aanbevelingen zijn zorgen voor een duidelijke centrale regie en het vooraf controleren van geleverde software.

Op het gebied van de kaderregeling AO/IC zijn nog beperkte resultaten geboekt. Instellingen hebben meer informatie nodig om de procedures op te zetten (Looymans en Singeling, 2006).

4. Theoretisch kader

De DBC-registratie levert veel informatie op voor het management van ziekenhuizen of GGZ-instellingen. Door de koppeling van de DBC-registratie aan het al bestaande registratiesysteem (Zoals het ZIS (ziekenhuisinformatiesysteem) in de ziekenhuizen), ontstaat informatie over de gemiddelde verrichtingenmix. Hierdoor komt informatie beschikbaar die dat eerst niet was, voorbeelden hiervan zijn dat aan het eind van het jaar de behandelend specialist kan zien hoe hij gemiddeld omgaat met patiënten met een bepaalde zorgvraag. Hij kan zien welke behandelingen worden aangevraagd, welke afdelingen in welke volgorde worden gezien, wat de omvang en de aard van de vraag naar onderzoeken en verrichtingen is, wat de gemiddelde doorlooptijd en verpleegduur zijn. Er ontstaat een gezamenlijk begrippenkader voor de medisch specialisten en ziekenhuismanagers waarbij de financiering en het productieproces aan elkaar gekoppeld worden. Transparantie is daarbij een belangrijk begrip (Zuurbier et. al., 2003). Hierdoor wordt de DBC-registratie een belangrijk sturingsinstrument. Sturing kan op verschillende gebieden plaats vinden, te weten intern, extern en ten behoeve van facturatie. Verderop in de tekst zal duidelijk worden wat deze vormen inhouden en zal verder gefocussed worden op de verschillende manieren van interne sturing.

Agentschapstheorie

Een belangrijke theorie die toegepast kan worden op de DBC-registratie is de agentschapstheorie. De agentschapstheorie is een economische theorie waarin contracten tussen principaal en agent centraal staan. De agent zal op basis van het contract werkzaamheden uitvoeren voor de principaal, wat resulteert in inkomsten voor de agent. De principaal is degene die van de ander iets verwacht. De agent is degene die iets moet doen voor de ander. De agent heeft altijd meer informatie dan de principaal en heeft ook andere belangen dan de principaal. De agent is 'lui' en risicomijdend, hij wil zichzelf zo min mogelijk inspannen. De agent is hierdoor niet geneigd (juiste) informatie te verschaffen en zal zich opportunistisch gedragen. De principaal is risiconutraal en heeft belang bij een grote inspanning van de agent. De principaal zal daarom proberen de informatieasymmetrie op te heffen, door bijvoorbeeld een vorm van monitoring (het volgen van de inspanningen van de agent), bonding (het overeenkomen van beperkingen of verplichtingen die de agent verplicht is de accepteren in het belang van de principaal) of incentives (beloningsvormen die de agent prikkelen tot inspanning). Dit leidt tot beheerskosten, die worden aangeduid als agentschapskosten. De keuze voor een maatregel is een economische keuze op basis van de opportunitycosts. De centrale vraag binnen de agentschapstheorie is 'hoe kan de principaal mogelijke gedragsrisico's bij de agent op doelmatige wijze voorkomen of beperken (Vosselman, 2001). Uitgangspunt in dit paradigma is dat er een optimum is tussen de hogere

beheerskosten enerzijds versus een kostenreductie anderzijds welke een gevolg is van een verbeterde contractvorming (Zuurbier, 2004). Allerlei soorten contacten binnen een organisatie kunnen worden beschouwd door de bril van de agentschapstheorie. De organisatie wordt gezien als een set van afspraken tussen diverse actoren. Er zijn een aantal principalen die een aantal bevoegdheden of verantwoordelijkheden af wil staan een of meerdere agenten (Vosselman, 2001).

De agentschapstheorie heeft een aantal betekenissen voor sturing. Zo wijst de agentschapstheorie op het belang van interne verslaggeving voor de vermindering van informatieasymmetrie. Interne verslaggeving kan helpen bij het voorkomen van gedragsrisico's. Verder heeft de agentschapstheorie betekenis voor de inrichting van management-control relaties. Deze relaties, bijvoorbeeld tussen een locatiehoofd en een afdelingsmanager, kunnen gezien worden als contractrelaties. Bij het inrichten van management-controlprocessen doen zich keuzes voor die zijn te typeren als vormen van monitoring, bonding of risico-overdracht (Vosselman, 2001).

Bij de interne budgettering van ziekenhuizen is sprake van een agentschapsrelatie tussen ziekenhuisdirectie en afdelingshoofd. De interne afdelingsbudgetten zijn te zien als (informele) contracten. Deze interne beheersrelatie is een afgeleide van een externe beheersrelatie, namelijk die tussen verzekeraars en ziekenhuisdirectie. Het (formele) contract in deze relatie is het afgesproken ziekenhuisbudget of DBC-contract. Een derde agentschapsrelatie binnen het ziekenhuis is die tussen arts en patiënt. Het (informele) contract in deze relatie is gebaseerd op de diagnosestelling. Deze agentschapsrelaties komen bij elkaar op het moment dat een afdelingshoofd verrichtingen produceert en dus kosten maakt, op aanvraag van professionals (ibid.).

De gewenste vorm van interne besturing, is die waar de agentschapsrelaties tussen ziekenhuisdirectie en afdelingshoofd en tussen arts en patiënt bij elkaar komen en volumeafspraken met elkaar maken. Doordat in de agentschapsrelatie tussen verzekeraar en ziekenhuisdirectie de afspraken ook worden gebaseerd op dezelfde volumeafspraken ontstaat transparantie en wordt de informatieasymmetrie gedeeltelijk opgeheven (ibid.). Door een vermindering van de informatieasymmetrie komen er gegevens beschikbaar die er voor de invoering van DBC's nog niet waren. Dit biedt mogelijkheden voor interne sturing op drie gebieden, het uitvoerende gebied, planning en strategie.

Mogelijkheden registratie

DBC-registraties kunnen voor drie doeleinden gebruikt worden, namelijk interne sturing, externe sturing en facturatie. Externe sturing is sturing door en naar externe stakeholders. In de zorgsector kan onder andere gedacht worden aan de overheid. Externe sturing is nodig omdat er controle en naleving van afspraken plaats moet vinden, en dit alleen mogelijk is wanneer er gestuurd wordt op basis van DBC-registratie (Zwakkenberg, 2004). Een partij die door de invoering van DBC's een grotere rol is gaan spelen is de verzekeraar. Externe sturing heeft een belangrijke stempel gedrukt op interne sturing doordat de accounting informatiesystemen gevormd werden door de eisen die aan de externe verslaglegging werden gesteld. De basisgegevens voor externe doeleinden gebruikt zijn in veel organisaties de input voor de managementinformatie (Vosselman, 2001).

Samenhangend met de externe sturing is ook het ondernemerschap in de zorg. Het ondernemerschap in de zorg vertaalt zich vooralsnog niet als een harde commerciële instelling gericht op het behalen van winst van de instellingen in de zorg. Het ondernemerschap in de zorg uit zich vooral in het zoeken naar een meer bedrijfsgerichte aanpak. Instellingen in de zorg zien zichzelf als maatschappelijk ondernemers, als instellingen die met het gebruik van een bedrijfsgerichte aanpak, met zowel publieke als private middelen, maatschappelijke doelstellingen willen bereiken (v.d. Grinten, 2006; Putters 2001).

DBC-registratie is ook nodig ten behoeve van de facturatie. Wanneer instellingen hun DBC's niet (goed) registreren ontvangen zij geen geld. Het facturatieproces bestaat uit het registreren van de patiëntinformatie en het verlenen van zorg, het eventueel aanvragen van een machtiging en het declareren van de zorg. Het uitgangspunt van het facturatieproces is elektronische declaratie. De declaratie kan plaats vinden wanneer de DBC is afgesloten en gevalideerd. De feitelijke afrekening tussen zorgverzekeraar en aanbieder zal tweewekelijks of maandelijks gebeuren (DBC GGZ, 2006). In dit onderzoek ligt de focus vooral op het gebruik van DBC-registraties voor interne sturing. Sturing op basis van DBC-registraties wordt ook wel casemix management genoemd.

Casemix management

Casemix management is bedrijfseconomische sturing op eindproducten in de zorg. In andere woorden het managen van het afgesproken aantal DBC's van ieder type (Zuurbier en Krabbe-Alkemade, 2004;87). Het achterliggende idee van casemix management is dat een groot gedeelte van de uitgaven van de instelling gebaseerd zijn op de keuzes voor een bepaalde behandeling die de professionals maken. Casemix management doet een poging om klinische activiteiten van de professionals te rationaliseren en vast te leggen, hierdoor

wordt de transparantie vergroot. Omdat er zo meer zicht is op de kosten die de professionals maken kan het management hierop sturen, tevens zorgt het voor een zelfdiscipline bij de professionals. Casemix informatie kan gebruikt worden om bij de financiering van de gezondheidszorg en binnen het interne managementsysteem binnen de instelling.

Casemix management begint bij de koppeling van geregistreerde DBC's aan gegevens uit het ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS). Door casemix management ontstaat informatie die voorheen niet beschikbaar was. Op het niveau van afzonderlijke DBC's is het moeilijk om intern te sturen. Er zijn duizenden DBC's mogelijk. Vele van de bestaande DBC's zullen zeer weinig tot nooit gebruikt worden. Daarom is het nodig om DBC's te groeperen in DBC-productgroepen (Van de Pol en Kroon, 2006). Interne sturing is verder nader te verdelen in het gebruik van de DBC-registratie op het uitvoerende gebied, ofwel het vergelijken of benchmarken en het kijken naar informatiestromen, het gebruik op middellange termijn, ofwel het gebruik voor de jaarplanning en het vaststellen van het budget en het gebruik van de registratie voor strategische beleidskeuzes.

Interne sturing op uitvoerend gebied

Onder interne sturing op het uitvoerende gebied is sturing die op korte termijn plaats vindt, wekelijks of maandelijks. De sturing grijpt direct in in het productieproces. De agentschapsrelatie die bij deze vorm van interne sturing bestaat, is die tussen afdelingshoofd en professional. Een hulpmiddel voor een optimale agentschapsrelatie tussen afdelingshoofd en professional, en dus voor optimale interne sturing op het uitvoerende gebied, kan het vergelijken van gegevens binnen en tussen instellingen, ofwel benchmarken zijn.

Benchmarking is de techniek waarbij systematisch en grondig de prestaties en achterliggende operationele en management vaardigheden van organisaties met een toonaangevende prestatie op een bepaald gebied onderzocht worden. Deze techniek heeft tot doel de eigen prestaties en werkmethoden te spiegelen aan de beste en nieuwe ideeën en inzichten te vertalen naar de eigen organisatie om te komen tot een drastische verbetering van de prestatie (Waalewijn en Kamp, 1994; DBC Onderhoud, 2007). DBC-registratie is goed bruikbaar voor benchmarken. Voor een vergelijking in de tijd, binnen de eigen organisatie, zijn de gegevens zonder meer bruikbaar. Wanneer vergeleken wordt met andere instellingen moet rekening gehouden worden met onder andere verschillen in zorgzwaarte. Door gebruik te maken van benchmarken kan de kwaliteit van het zorgproces verbeterd worden en kunnen de professionals aangesproken worden op hun gedrag.

Op basis van beschikbaarheid van gemiddelde behandelprofielen per DBC kan een plan gemaakt worden om de kwaliteit in een zorginstelling te verbeteren, bijvoorbeeld door

klinische paden te ontwikkelen. Hiervoor zijn vijf stappen van belang. Ten eerste moet er een keuze gemaakt worden voor de DBC's die in grote mate voorkomen of die voor hoge kosten zorgen (80/20 regel, 80% van de kosten wordt veroorzaakt door 20% van de DBC's). Van deze DBC's worden de aantallen, de gemiddelde behandelprofielen en de totale kosten berekend. Ten tweede moeten de kwaliteitsverbeteringen procesgericht aangepakt worden. De verbeteringen moeten gericht zijn op meetbare criteria. Ten derde moet er een multidisciplinair verbeterteam tot stand gebracht worden. Ten vierde is de inzet en betrokkenheid van medisch specialisten in het verbeterteam onontbeerlijk. Ten vijfde worden in het verbeterteam verschillende scenario's besproken, kwaliteits- en kostenimplicaties worden bekeken en aan de hand daarvan wordt het beste scenario gekozen. Naast interne verbetering kan door de beschikbaarheid van gemiddelde behandelprofielen per DBC's ook een kwaliteitsverbetering per DBC plaatsvinden (Zuurbier et. al., 2003; Zuurbier en Krabbe-Alkemade, 2004;85). Bovendien is het voordeel van DBC's bij het voeren van deze discussies "dat je informatie hebt waarmee je dezelfde taal kan spreken."

Crom (2005) heeft in zijn thesis onderzocht of DBC's ertoe zullen leiden dat professionals elkaar nadrukkelijker aan zullen spreken op het gebruik van middelen. Medisch specialisten zullen zeker niet over de grenzen van het eigen specialisme andere professionals aanspreken. Of het binnen het eigen specialisme wel gebeurd is afhankelijk van de organisatiecultuur. Het hangt onder andere af van in hoeverre de afdeling een team is en van de gezamenlijke historie. Toch zal ook dan het aanspreken alleen gebeuren wanneer dat gefaciliteerd wordt. Naar mate de financiële consequenties van de DBC's groter zijn, zal het kunnen en willen aanspreken van andere specialisten ook hoger worden (Crom, 2005).

Casemixmanagement kan voor interne sturing op het uitvoerende gebied gebruikt worden. Met behulp van casemixmanagement komt namelijk informatie beschikbaar over het behandelingsgedrag van de professionals. Activiteiten van de professionals worden hierdoor vastgelegd en gerationaliseerd. Casemix informatie kan ook gebruikt worden in een poging het werk van de professionals te beïnvloeden (Doolin, 1999). Met de informatie die vanuit het casemix management beschikbaar komt kan onder andere het evalueren van producten of afdelingen op het gebied van winstgevendheid, het rationaliseren van keuzes op het gebied van inzet van schaarse middelen, het bepalen van outputlevels, het veranderen van de productieprocessen en het bepalen van de prestaties van afdelingen of professionals (ibid.).

Interne sturing op middellange termijn

Onder interne sturing op middellange termijn moet bijvoorbeeld gedacht worden aan het vooraf plannen van benodigde capaciteit op basis van het aantal afgesproken DBC's, inzicht

in de interne verrekening en het opstellen van budgetten. Dit is sturing met als termijn een jaar. De agentschapsrelaties die hierbij een rol spelen zijn die tussen verzekeraar en instelling en tussen directie en afdelingshoofd, Door de afspraken met de zorgverzekeraars over het aantal DBC's van iedere soort is vooraf bekend hoeveel capaciteit nodig is, ook is het traject wat de patiënt doorloopt van tevoren duidelijk doordat in de DBC beschreven is welke diagnostiek en behandeling de patiënt hoogstwaarschijnlijk zal moeten ontvangen. Door de kostenhomogeniteit en de medische herkenbaarheid van DBC's kan bepaald worden hoeveel medisch ondersteunend personeel en hoeveel specialisten nodig zijn. Er zijn tijdsnorm-studies gedaan die aangeven hoeveel tijd een medisch specialist besteed aan een activiteit, koppeling hiervan aan het verwachte aantal DBC's per periode geeft aan hoeveel behoefte er bestaat aan medisch specialistische inzet (Zuurbier et. al, 2003).

Door de DBC-registratie moeten de instellingen de kostprijzen van hun producten berekenen. Deze kostprijzen moeten zij weten om een goede verkoopprijs aan de verzekeraars door te berekenen. Echter kunnen kostprijzen niet alleen daarvoor gebruikt worden, maar kunnen zij ook gebruikt worden als managementinformatie voor interne sturing. Kostprijzen kunnen met name gebruikt worden voor interne sturing op middellange termijn en voor strategische beleidsvorming. Voorbeelden van beslissingen waarbij kostprijzen gebruikt kunnen worden zijn het beslissen over de introductie danwel afstoting van producten en beslissingen over de casemix (Vosselman, 2001).

Casemix management kan inzicht geven in de interne verrekening, dat wil zeggen DBC's en/of verrichtingen als middel om productie en kosten te verantwoorden. Ook komt er dan zicht op prijsverschillen, efficiencyverschillen en bezettingsverschillen. Casemix management kan ook intern gebruikt worden om informatie over kwaliteit en kosten te genereren, de capaciteitsplanning te verbeteren en de doorlooptijden te verkorten. Met DBC's zal nadrukkelijker op geld worden gestuurd dan in de FB-systematiek het geval was (Crom, 2005). De financiële afwegingen zijn een sterkere rol gaan spelen bij discussies over de te realiseren productie. Zo leiden financiële prikkels tot verhoging van de efficiency van de geleverde zorg. Verder bepalen financiële prikkels in sterkere mate welke zorg wordt geleverd, terwijl de effecten daarvan zich ook uitstrekken naar de andere kerntaken (ibid.).

Door het gebruik van gemiddelde behandelprofielen kunnen activiteitenbudgetten per afdeling gemaakt worden op basis van gemaakte productieafspraken met de verzekeraars. Deze activiteitenbudgetten kunnen daarna vertaald worden naar kostenbudgetten per afdeling, dit gebeurt met behulp van kostprijzen. Door deze wijze van begroten ontstaat een gezamenlijk begrippenkader voor directies, medisch specialisten en zorgverzekeraars

(Zuurbier et. al., 2003). Door deze wijze van begroten kan er een relatie worden gelegd tussen een toe- of afname van de productie en de daarbij horende begroting en kan er extra managementinformatie worden verkregen. Dit zijn voordelen boven de FB-systematiek.

Benchmarken kan ook als instrument gebruikt worden voor sturing op de middellange termijn. De benchmark wordt dan niet gebruikt om de kosten en de kwaliteit te vergelijken maar om accentverschillen in de casemix aan te brengen

Interne sturing voor strategische beleidsvorming

Interne sturing voor strategische beleidsvorming betekent dat de instelling stuurt op het strategische beleid wat de instelling voor ogen heeft. Dit is sturing op lange termijn, in de periode van ongeveer 5 jaar. De agentschapsrelatie die hier een rol speelt is die van directie en afdelingsmanagement, net als bij interne sturing op middellange termijn. Vaak is er een document, zoals een beleidsplan, waar de koers van de instelling voor de komende periode in is vastgelegd. Interne sturing vindt plaats op basis van dat document zodat de instelling de juiste koers vaart. Het werkproces binnen de instelling is ook voedingsbron voor strategische beleidsvorming. Wanneer aan het licht komt dat bepaalde processen niet optimaal werken binnen een organisatie kan dat een belangrijk beleidspunt worden in de toekomst, waarop dan weer intern gestuurd gaat worden.

Ook voor sturing op lange termijn is benchmarken een bruikbaar instrument. Het gaat dan nog verder dan accentverschillen, zoals bij sturing op de lange termijn. Hierbij kan gedacht worden aan het afstoten van bepaalde activiteiten of juist het ontplooiën van nieuwe activiteiten.

Er komen niet alleen meer mogelijkheden voor interne sturing, ook zijn er een aantal nadelige gevolgen te benoemen. Gevolgen zijn onder andere een toenemende kwetsbaarheid omdat er minder declaratiemomenten zijn. Namelijk alleen na afsluiting van een DBC en niet na elk contact met de patiënt, een verschuiving van de focus omdat meer contacten per patiënt niet meer opbrengsten oplevert, een verschuiving van de sturing naar aantallen patiënten en de kosten van een traject en tot slot veel onderhanden werk (Van der Pol, 2005). Het onderhanden werk geeft aan hoeveel werkzaamheden zijn verricht waarvoor nog geen factuur gestuurd is, het geeft dus aan hoeveel geld een onderneming nog tegoed meent te hebben.

Weerstand

Weerstand wordt vooral verwacht vanuit de artsen. Het feit dat zij tijd moeten gaan registreren en dat het tijdschrijven een structureel onderdeel van hun werk wordt zal tot weerstanden leiden. De DBC-registratie zal de eerste periode leiden tot een toename van administratieve lasten en daarmee gepaard een afname van de patiëntgebonden tijd (Klompenhouwer en Vos-Deckers, 2005). Er zijn wel verschillen waar te nemen, zo zijn bij instellingen met een levensbeschouwelijke inslag de weerstanden zo goed als afwezig geweest, zowel in de lijn als bij de professionals (Looymans en Singeling, 2006).

Conclusie

In dit hoofdstuk is duidelijk geworden dat sturing op basis van DBC-registraties een meerwaarde heeft boven sturing voordat de DBC-systematiek geïntroduceerd werd. Er is namelijk meer informatie beschikbaar. Er is veel meer transparantie. De DBC-registratie heeft verschillende functies op het gebied van sturing namelijk extern, ten behoeve van facturatie en intern. Intern kan dit nog onderverdeeld worden in interne sturing op het uitvoerende gebied, voor middellange termijn en voor strategische beleidsvorming. Bij interne sturing op het uitvoerende gebied bestaan de mogelijkheden onder andere uit sturing op gegevens die uit benchmarks komen, casemixmanagement om de professionals aan te kunnen spreken op hun gedrag en kwaliteitsverbeteringen. Bij interne sturing op middellange termijn bestaan de mogelijkheden onder andere uit het verbeteren van de planning en de capaciteit, het gebruik van kostprijzen als managementinformatie, het gebruiken van casemixmanagement om inzicht te krijgen in de interne verrekening en het gebruiken van benchmarkinformatie. Ook voor interne sturing op het gebied van strategische beleidsvorming kan benchmarkinformatie een rol spelen, de focus van de benchmark ligt dan anders dan wanneer de benchmark gebruikt wordt voor sturing op middellange termijn of sturing op het uitvoerende gebied. Belangrijk is rekening te houden met de weerstand van professionals door de administratieve lastenverhoging die optreed doordat er op dit moment extra geregistreerd moet worden.

5. Methoden

Om de probleemstelling zo volledig mogelijk te kunnen beantwoorden is er gebruik gemaakt van methodentriangulatie. In andere woorden, er is gebruik gemaakt van meerdere methoden om de probleemstelling te beantwoorden, te weten literatuuronderzoek en interviews. In de eerste fase is literatuur gezocht op meer grip te krijgen op de begrippen Geestelijke gezondheidszorg, DBC's en registratie van DBC's. Verder is theorie gezocht worden over interne sturing en weerstandsfactoren. De literatuur is voornamelijk gezocht via Internet. Zoekmachines die daarvoor gebruikt zijn waren google.nl en scholar.google.com. Zoektermen die gebruikt werden zijn onder andere: DBC, GGZ, registratie, DRG en Mental health care. Bij de gevonden documenten is ook gezocht binnen de literatuurlijst. Verder is gezocht via websites van het ministerie van VWS en Prismant en de sites www.dbcggz.nl en www.ggz nederland.nl. Ten slotte is ook nog contact gezocht met deskundigen die zich bezig houden met de invoering van de DBC's. Dit wordt gedaan omdat de invoering van DBC's een heel recent onderwerp is en er daardoor nog weinig over geschreven is. Datgeen wat geschreven is, is niet altijd meer actueel aangezien er steeds wijzigingen in het systeem worden gemaakt. De gevonden informatie wordt gebruikt voor het theoretische gedeelte van de scriptie. Dit gedeelte is een inleiding op de tweede fase van het onderzoek.

In de tweede fase van het onderzoek is contact gezocht worden met een aantal instellingen binnen de GGZ en de ziekenhuiszorg. Zoals in het theoretisch kader beschreven is er in de GGZ onderscheid te maken tussen zeven verschillende soorten instellingen. In dit onderzoek is het streven interviews te houden bij vier geïntegreerde instellingen. Hiervoor is gekozen omdat een groot aantal instellingen in de GGZ geïntegreerde instellingen zijn. In eerste instantie was gekozen ook interviews af te nemen bij RIBW's, hier is later toch vanaf gezien aangezien in de meeste geïntegreerde instellingen RIBW's vertegenwoordigd zijn. Er is gekozen interviews te houden bij meerdere dezelfde soort instellingen, de reden hiervoor is dat dit een vergelijking vergemakkelijkt.

Als eerste instelling is contact gelegd met Altrecht. Voor het contacteren van Altrecht is gekozen omdat zij zich al bezig houden met interne sturing op basis van DBC-registratie (zie hiervoor v.d Pol en Kroon, 2006). De andere drie geïntegreerde instellingen die zijn gecontacteerd zijn Rivierduinen uit Leiden, De Grote Rivieren uit Dordrecht en Bavo Europaart uit Rotterdam. Er is gekozen voor instellingen binnen de regio, omdat het een beperkt onderzoek is. Dit levert misschien extra problemen op voor de generaliseerbaarheid, maar levert ook meer mogelijkheden op voor vergelijking omdat het instellingen uit dezelfde regio zijn. Al deze instellingen hebben ook meegewerkt door middel van een interview.

Bij selectie van instellingen in de ziekenhuiszorg is geprobeerd zogenoemde koplopers op het gebied van DBC-registratie te interviewen. Hiervoor is gekozen omdat instellingen in de GGZ van die instellingen het meest kunnen leren. Gekozen is om 2 interviews te houden in twee ziekenhuizen. De ziekenhuizen die benaderd zijn zijn het Fransiscus Ziekenhuis in Roosendaal, omdat zij voorlopen op het gebied van registratie, en dit al snel binnen de organisatie goed verankerd was, waardoor de instelling ook de stap naar sturing sneller kan maken/gemaakt heeft en het Vlietland Ziekenhuis in Vlaardingen. Het Vlietland Ziekenhuis is innovatief op het gebied van registratie, zo is onder andere een proef geweest met mobiel registreren. Deze instellingen bleken niet bereid te zijn mee te werken aan een interview. Om toch aan twee ziekenhuizen te komen is contact gezocht met het Sint Fransiscus Gasthuis en het Albert Schweitzer Ziekenhuis. Voor deze instellingen is gekozen omdat zij in de regio liggen en er vanuit de universiteit al contacten waren met deze instellingen. En andere belangrijke reden om voor het Albert Schweitzer Ziekenhuis te kiezen is dat zij veel geïnvesteerd hebben in een datawarehouse waardoor de interne informatievoorziening (op basis van DBC's) op een hoger peil kwam, tevens hebben zij in 2006 veel aandacht gegeven aan de integratie van DBC's in de Planning & Control cyclus (Albert Schweitzer Ziekenhuis, 2005). Deze instellingen hebben wel meegewerkt door middel van het geven van een interview. Aangezien er slechts twee ziekenhuizen geïnterviewd zijn, een redelijk kleine en een redelijke grote, kan niet zonder meer gesteld worden dat de resultaten uit de interviews ook gelden voor andere ziekenhuizen. Hiervoor zijn deze interviews ook niet bedoeld, het doel is namelijk te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn voor GGZ-instellingen.

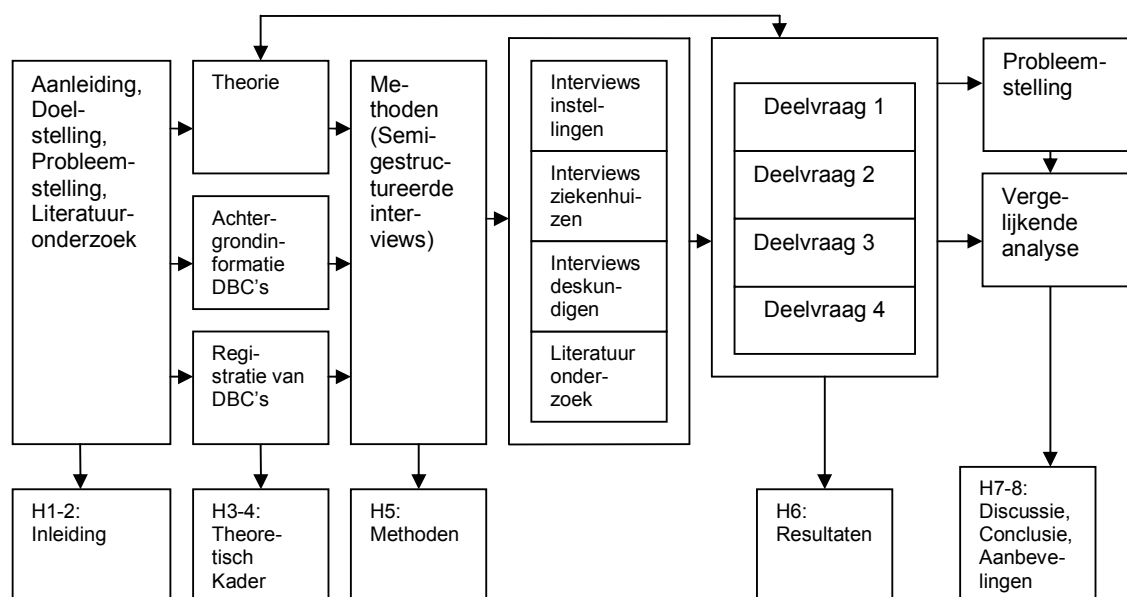
Ook is contact gezocht met deskundigen die zich bezig houden met de implementatie van DBC's in de GGZ. Ook hier is gekozen voor twee interviews. Dit is gedaan om enigszins een vergelijking mogelijk te maken, door de wellicht uiteenlopende standpunten, anderszins is hiervoor gekozen om het onderzoek haalbaar te laten zijn. Contact wordt gelegd met deskundigen bij DBC-Onderhoud en met Dhr. Zuurbier van Q-Consult. Uiteindelijk heeft bij Q-Consult een deskundige op het gebied van DBC's in de GGZ meegewerkt door het geven van een interview, tevens was DBC-Onderhoud bereid mee te werken.

Contact is gezocht met de projectleiders DBC van de instelling, dit is gedaan door middel van een brief waarin uitgelegd wordt wat het doel van het onderzoek is en waarom het onderzoek wordt uitgevoerd. In de brief wordt uitgelegd wat de instelling precies kan verwachten van het onderzoek. Tevens is vermeld worden dat conclusies uit het onderzoek niet terug te leiden zijn naar specifieke instellingen of personen. In de brief is vermeld hoe de instelling contact op kan nemen, indien zij willen deelnemen aan het onderzoek. Wanneer

van de instelling geen reactie is ontvangen, is de instelling gebeld met de vraag of de brief ontvangen is en of zij mee willen werken met het onderzoek.

Het daadwerkelijke onderzoek vond plaats binnen de instelling. Er is een semi-gestructureerd interview afgenomen worden met een deskundig persoon binnen de instelling. Er zijn aparte vragen opgesteld voor instellingen in de GGZ en voor de ziekenhuizen. Dit was nodig omdat het doel van het interview bij beide soorten instellingen verschillend is. Bij de instellingen in de GGZ was het doel met name gegevens te verzamelen over hoe de instelling er op dit moment voorstaat en welke knelpunten er zijn. Bij de ziekenhuizen was het doel gegevens te verzamelen over of en hoe er gewerkt wordt met DBC-registratie voor interne sturing en over hoe de knelpunten bij de registratie door hen opgelost zijn. Een derde vragenlijst is opgesteld voor de interviews met deskundigen die zich met de implementatie van DBC's bezig houden.

Een en ander is samen te vatten onderstaand conceptueel model:



Er kon bij het uitvoeren van het onderzoek tegen verschillende ethische en praktische dilemma's aangelopen worden. Een van die dilemma's was dat er sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven, terwijl die antwoorden niet de werkelijkheid beschrijven. Er is geprobeerd hiermee om te gaan door te zorgen dat de relevantie van het onderzoek erg duidelijk is voor de instelling. Tevens is de anonimiteit van de geïnterviewde gewaarborgd. Hierdoor is de kans op sociaal wenselijke antwoorden kleiner. Er is voorafgaand aan het

interview toestemming gevraagd worden om het interview op te nemen. Hierdoor is de kans kleiner dat de antwoorden van de respondenten naar hun inzicht niet overeenkomen met wat is gezegd. Het staat immers letterlijk op papier. De uitgewerkte interviews zijn gemaïld naar de respondenten. Zij hebben de mogelijkheid gehad dingen te wijzigen of aan te vullen of aan te geven dat zij bepaalde dingen niet in de scriptie terug wilden zien.

6. Resultaten

In onderstaande paragrafen worden de verschillende deelvragen beantwoord. De manier waarop dat gebeurd is gekozen afhankelijk van de beschikbare informatie. Hierdoor worden de vragen op verschillende manieren beantwoord.

Het registratieproces binnen de instellingen

In deze paragraaf wordt het registratieproces binnen de GGZ-instellingen besproken. Waar mogelijk wordt een link gelegd met het registratieproces binnen de ziekenhuizen. De mening van deskundigen zit verweven door de paragraaf.

Het algemene beeld in de bezochte GGZ-instellingen is dat het registreren al redelijk tot goed verloopt, maar dat er nog een aantal verbeterpunten zijn. De instellingen beseffen terdege dat een goede registratie essentieel is, zoals het volgende citaat onderschrijft:

De registratie die is alles, als je dat goed doet, komt het met die factuur ook wel goed, en dan kan je de kosten dekken. Hier zie je dan ook de werking van de nieuwe systematiek, je wordt afgerekend op goede registratie.

Vanuit een ziekenhuis wordt ook onderschreven dat alleen aan de voorkant registreren niet genoeg is, maar dat ook aan de achterkant gecontroleerd moet worden. De instellingen zijn druk bezig met het verbeteren van de registratie. Zij doen dit op verschillende manieren. Een daarvan is, zoals door het ziekenhuis aangegeven, aan de achterkant te controleren. Een ziekenhuis geeft aan al heel snel te zijn begonnen met het versturen van managementinformatie naar de afdelingen. Zij zijn begonnen met het controleren of de goede DBC's werden gefactureerd, hierna zijn ze een omgekeerde controle gaan doen, namelijk hoeveel behandelingen er waren waarvoor er een DBC moest zijn, maar nog niet was. Een andere manier waarop GGZ-instellingen de registratie proberen te verbeteren is door uit het registratiesysteem lijsten te halen met fouten die gemaakt worden in de DBC of een lijst met typeringsgegevens van de DBC waarin te zien is welke vakjes nog ingevuld moeten worden. Het softwarepakket dat de instellingen gebruikten voorziet meestal (nog) niet in deze behoefte. Ook dit komt overeen met de ervaringen in een ziekenhuis dat er nog te weinig controlemechanismen in de software zaten. Dit is een verbetering ten opzichte van het rapport van Looymans en Singeling (2006), waaruit blijkt dat er nog geen signaleringslijsten uit de registratie kan worden gehaald en dat er nog geen feedback naar de behandelaren kan worden gegeven. In datzelfde rapport wordt aangegeven dat de software van de instellingen nog niet voldoende toegerust is voor de DBC-registratie. Dit beeld komt nog steeds naar voren.

Beide ziekenhuizen geven aan dat wanneer er een fout in de DBC zit, deze terug gaat naar de behandelaar om te verbeteren. Dit zorgt ervoor dat de behandelaar een sterkere prikkel heeft direct goed te registreren. Zij geven wel aan dat hierbij ondersteuning wordt geboden door een administratieafdeling.

Dingen die vaak nog niet helemaal goed verlopen bij de GGZ-instellingen zijn het openen en sluiten van de DBC en het registreren van tijd, met name indirecte tijd. Dit kwam ook reeds naar voren in het rapport van Looymans en Singeling (2006). Echter geven de instellingen aan dat er sinds vorig jaar een flinke slag gemaakt is. Een van de instellingen registreert geen indirecte tijd, maar werkt met normtijden die automatisch boven op de directe tijd geschreven worden. Er is een verschil merkbaar tussen klinische en poliklinische behandeling. Over het algemeen loopt de registratie poliklinisch beter omdat voor die behandelaren duidelijk alle afspraken zijn vastgelegd. Voor de klinische behandelaren ligt dat moeilijker omdat zij over de afdeling lopen en met vanalles bezig zijn, zonder dat dat op afsprakenbasis is. Een instelling geeft aan dat daarboven op ook nog eens komt dat de klinische behandelaren nooit hebben hoeven registreren, andere instellingen nuanceren dit beeld. Drie van de geïnterviewde instellingen verwachten dat het registratieproces snel op orde is, de vierde instelling geeft aan dat zijn nog een flinke inhaalslag moeten maken. Vanuit de ziekenhuizen wordt opgemerkt dat ook daar niet alles 100% liep toen de facturatie op basis van DBC's begon. Ook geven de ziekenhuizen aan dat het daadwerkelijk moeten factureren op basis van de DBC's een flinke impuls heeft gegeven aan de kwantiteit en kwaliteit van de registratie.

Een instelling geeft aan dat zij nog een flinke slag moeten gaan maken aangezien bij hen het koppelen van gegevens nog automatisch gaat, en de behandelaren dus alleen contacten registreren. De behandelaren in die instelling hoeven nog geen DBC's te openen, te sluiten of te typeren. Diezelfde instelling geeft ook aan dat het niet des behandelars is zich hiermee bezig te gaan houden. Andere instellingen bevestigen dat beeld. Wel geven zij aan dat de behandelaren wel moeten registreren, eventueel ondersteun door secretariaten. De instellingen geven aan dat de noodzaak en de urgentie van de DBC-registratie bij de meeste behandelaren helder is, en ook dat door het geven van feedback de registratiediscipline verhoogd is.

Een van de instellingen is bezig met het aanleveren, met terugwerkende kracht, van gegevens aan DIS. Een andere instelling geeft aan daar op het moment van interview tegenaan te zitten. De derde instelling geeft aan dat voor een gedeelte van de DBC's te

kunnen, terwijl de vierde instelling aangeeft daar nog niet aan toe te zijn door problemen met de validatiemodule. Conclusie uit het rapport van Looymans en Singeling (2006) was dat de instellingen niet op tijd klaar waren voor de aanlevering aan DIS, dit blijkt dus te kloppen.

Conclusie

Gesteld kan worden dat de registratie redelijk goed verloopt. Overal zitten nog verbeterpuntjes, maar door de feedback van de instelling kan dat snel verbeterd worden. Ook de informatie van de ziekenhuizen dat wanneer de daadwerkelijke facturatedatum dichterbij komt, het urgentiebesef van de behandelaren stijgt, waardoor de registratie verbetert. Ook geven de ziekenhuizen aan dat nog niet alles optimaal was op het moment van facturatie.

Functies DBC-registratie

In deze paragraaf wordt verder ingegaan op de functie van de DBC-registratie en de registraties die ziekenhuizen en GGZ-instellingen hadden voor de DBC-systematiek. Het gaat hierbij om de functies externe sturing en facturatie. Interne sturing komt op een later moment aan de orde. De mening van de deskundigen zit verweven in de stukken van de GGZ-instellingen en de ziekenhuizen.

Ziekenhuizen

Voorheen werden ziekenhuizen gefinancierd op basis van de functiegerichte budgettering. Zij kregen een vast budget. De facturatie van alle zorg loopt op dit moment via DBC's. Een declarabele DBC ontstaat door het typeren van een DBC en het registreren van de verrichtingen. In de validatiemodule worden deze twee registraties gekoppeld en gecontroleerd. Wanneer dat gebeurd is, is de DBC declarabel. Voorheen werden alleen de verrichtingen geregistreerd, er is nu dus een tweede registratie bijgekomen. Ziekenhuizen worden nu voor 10% daadwerkelijk gefinancierd op DBC's. In 2008 zou dat uitgebreid worden naar 80%. De verwachting is echter dat het percentage lager uit gaat vallen. Over dat percentage lopen de ziekenhuizen ook daadwerkelijk risico. De ziekenhuizen onderhandelen met de verzekeraars over die 10%.

Een ziekenhuis geeft aan dat de verzekeraar volgens hen het onderhandelingsspel nog niet optimaal speelt, omdat zij huiverig zijn tegen patiënten te zeggen naar welk ziekenhuis zij moeten gaan. Voor zover er al sprake is van onderhandelingen met de zorgverzekeraar, gaan deze alleen over prijs en nog niet over kwaliteit. In beginsel vinden de ziekenhuizen dit geen slechte ontwikkeling, aangezien zij hierdoor de kostprijzen gaan onderzoeken en ook gaat kijken waarom het bij een ander goedkoper kan. Zij geven wel aan dat in de toekomst

ook meer gekeken gaat worden naar kwaliteit, met name naar ketenkwaliteit. Kosten voor een patiënt worden door verschillende instellingen in de keten gemaakt, het is de taak van het ziekenhuis om aan te tonen dat zij misschien wel meer kosten hebben dan een ander ziekenhuis, maar dat zij betere kwaliteit leveren, waardoor de kosten in andere onderdelen van de keten lager zijn.

In 2006 is de aanlevering van gegevens aan DIS (DBC Informatiesysteem) pas echt op poten gezet. Door de aanlevering kan het DBC-systeem verder ontwikkeld worden, zo wordt bijvoorbeeld de productstructuur verbeterd en worden kostprijzen berekend. Op dit gebied zullen nog veel uitbreidingen en activiteiten plaatsvinden.

GGZ-instellingen

Oude situatie

Een instelling geeft aan dat zij sec registreerden wat nodig was voor de CTG-beleidsregels. Deze beleidsregels geven onder meer de prijs van parameters als aantal verpleegdagen aan. Verder zijn er bijvoorbeeld ook beleidsregels die aangeven wat verstaan wordt onder een verpleegdag of over de vergoeding van de kapitaalslasten van een instelling. Via deze beleidsregels werd de GGZ gefinancierd. Deze registratie vond plaats via vastgestelde codes. Dit was een proces dat over verschillende schijven ging, de behandelaar, het medisch secretariaat, de financiële administratie en de controler. De registratie werd door de controler gebruikt om verantwoording af te leggen aan de accountant. Verder werd die registratie ook gebruikt door het zorgkantoor om materiële controles uit te voeren. Andere instellingen geven ook aan dat de registratie gebruikt werd om verantwoording af te leggen over de productie en om te factureren.

Overgangssituatie

In de overgangssituatie moeten de GGZ-instellingen factureren op basis van de DBC-registratie. De instellingen verwacht dat de verzekeraars voorlopig gaan kijken naar prijs en niet naar kwaliteit. Een instelling geeft wel aan dat zijns inziens het vergelijken van de verschillende kostprijzen niet zomaar mogelijk is. De instelling geeft aan dat de verzekeraar geïnteresseerd is in cijfertjes en niet in kwaliteit omdat dat moeilijk te vangen is in cijfertjes. Andere instellingen bevestigen het beeld dat de verzekeraar vooral gaat kijken naar prijs, wel wordt aangegeven dat wanneer je kan bewijzen dat je duurder bent, maar ook beter kwaliteit levert, de zorgverzekeraar dat ook in zijn overweging mee zal nemen. Echter wordt meteen aangemerkt dat het moeilijk is te bewijzen dat je een betere kwaliteit levert.

Concurreer je op prijs of op kwaliteit? En kwaliteit is heel moeilijk meetbaar. Zeker binnen psychiatrie. Hartoperaties zijn makkelijker te monitoren, de persoon is daarna fit gebleven, heeft nog zoveel jaar geleefd, is niet meer terug gekomen, daar kan je wat over zeggen. Hier zal je in sommige populatiegroepen altijd geld blijven pompen zonder dat er wat uit komt, een aantal zal nooit eerlijk zijn over welk effect een behandeling bereikt heeft. Het is moeilijker om echt keihard te meten wat nou het effect is geweest van de behandeling.

Nieuwe situatie

Twee GGZ-instellingen verwachten dat er in 2008 wel gefactureerd gaat worden op basis van DBC's, maar dat het nog wel een overgangsjaar is, waarin nog wordt betaald op basis van de oude CTG-parameters.

We weten nog niet hoe je moet gaan onderhandelen met zorgkantoren. We verwachten dat we mogelijk in DBC's moeten afrekenen, maar via CTG-tarieven uiteindelijk weer worden gecompenseerd en dergelijke. Daar is nog niets heel duidelijk over.

Conclusie

De ziekenhuizen werden voorheen gefinancierd op basis van parameters zoals aantal eerste polikliniek bezoeken of aantal verpleegdagen. De ziekenhuizen kregen een vast budget. Zij registreerden verrichtingen. Ook in de GGZ werden verrichtingen geregistreerd. De registratie werd gebruikt om verantwoording af te leggen bij externe partijen, als het zorgkantoor. Door de DBC-systematiek is er een registratie bij gekomen, namelijk de DBC-registratie. De ziekenhuizen worden voor een gedeelte van de DBC's al daadwerkelijk gefinancierd op basis daarvan, de andere DBC's worden wel gefactureerd, maar betaling vindt nog plaats op basis van een vast budget. Het percentage DBC's waarover de ziekenhuizen ook daadwerkelijk risico lopen gaat de komende jaren stapsgewijs omhoog. Voor dat percentage DBC's moeten de ziekenhuizen onderhandelen met de zorgverzekeraar. Dat dit voor eenieder een nieuwe situatie is blijkt uit het feit dat ook de verzekeraars het onderhandelingspel nog niet goed onder de knie hebben.

Interne sturing

In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op interne sturing. Gekeken wordt naar wat de ziekenhuizen in de oude, overgangs- en toekomstige situatie deden of doen aan interne sturing op korte termijn, middellange en lange termijn. De focus ligt bij de interne sturing op korte termijn. Hierna wordt hetzelfde overzicht gegeven voor de GGZ-instellingen. Voor de ziekenhuizen is het onderscheid in verschillende vormen interne sturing niet gemaakt in de

oude situatie, bij de GGZ instellingen geldt dit voor de oude en overgangssituatie. Te weinig gegevens waren beschikbaar om dit onderscheid te maken. Een deskundige geeft aan dat het per ziekenhuis heel erg verschilt wat er al met de registratie gedaan wordt. De situatie in de geïnterviewde ziekenhuizen verschilt ook redelijk van elkaar. De resultaten zijn daardoor wel indicatief maar niet representatief voor andere ziekenhuizen.

Interne sturing ziekenhuizen

Oude situatie

Een ziekenhuis geeft aan dat voor de invoering van de DBC-systematiek er geen prikkel was om efficiënter of doelmatiger te gaan werken. Zij geven aan dat bepaalde vormen van interne sturing al wel mogelijk waren, weliswaar moeilijker dan nu met de DBC-systematiek, maar dat er geen aanleiding voor was, en het dus niet gedaan werd.

Je had wel kunnen berekenen wat een verpleegdag kostte, maar daar had je geen aanleiding toe.

Voor de DBC-systematiek waren de ziekenhuizen heel erg gefocussed op de productie die zij draaiden, want dat leverde geld op. Ziekenhuizen hadden geen prikkel om goedkoper te gaan werken. Soms juist een prikkel om duurder te (blijven) werken, aangezien een opname meer opleverde als een dagbehandeling.

De managementinformatie was afgestemd op het werken met verrichtingen en primaire parameters. De belangrijkste rapportages rondom productie waren die over de primaire parameters, zoals 1^e polikliniekbezoek, opname, verpleegdagen en dagbehandeling, ook nog een aantal kleine parameters zoals die van dialyse en radiotherapie. Daarnaast waren er overzichten met detailinformatie met de verrichtingen die je voor je declaratie registreerde. Sinds de DBC-systematiek zijn daar een groot aantal rapportages bij gekomen.

Huidige situatie

Interne sturing op het uitvoerende gebied

Door de DBC-registratie kunnen een groot aantal rapportages uit het systeem gehaald worden, over het aantal gesloten en geopende DBC's, de zorgprofielen, de zorgprofielen gecombineerd met de kostprijzen, overzichten van kostprijzen versus opbrengsttarieven, doorlooptijden, wachttijden, overzichten die je adhoc gebruikt voor marketingvraagstukken met name segmentatiegegevens, gegevens over doelgroepen. In de ziekenhuizen zijn ze druk bezig met deze gegevens uit het systeem te halen en dat als sturingsinformatie te gaan gebruiken. Een van de ziekenhuizen geeft aan dat het wel afhankelijk is van het ICT-systeem dat gebruikt wordt. Zij hebben zelf een systeem dat werkt met een ordernummer en wat

fungeert als een grote datawarehouse waar alle registraties, zoals de DBC-registratie, het ZIS (ZiekenhuisInformatiesysteem), de personele registratie. Alle registraties zijn gelinkt, waardoor alles maar een keer geregistreerd hoeft te worden en de koppelingen niet beheerd hoeven te worden door het ziekenhuis. Hoewel hier veel informatie kan worden uitgehaald, heeft het wel het nadeel dat processen niet makkelijk veranderd kunnen worden.

Door het ordernummer heb je altijd een beeld wat er met die DBC samenhangt. Hoe de DBC is opgebouwd in verrichtingen, welke artsen allemaal voor die DBC werken, welke afdelingen betrokken zijn, welke patiënten gebruik maken van die DBC, wat hun leeftijd is of waar ze vandaan komen, hoe duur die DBC is of wat hij gaat opbrengen, dat kan allemaal aan die DBC-code gerelateerd worden omdat we dat ordernummer hebben. Het heeft nog veel meer voordelen, procesgeneeskunde maak je mogelijk, DBC's kan je afleiden van de combinatie van diagnose en verrichtingen, dan hoef je de DBC zelf niet meer te registreren. Je kunt capaciteitsplanning aan de hand van het ordernummer gaan organiseren, dat is wel de winstpakker van het werken met dit systeem.

Een ziekenhuis stelt per DBC een zorgprofiel op. Deze kan worden vergeleken met het landelijk vastgestelde zorgprofiel. Wanneer daar verschillen in zitten, wordt er in overleg gegaan met de behandelaren waarom daar een verschil in zit, en of de behandeling niet korter kan. Zij willen dus graag de behandelaar aanspreken op zijn behandelgedrag. Het andere ziekenhuis geeft aan dat bij hun deze discussie op maatschappniveau moet worden gevoerd. Zij geven aan dat de maatschappen steeds vaker om deze informatie komen vragen, zeker aangezien in 2008 de lumpsum wordt afgeschaft en de artsen binnen de maatschappen de voor- en nadelen van elkaars over- en onderproductie gaan ervaren.

Een ziekenhuis geeft aan dat er een ontwikkeling van taakherschikking gaande is. De taken van de duurdere specialist worden gedeeltelijk overgenomen door goedkopere nurse practicioners. Deze ontwikkeling ziet men bijvoorbeeld bij diabeteszorg of oncologie. Deze ontwikkeling was al gaande voor de DBC-registratie, maar heeft mogelijk een extra push gekregen nu door de DBC-systematiek kostprijzen erg belangrijk zijn geworden. Het andere ziekenhuis levert hierbij wel de kanttekening dat de informatie of iemand door een specialist of door een nurse practicioner wordt gezien, niet uit de benchmarkinformatie kan worden gehaald.

In een van de ziekenhuizen is een project procesgeneeskunde gestart. Hierbij zijn per specialisme de belangrijkste processen gestandaardiseerd. In onderstaand citaat komt naar voren hoe aan de hand van de DBC-registratie de processen worden gekozen.

Wat we dan wel doen bij de DBC-registratie in het kader van procesmanagement is dat we uitdraaien wat het grootste volume is van DBC's binnen die vakgroep en de DBC's met de hoogste kosten en opbrengsten en die het meeste verlies genereren. Op basis van die vier rapporten kan je bij zo'n project om je processen aan te pakken, bepalen welke processen je eruit gaat lichten en waar je moet gaan ingrijpen. Dat is allemaal te destilleren vanuit je interne informatie. Als je die benchmarkinformatie hebt kan je natuurlijk ook gaan kijken hoe andere ziekenhuizen dat dan doen.

Hier kwam uit voort dat 80% van de patiëntenpopulatie volgens een standaardproces behandeld wordt en dat de registratie geautomatiseerd wordt en de capaciteitsplanning gestandaardiseerd wordt. Dit wordt nu door 4 specialismen gedaan. De DBC-registratie was hierbij een belangrijke voorwaarde.

Interne sturing op middellange termijn

Een ziekenhuis geeft aan dat ze de DBC-registratie gebruiken om bij te houden hoe hun productie verloopt, ze kijken of daar bepaalde seizoensinvloeden inzitten en of bepaalde specialismen erg groeien of juist achterblijven. Zij geven daarbij aan dat het lastige is dat een DBC een bepaalde looptijd heeft, die van invloed kan zijn op je resultaten

Interne sturing voor strategische beleidsvorming

De DBC-registratie wordt door een van de ziekenhuizen ook gebruikt door strategische discussies. Uit hun registratiesysteem kunnen zij segmentatiecriteria, gekoppeld aan het specialisme, de diagnose of behandelsoort, halen. Hierin zit DBC-informatie verwerkt. Wanneer zij willen gaan praten over een bepaalde zorgoplossing, zoals een heupstraat, kunnen deze gegevens gebruikt worden. Gekeken kan worden naar de doelgroep, of er potentie is om klanten aan te trekken in het gebied, welke huisartsen al dan niet verwijzen en hoe de kosten zich verhouden tot de opbrengsten.

Toekomstige situatie

Interne sturing op korte termijn

Een ziekenhuis geeft aan dat je de vergelijking kan gaan maken met wat een arts denkt te gaan doen en wat hij uiteindelijk gedaan heeft. Dit is meteen een terugkoppeling omdat wanneer een verschil te zien is, dit te verklaren kan zijn doordat de behandelaar. Een verrichting is vergeten te registreren.

Een ziekenhuis geeft aan dat zij willen gaan kijken wat per (poort) specialisme of per specialist aan ondersteuning aan de ondersteunende diensten als lab of röntgen wordt aangevraagd. Daarmee gaan zij intern vergelijken. Graag zouden zij daarmee ook extern

vergelijken, maar die gegevens zijn niet beschikbaar, dus dat is moeilijk. Zij geven aan wel eventueel te kunnen vergelijken met de landelijke zorgprofielen, maar menen deze niet altijd even betrouwbaar te vinden. Het andere ziekenhuis is bezig met de ontwikkeling van een benchmarkset, zodat de ziekenhuizen onderling kunnen gaan benchmarken.

Dan kan je in ieder geval zorgprofielen met elkaar gaan vergelijken, je kan het aantal DBC's gaan vergelijken, daar kan je marktaandeelen uit destilleren. Verkooptarieven kan je met elkaar gaan vergelijken. Wacht- en doorlooptijden kan je vergelijken net als verhoudingen in eerste polikliniekbezoeken en herhaalbezoeken, duur van opnames, verhoudingen tussen opnames en dagbehandelingen. Het biedt wel een rijke bron aan vergelijkingsmateriaal.

De vergelijking wordt dus gemaakt op financiële maar ook op medisch-inhoudelijke gronden. Financieel kan onder andere gekeken worden naar de ontwikkeling van de productie en de onderliggende kosten en de kortprijzen. Medisch inhoudelijk kunnen kwaliteitscriteria ontwikkeld worden of kan de vergelijking leiden tot protocollering of standaardisering van bepaalde zorgvormen. Aangegeven wordt dat ziekenhuizen 'op de grote hoop' wel met elkaar te vergelijken zijn. Het andere ziekenhuis heeft daarbij echter de kanttekening dat de spelregels zoals deze nu gelden, voor meerdere uitleggen vatbaar zijn. Hierdoor gaan behandelaren er verschillend mee om en is een vergelijking moeilijker te maken. Ook geven zij aan dat ze met de eigen gegevens intern willen gaan vergelijken. Dit zal dan met name gebeuren waar dezelfde diagnoses behandeld worden. Met de uitkomsten hiervan kunnen zorginhoudelijke discussies gevoerd worden hoe de zorg het best naar de patiënt georganiseerd dan worden.

Interne sturing op middellange termijn

In een ziekenhuis heeft de geïnterviewde een informatiebehoefteonderzoek in het kader van het managementinformatiesysteem gedaan. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat zorgmanagers graag inzicht willen in hun 'productie'capaciteiten. Zij willen niet alleen graag zien hoeveel zij daar op dit moment van gebruiken, maar ook hoeveel zij in de toekomst nodig hebben. Zij willen graag hun planning hierop afstemmen. Aangegeven wordt voor een gedeelte van de zorg deze mogelijkheid aanwezig is, maar dat hier in het ziekenhuis nog te weinig gedaan wordt. Een oorzaak hiervoor kan zijn dat de cultuur in de ziekenhuizen is dat men altijd voorbereid moet zijn op een ramp.

De ziekenhuizen geven aan dat de tijd nog niet rijp is om jezelf te profileren op bepaalde onderdelen of behandelingen of juist niet. Wel geven zij aan dat het denkbaar is dat dit in de toekomst plaats gaat vinden.

Je kan een strategisch portfolio maken. Wat zijn de cash cows? Die moeten we in de etalage zetten. Wat zijn de questionmarks? Daar moeten we wat extra in investeren. Wat zijn de dogs? Die moeten we vooral niet promoten.

Het is ook mogelijk dit uit de DBC-registratie af te leiden, doordat inzichtelijk wordt in welke gebieden bepaalde DBC's populair zijn en welke DBC's winst of verlies maken. Door de koppeling te maken met de groeiverwachtingen van het RIVM over diagnoses en specialismen kan een strategisch portfolio gemaakt worden.

Interne sturing voor strategische beleidsvorming

Een ziekenhuis geeft aan dat de tijd nog niet rijp is om bepaalde zorgvormen af te stoten. Zij geven aan dat dat wellicht in de toekomst gaat komen wanneer een ziekenhuis met een bepaalde behandeling niet aan de prijs van de verzekeraar kan voldoen. Een ziekenhuis moet dan gaan overwegen of zij die specifieke zorgvorm nog wel aan willen bieden.

Interne sturing in de GGZ

Oude situatie

In de oude situatie, dus voor de DBC-systematiek, werd de begroting gemaakt op basis van het aantal intakes, behandelcontacten, en andere parameters, wat de instelling verwachtte te gaan doen in het komende jaar. Aan de hand daarvan werd ook uitgerekend hoeveel behandelaren met welk soort opleiding nodig waren. Daarnaast werd de registratie ook gebruikt om intern verantwoording af te leggen. Ook konden overzichten gemaakt worden van aantallen contacten van behandelaren of eenheden. Dit gebeurde in vrijwel alle instellingen, bij de een structureel, bij de ander meer adhoc, bij de een voor het management, bij de ander ook voor behandelaren die daarom vroegen. Een instelling gaf aan dat de gegevens ook gebruikt werden om te kijken of de organisatie ook deed wat deze voor ogen had. De sturing was echt op aantallen contacten. Bij sommige GGZ-instellingen werden daadwerkelijk productieafspraken gemaakt met de behandelaren, die daarop afgerekend werden. De gegevens werden niet echt vergeleken met andere instellingen, maar een instelling geeft wel aan dat benchmarkinformatie vanuit GGZ-Nederland beschikbaar was, maar dat dat niet goed te gebruiken was.

Huidige situatie

Een organisatie geeft aan dat zij nog niets kunnen doen met de gegevens van de DBC-registratie. Zij hebben nog niet de goede software hiervoor. Zij kunnen wel een kleine hoeveelheid informatie uit het systeem halen, maar daarmee kunnen zij nog weinig omdat de betekenis in verhouding tot de andere gegevens niet duidelijk is. Zij geven ook aan dat

koploperinstellingen die informatie al wel hebben, dus dat zij al wel meer met de registratie kunnen.

Een deskundige geeft aan de de GGZ-instellingen wel registreren en signaleringslijsten uit het systeem kunnen halen, echter dat zij daar geen goede managementinformatie uit krijgen. Zij voorzien met een product daarmee in de behoefte om goede sturingsinformatie te verkrijgen, onder andere over het aantal open en gesloten DBC's, hoe lang de DBC's open hebben gestaan en wie er mee hebben gewerkt aan de behandeling. Hierdoor kunnen GGZ-instellingen bijsturen waar nodig. Dat de instellingen dit soort informatie zelf nog moeilijk uit het systeem krijgen, komt omdat de software nog niet aangepast is door de leveranciers. Hier gaat veel tijd in zitten. Een GGZ-instelling geeft aan dat zij in samenwerking ook een dergelijk product hebben ontwikkeld, waardoor zij zelf die informatie uit de DBC-registratie kunnen halen. Zij krijgen daardoor informatie over hoeveel DBC's zij hebben, hoeveel DBC's volledig getypeerd zijn, hoe het gemiddelde zorgprofiel eruit ziet en hoe de individuele DBC eruit ziet. Deze instelling is ook bezig met analyses op de tijdregistratie van behandelaren en het kijken naar hoeveel een bepaalde DBC zal kosten en opleveren als daadwerkelijk wordt gefinancierd op basis van DBC's. Wel geven zij aan dat dit nog in de kinderschoenen staat en verder ontwikkeld moet worden.

Ook een andere instelling is bezig met het bepalen van hun zorgprofielen

Nu kun je uit het registratiesysteem halen hoeveel mensen je met een depressie hebt en het gemiddeld aantal sessies dat je daar voor nodig had, hoe lang dat duurde en welke behandelaren dat doen. We kunnen onze eigen profielen afzetten tegen de landelijke profielen. Dan kun je de verschillen vergelijken.

Toekomstige situatie

Een instelling is zeer sceptisch over de informatie die uit de DBC-registratie kan worden gehaald. Verwacht wordt dat daar de komende periode nog nauwelijks iets uit te halen is, maar dat dat mogelijk over een aantal jaren het geval is. De gegevens die volgens die instelling in de toekomst uit het systeem gehaald kunnen worden, konden ook met de oude systematiek uit het systeem gehaald worden. Deze instelling ziet weinig mogelijkheden voor interne sturing op basis van DBC's. De andere instellingen zien deze mogelijkheden echter wel.

Interne sturing op het uitvoerende gebied

Een deskundige verwacht dat er meer grip gekregen wordt op de klinische paden van de belangrijkste DBC's. Dat voor die DBC's duidelijk is hoe lang ze bezig zijn, wat voor

contacten er in die DBC's zitten en welk type zorg geleverd wordt. Inhoudelijk zijn GGZ-instellingen daar wel al mee bezig, maar op de tijd en de kosten die daarin zitten wordt minder gelet. Door deze twee dingen naast elkaar te leggen kan gekeken worden of een instelling ook doet wat hij zegt te doen. Wanneer dat niet het geval is kan daarop bijgestuurd worden.

Alle instellingen verwachten dat er gebenchmarkt gaat worden. Op de vorm, inhoud en uitvoerder van de benchmark zijn de meningen verschillend. Ook over het feit of het benchmarken gewenst is, zijn instellingen een andere mening toegedaan. Mogelijkheden zijn een interne benchmark, met andere afdelingen of met een eerdere periode, of een externe benchmark, met andere instellingen of landelijke gemiddelden. De benchmark kan gaan over de kostprijzen van de verschillende DBC's, maar ook over het aantal contacten binnen een DBC. De benchmark kan uitgevoerd worden door de instellingen zelf of door de zorgverzekeraar. Een instelling is zonder meer overtuigd van de meerwaarde van benchmarks, al gaan deze alleen over de kostprijzen. Zij zeggen daarover het volgende:

Juist omdat er gelet gaat worden op kosten, gaat ook de kwaliteit verbeteren.

Zij geven daarbij het voorbeeld van een individuele behandeling voor een bepaalde aandoening, die omgezet wordt naar een groepstherapie. Dit heeft in dit geval meerwaarde voor de patiënt, de genezing verloopt sneller en de kosten zijn lager.

Twee instellingen zijn van mening dat het vergelijken niet zonder meer mogelijk is. Kanttekeningen die gemaakt worden zijn onder andere dat binnen de GGZ twee personen met identieke diagnose compleet andere behandeling nodig hebben, en daardoor die diagnoses niet vergeleken kunnen worden. Hiertegenover staat dat wel binnen dezelfde productgroep vergeleken kan worden en er bepaalde aandoeningen zijn, die relatief eenvoudig te behandelen zijn, waarbij dat wel kan. Een andere kanttekening is dat vanuit de DBC-registratie geen gegevens kunnen komen waaruit verschillen tussen individuele behandelaren van dezelfde instellingen komen, en dat als deze er wel uit zouden komen, dit geen meerwaarde heeft, omdat het te maken heeft met de manier van werken van de behandelaar. Andere instellingen zien deze gegevens echter wel als relevant. Een derde kanttekening is dat de gegevens niet bruikbaar zijn, maar wel bruikbaar worden gemaakt door de verzekeraar om de kostprijzen van de verschillende instellingen tegen elkaar af te zetten. Zij zijn bang dat de verzekeraar de uitkomsten hiervan gaat misbruiken in de onderhandelingen zonder dat wordt gekeken naar kwaliteit. Een laatste kanttekening die gemaakt wordt is dat instellingen verschillend met hun DBC-registratie omgaan, zo werkt

bijvoorbeeld een van de organisaties met parallelle DBC's, ander instellingen doen dit niet. Wanneer vergeleken wordt zonder hiervoor te corrigeren, geven de cijfers een vertekend beeld.

Een instelling geeft aan dat hun inziens het moeilijk gaat worden gegevens van andere instellingen te verkrijgen omdat door de intrede van marktwerking de instellingen concurrenten van elkaar zijn. Zij verwachten daarom dat het hoogst haalbare het vergelijken met de landelijke zorgprofielen en de landelijke gemiddelden zal zijn. Zij zijn echter van mening dat deze gemiddelden niet zonder meer vergelijkbaar zijn.

As wij volledig zouden benchmarken op klinische bedden bijvoorbeeld, wij hebben een specialistische autistische kliniek wij hebben rehabilitatiebedden. Je moet dus wel heel goed kijken als je totalen vergelijkt, dat is niet specifiek te vergelijken. Je hebt daar veel te weinig specifieke informatie voor. Landelijk vergelijken ze nu dus alles op totalen en gaan ze alles eigenlijk aanpassen naar het meest gunstige voor hun. Maar je zou dus echt een chronische kliniek moeten vergelijken met een chronische kliniek.

Andere instellingen zijn toch van mening dat een vergelijking met de landelijke profielen wel zinnig is, en dat ook een vergelijking met een andere instelling mogelijk is. Zij geven daarbij aan dat geen appels met peren moeten worden vergeleken, maar dat soortgelijke instellingen met elkaar kunnen worden vergeleken.

Veel instellingen zijn van mening dat ze de professionals aan moeten gaan spreken op de resultaten van de interne of externe vergelijkingen. Wanneer uit de gegevens blijkt dat een behandelaar veel meer sessies nodig heeft dan een andere behandelaar, of dat de DBC van de ene instelling duurder is omdat daar meer contacten van een bepaald soort behandelaar inzit, willen zij in gesprek gaan met de behandelaren over waarom dat verschil er is. Zij geven daarbij aan dat het aantal contacten niet per se omlaag hoeft, mits de behandelaren met een goed verhaal komen waarom het verschil er is, zodat de DBC toch verkocht kan worden aan de verzekeraar. Ook moet behandelinhoudelijk de discussie aangegaan worden waarom er gewerkt wordt zoals er gewerkt wordt, en of deze manier de juiste is.

Instellingen geven ook aan dat naar aanleiding van de resultaten van de vergelijkingen taakverschuiving tot de mogelijkheden behoort.

Je moet wel intern gaan kijken hoe je het gaat doen, hoe het anders kan, maar je moet mensen geen werk geven dat ze niet horen te doen, wat niet bij hun beroep past. Je moet de mensen inzetten waar ze voor opgeleid zijn, de psycholoog moet zijn werk doen, en niet dat van de SPV. Doorvoor is je

interne communicatie zo belangrijk. Je moet als behandelaar bezig zijn met je vak.

Echter dat (optredende verschillen) kunnen alleen constatering zijn, en zaken die opvallen, intern behandelinhoudelijk zeggen dat het niet goed is en dergelijke, daar moet je niet zo aan beginnen. Het is wel een leuk discussiestuk en het is iets voor de lijn om daar iets mee te doen

Taakverschuiving kan als gevolg optreden. De instelling ziet dat hij te duur is met een bepaalde DBC en gaat kijken of het goedkoper kan, bijvoorbeeld door andere mensen in te zetten, of ziet dat het bij andere instellingen anders gaat, en kijkt of dat bij de eigen instelling ook kan. Taakverschuiving kan echter ook ontstaan door ontwikkelingen in de markt. Dit is door de DBC-registratie beter te monitoren als voorheen, daardoor kan er ook beter op de ontwikkeling ingesprongen worden.

Interne sturing op middellange termijn

Interne budgettering en het werken met kostprijzen zijn twee dingen waar de GGZ-instellingen nog niet over uit zijn hoe deze vorm te geven.

Het is natuurlijk een heel groot verschil, of je iedere maand een factuurtje stuurt met een deelbedrag of dat je in 1x een grote factuur uitstuurt. En dat heeft ook effect op je kasstroom, je moet heel lang op je geld wachten, je bent eigenlijk aan het voorinvesteren in je patiënt, en aan het eind krijg je je geld pas.

Een ander punt waar de GGZ-instellingen nog niet uit zijn, is hoe te zorgen dat het geld op de goede plaats terecht komt. Het is nog niet duidelijk hoe ervoor gezorgd kan worden dat wanneer meerdere afdelingen werken aan een DBC, iedere afdeling zijn deel van het geld daarvoor krijgt.

Een deskundige zegt dat het plannen van de capaciteit voor een bepaalde groep patiënten in de GGZ mogelijk is. Echter geeft zij ook aan dat dit voor complexe vormen van zorg moeilijker is. Voor die groep is het moeilijk in te schatten hoeveel hulp zij nodig zullen hebben. Instellingen geven aan dat gekeken gaat worden naar bijvoorbeeld in welke postcodegebieden komen welke diagnoses voor, om op basis daarvan personeel in te gaan zetten. Ook aan de hand van de afspraken die met de zorgverzekeraar gemaakt zijn over de aantallen DBC's, in combinatie met de (historische) verwachting van de spreiding daarvan door het jaar, kan personeel ingezet worden. Een instelling geeft ook aan dat de personele bezetting berekeningstechnisch bekeken gaat worden. De instelling geeft aan dat niet alleen de DBC-registratie sturing geeft aan de personele inzet, maar dat dit ook vice versa kan

plaatsvinden. Wanneer van een bepaalde beroepsgroep het moeilijk is om nieuw personeel te verkrijgen, dan kan je kijken bij welke DBC's zo min mogelijk uren van die beroepsgroep nodig zijn, en tijdelijk proberen veel van die DBC's te doen, en minder waarbij veel uren van die beroepsgroep nodig zijn.

Door de DBC-registratie wordt het duidelijker wat het klantenprofiel van de organisatie is. Dit kan afgezet worden tegen de klanten in de omgeving.

Wij hebben bijvoorbeeld heel weinig allochtonen onder onze cliënten. Is dat normaal? Zijn allochtonen minder ziek? Als dat niet zo is, waar halen zij dan hun psychische hulp? Waarom heb ik die mensen niet? Gaan ze naar een andere aanbieder?

Op dit soort vraagstukken kan gericht beleid ontwikkeld worden. Naar aanleiding van het beleid kan ook weer met behulp van de DBC-registratie goed geëvalueerd worden of het ook werkt. Komen de allochtonen inderdaad binnen en met wat voor hulpvragen. De instelling zou zich daar gericht op kunnen gaan profileren of juist niet als zij dat zouden willen.

Interne sturing voor strategische beleidsvorming

Voor strategische beleidsvorming kan goed gebruik gemaakt worden van de DBC-registratie. Een instelling kan bijvoorbeeld merken dat zij een bepaalde groep zorgvragers niet in huis heeft, die zij wel graag denken te hebben. Door de DBC-registratie en de zorgprofielen kan goed duidelijk worden wat de kosten en opbrengsten zijn van behandeling van deze groep zorgvragers. Instellingen kunnen ook in gaan schatten welke zorgvragen bij hun terechtkomen en welke juist niet. Dit is belangrijk om te weten voor de onderhandelingen met het zorgkantoor. De instelling zou hierdoor ook kunnen besluiten bepaalde onderdelen van zorg niet meer te leveren, niet per se omdat dat teveel kost, maar ook omdat zij vinden dat zij dat niet goed genoeg kunnen leveren omdat zij maar één behandelaar hebben voor die zorgvragers. Instellingen geven echter wel aan dat dat niet zomaar mogelijk is. Bijvoorbeeld omdat deze specifieke zorgvragers dan nergens anders (in de regio) terecht kunnen.

Conclusie

Een ziekenhuis geeft aan dat voor de invoering van de DBC-systematiek het moeilijk was om te zien welke verrichtingen werden gedaan voor een patiënt met een bepaalde zorgvraag. Naast dat het moeilijker was deze informatie te verkrijgen, was er ook geen enkele prikkel om doelmatiger te werken, omdat dat soms zelfs minder geld opleverde. Binnen de GGZ werd er gestuurd op contacten, in sommige gevallen werden daarover zelfs productieafspraken gemaakt met behandelaren. De registratie werd gebruikt om intern verantwoording af te leggen. Door de invoering van de DBC-systematiek hebben instellingen

de prikkel om zo doelmatig mogelijk te werken. Door de koppeling van de DBC-registratie aan de verrichtingenregistratie komt er ook meer informatie beschikbaar. In de ziekenhuizen is men uiteraard al verder met het intern sturen met DBC-informatie, maar ook in de GGZ-instellingen is al een start gemaakt. Bij interne sturing wordt een onderscheid gemaakt tussen interne sturing op het uitvoerende gebied, interne sturing op middellange termijn en interne sturing voor strategische beleidsvorming.

De ziekenhuizen zijn bij interne sturing op het uitvoerende gebied op dit moment al bezig met een groot aantal rapportages die uit het systeem gehaald kunnen worden. De ICT-systemen van ziekenhuizen zijn daar op dit moment al toe in staat, in de GGZ is dat nog niet het geval omdat de softwareleveranciers hun software vaak nog niet compleet up to date hebben. De ziekenhuizen zijn met die registratie bezig de zorgprofielen te bepalen. Twee van de GGZ-instellingen zijn daar ook reeds mee bezig. Verder wordt vanuit de ziekenhuizen aangegeven dat zij de behandelaren aan willen spreken op hun behandelgedrag, op maatschappniveau of vanuit de lijn. Verder zijn de ziekenhuizen bezig met procesgeneeskunde. De GGZ-instellingen zijn op dit moment al bezig met zo goed en zo kwaad mogelijk signaleringslijsten uit de registratie te halen.

Bij interne sturing op middellange termijn en voor strategische beleidsvorming is een van de ziekenhuizen al bezig met het verloop van de productie monitoren en kijken welke invloeden daarop spelen en het prijstechnisch bekijken van een nieuwe zorgoplossing. Ook ziet een ziekenhuis mogelijkheden voor taakherschikking. De GGZ-instellingen zijn hier nog niet mee bezig, maar zien de mogelijkheden hiervoor wel. Een punt wat een grote rol speelt bij de GGZ-instellingen is hoe de interne budgettering plaats moet gaan vinden.

De ziekenhuizen en GGZ-instellingen verwachten voor de toekomst dat er gebenchmark gaat worden. Hier zijn verschillende mogelijkheden, zoals financieel, medisch inhoudelijk, intern of extern. Op de vraag of dit een gewenste ontwikkeling is, is geen eenduidig antwoord te geven. Ten gevolge van de benchmarks is het mogelijk dat taakherschikking plaats gaat vinden. Over capaciteitsplanning op basis van de zorgprofielen zijn de meningen ook verdeeld.

Ziekenhuizen verwachten dat er op middellange termijn en voor strategische beleidsvorming gekeken gaat worden of men zich op bepaalde dingen wil profileren of juist niet, en of bepaalde zorgoplossingen aangeboden gaan worden of juist afgestoten gaan worden. Zij geven aan deze informatie al beschikbaar te kunnen krijgen, maar de tijd nog niet rijp te

vinden hiermee aan de slag te gaan. Ook GGZ-instellingen hebben de verwachting dat dit gaat gebeuren, maar hebben nog twijfels of dit mogelijk is in de GGZ.

Weerstandsfactoren

In deze paragraaf worden de verwachtte en ervaren weerstandsfactoren besproken. De GGZ-instellingen en ziekenhuizen worden apart besproken, met waar mogelijk ook hoe omgegaan is met de weerstanden. De mening van de deskundigen is verweven in de delen van GGZ-instellingen en ziekenhuizen.

In ziekenhuizen

De weerstand in ziekenhuizen bestaat uit weerstand tegen verandering in het algemeen en tegen de hogere administratieve lasten die er zijn.

Je registreert dubbel nu, eerst registreerde je alleen de verrichtingen, nu verrichtingen en DBC's. Als die niet overeenkomen, heb je ook nog een hoop ellende die je op moet lossen.

De weerstand had voor een groot deel ook te maken met onzekerheid. Er veranderde veel in de ziekenhuiswereld, niet alleen moesten er DBC's geregistreerd worden, ook werd marktwerking geïntroduceerd. Dit zorgde voor veel verwarring en onzekerheid. Op het moment dat de registratieregels duidelijker werden en de introductiedatum dichterbij kwam, groeide het urgentiebesef en daalde de weerstand. Daar nog eens bij komt dat de verrichtingenregistratie voor een groot deel bij de verpleegkundigen lag in plaats van bij de arts. Nu moet de arts registreren. Verder ontstaat er weerstand, net als in de GGZ-instellingen, omdat de DBC's niet medisch herkenbaar zijn. De artsen zien in hun registraties hun werk niet terug.

Ook zijn er maar een bepaald aantal typeringen meegenomen, dus bepaalde dingen kan een arts niet kwijt in zijn DBC. Er hangen regels aan de DBC-registratie, maar die sluiten niet aan bij de belevingswereld en de behandelmanier van de specialist.

Een van de ziekenhuizen geeft aan dat het een ontwikkeling is dat op basis van de verrichtingenregistratie en de diagnose de DBC's wordt afgeleid. Dit scheelt een stuk administratieve lasten omdat de DBC niet meer compleet hoeft te worden getypeerd en gevalideerd. Daarmee willen ze ook meteen de slag maken om de medische herkenbaarheid te vergroten. Het ziekenhuis geeft echter ook aan dat zij nog niet weten wanneer deze ontwikkeling plaats zal vinden.

Een deskundige geeft aan dat door de DBC's de zorg inzichtelijk wordt en dat men dat niet gewend is in de zorg. In de zorg is men niet gewend dat wat zij doen inzichtelijk is en dat zij daar ook op wordt getoetst. Dit is ook een reden voor weerstand geweest binnen de ziekenhuizen.

In GGZ-instellingen

De weerstanden die worden ondervonden in de GGZ-instellingen zijn vergelijkbaar met de weerstanden in ziekenhuizen.

Je krijgt weerstand want ze hebben het al druk en moeten iets extra's doen.

Een deskundige geeft aan dat volgens haar de weerstand niet tegen registreren in het algemeen is, omdat behandelaars dat inmiddels wel gewend zijn. Maar dat de weerstand ontstaat omdat het nut niet duidelijk van de registratie niet duidelijk is en dat behandelaars in de registratie niet terug kunnen zien wat ze op de werkvloer doen. Een ziekenhuis geeft aan dat de extra registratielast in de GGZ zelfs nog hoger wordt dan in de ziekenhuizen, omdat in de GGZ ook nog tijd geregistreerd moet worden. Ook bij managers is er een bepaalde weerstand, zij willen wel, maar zij hebben zoveel verplichtingen dat zij het overzicht kwijt raken. Een van de instellingen maakt het onderscheid tussen emotionele en inhoudelijke weerstand. Wanneer er sprake is van inhoudelijke weerstand proberen zij te kijken wat ze daaraan kunnen doen, bijvoorbeeld door het secretariaat op bepaalde fronten te ondersteunen.

Een instelling geeft aan dat de weerstand wel meeviel. De meeste behandelaars wilden uiteindelijk wel. Volgens die instelling heeft het veel geholpen door mensen uitleg te geven over het waarom van het registreren. Ook uitleg geven waarom je dingen op een bepaalde manier moet doen, bijvoorbeeld omdat je het hen zo makkelijk mogelijk wilt maken, helpt. Twee andere organisaties geven ook aan dat het behandelend personeel anders denkt.

Op de werkvloer willen ze behandelen, daar worden ze ook voor betaald. Ze houden niet van geld en administratie.

Daar broeit al iets. Wat is er van de zorg over, waar heb ik voor geleerd, wat is mijn doel? Waarom moet ik al die formuliertjes invullen? En dat wordt alleen maar meer.

Volgens een van de instellingen is het probleem van het niet willen registreren ook enigszins te ondervangen door alle locaties of centra hun eigen verantwoordelijkheid te geven op dit

gebied. Dan ervaren de behandelaren veel beter wat de gevolgen zijn wanneer er niet goed geregistreerd wordt. Zo kunnen zij dan ook ondervinden dat andere centra voordeel ondervinden, terwijl zij dat zelf niet hebben op deze manier.

Conclusie

De ondervonden weerstanden in ziekenhuizen en GGZ-instellingen zijn te verdelen in twee aspecten, weerstand tegen verandering en weerstand tegen de extra registratie die gedaan moet worden. De ziekenhuizen geven aan dat de terugkoppeling van informatie naar de behandelaren de weerstand heeft verminderd en dat naarmate de regels duidelijker werden en de invoeringsdatum dichterbij kwam, de weerstand ook daalde. Vanuit de GGZ-instellingen wordt ook aangegeven dat het registreren niet des behandelaars is.

7. Conclusie

Het theoretisch kader geeft aan dat sturing op basis van DBC-registraties meerwaarde heeft boven sturing voordat de DBC-systematiek geïntroduceerd werd. Er is namelijk meer informatie beschikbaar. Er is veel meer transparantie. In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit het theoretisch kader en uit het resultatenhoofdstuk met elkaar vergeleken, resulterend in antwoorden op de verschillende deelvragen en de probleemstelling.

Verloop registratie

De registratie verloopt op dit moment redelijk goed. De instellingen hebben een flinke slag gemaakt sinds het onderzoek van Looymans en Singeling (2006). Er zijn nog een aantal punten die wat minder goed verlopen, dit zijn onder andere het sluiten van een DBC en het registreren van (indirecte) tijd. Bij de ziekenhuizen verliep ook niet alles optimaal op het moment dat gedeclareerd moest gaan worden op basis van DBC's. De ziekenhuizen geven aan dat door het dichterbij komen van het declaratieproces op basis van DBC's, het urgentiebesef flink is gestegen, resulterend in een verbetering van het registratieproces. De verwachting is daardoor ook dat de GGZ-instellingen hun registratieproces zo goed als op orde hebben wanneer zij moeten gaan declareren op basis van DBC's. Zeker nu ook de software voor een groot gedeelte aangepast is, en het urgentiebesef gaat stijgen, net als bij de ziekenhuizen.

Functies registratie: extern en facturatie

Externe sturing is sturing door en naar externe stakeholders. In de zorgsector kan onder andere gedacht worden aan de overheid of, door de DBC-invoering, de verzekeraar. Externe sturing is nodig omdat er controle en naleving van afspraken plaats moet vinden.

Ziekenhuizen werden voorheen gefinancierd op basis van parameters. Ziekenhuizen en GGZ-instellingen registreerden verrichtingen. De verrichtingenregistratie werd gebruikt om verantwoording af te leggen aan externe partijen. Nu gaat deze verantwoording lopen via de DBC-registratie.

DBC-registratie is ook nodig ten behoeve van de facturatie. Wanneer instellingen hun DBC's niet (goed) registreren ontvangen zij geen geld. De declaratie kan plaats vinden wanneer de DBC is afgesloten en gevalideerd. De ziekenhuizen worden voor een deel van de zorg al gefinancierd op basis van DBC's. Dit is het zogenaamde B-segment, wat 10% van de ziekenhuiscare beslaat. Voor het andere deel van de zorg, het A-segment, worden wel DBC's gefactureerd, maar vindt betaling plaats op basis van een vast budget. Het percentage van de DBC's waarover de ziekenhuizen daadwerkelijk gefinancierd worden op basis van DBC's gaat de komende jaren stapsgewijs omhoog. In 2008 wordt het B-segment

20%. GGZ-instellingen moeten vanaf 2008 wel DBC's gaan declareren, maar de verwachting is dat de instellingen nog betaald worden op basis van hun vaste budget. Ook in de GGZ wordt in de loop der jaren het B-segment (van nu 0%) vergroot.

Functies registratie: intern

Een ziekenhuis geeft aan dat voor de invoering van de DBC-systematiek het moeilijk was om te zien welke verrichtingen werden gedaan voor een patient met een bepaalde zorgvraag. Naast dat het moeilijker was deze informatie te verkrijgen, was er ook geen enkele prikkel om doelmatiger te werken. Binnen de GGZ werd er gestuurd op contacten, in sommige gevallen werden daarover productieafspraken gemaakt met behandelaren. De registratie werd gebruikt om intern verantwoording af te leggen. Door de invoering van de DBC-systematiek hebben instellingen de prikkel om zo doelmatig mogelijk te werken. Door de koppeling van de DBC-registratie aan de verrichtingenregistratie komt er ook meer informatie beschikbaar. In de ziekenhuizen is men uiteraard al verder met het intern sturen met DBC-informatie, maar ook in de GGZ-instellingen is al een start gemaakt. Bij interne sturing wordt een onderscheid gemaakt tussen interne sturing op het uitvoerende gebied, interne sturing op middellange termijn en interne sturing voor strategische beleidsvorming.

Bij interne sturing op het uitvoerende gebied bestaan volgens de theorie de mogelijkheden onder andere uit sturing op gegevens die uit benchmarks komen, casemixmanagement om de professionals aan te kunnen spreken op hun gedrag en kwaliteitsverbeteringen. De ziekenhuizen zijn bij interne sturing op het uitvoerende gebied op dit moment al bezig met een groot aantal rapportages die uit het systeem gehaald kunnen worden. De ICT-systemen van ziekenhuizen zijn daar op dit moment al toe in staat, in de GGZ is dat nog niet het geval omdat de softwareleveranciers hun software vaak nog niet compleet up to date hebben. De ziekenhuizen zijn met die registratie bezig de zorgprofielen te bepalen. Twee van de GGZ-instellingen zijn daar ook reeds mee bezig. Verder wordt vanuit de ziekenhuizen aangegeven dat zij de behandelaren aan willen spreken op hun behandelgedrag, op maatschapsniveau of vanuit de lijn. Verder zijn de ziekenhuizen bezig met taakherschikking en procesgeneeskunde. De GGZ-instellingen zijn op dit moment al bezig met zo goed en zo kwaad mogelijk signaleringslijsten uit de registratie te halen. De mogelijkheden die erin zitten worden er dus nog niet allemaal uitgehaald, ook niet bij de ziekenhuizen.

De ziekenhuizen en GGZ-instellingen verwachten voor de toekomst dat er gebenchmark gaat worden. Hier zijn verschillende mogelijkheden, zoals financieel, medisch inhoudelijk, intern of extern. Op de vraag of dit een gewenste ontwikkeling is, is geen eenduidig antwoord

te geven. Ten gevolge van de benchmarks is het mogelijk dat taakherschikking plaats gaat vinden. De mogelijkheid van benchmarken wordt dus wel onderkent door de instellingen. De mogelijkheid van kwaliteitsverbetering op basis van DBC-registratie komt niet direct terug.

Bij interne sturing op middellange termijn bestaan de mogelijkheden onder andere uit het verbeteren van de planning en de capaciteit, het gebruik van kostprijzen als managementinformatie, het gebruiken van casemixmanagement om inzicht te krijgen in de interne verrekening en het gebruiken van benchmarkinformatie. Over het verbeteren van de planning en de capaciteit zijn de meningen verdeeld. Een van de ziekenhuizen is al bezig met het verloop van de productie monitoren. Het werken met kostprijzen en het zorgen dat iedere afdeling het juiste geld krijgt, zorgt nog voor problemen binnen de GGZ-instellingen. Verder zijn zij nog niet bezig met interne sturing op middellange termijn, wel zien zij de mogelijkheden zoals in de theorie ook beschreven.

Ook voor interne sturing op het gebied van strategische beleidsvorming kan benchmarkinformatie een rol spelen, de focus van de benchmark ligt dan anders dan wanneer de benchmark gebruikt wordt voor sturing op middellange termijn of sturing op het uitvoerende gebied. Een van de ziekenhuizen is al bezig met het prijstechnisch bekijken van een nieuwe zorgoplossing. Ziekenhuizen verwachten dat er gekeken gaat worden of men zich op bepaalde dingen wil profileren of juist niet, en of bepaalde zorgoplossingen aangeboden gaan worden of juist afgestoten gaan worden. Zij geven aan deze informatie al beschikbaar te kunnen krijgen, maar de tijd nog niet rijp te vinden hiermee aan de slag te gaan. Ook GGZ-instellingen hebben de verwachting dat dit gaat gebeuren, maar hebben nog twijfels of dit mogelijk is in de GGZ. De mogelijkheden die theoretisch gezien aanwezig zijn, worden onderkend wel door de instellingen.

Weerstand

De ondervonden weerstanden in ziekenhuizen en GGZ-instellingen zijn te verdelen in twee aspecten, weerstand tegen verandering en weerstand tegen de extra registratie die gedaan moet worden. Dit komt overeen met de bevinding in de literatuur, dat de weerstand met name zal ontstaan rond het extra moeten registreren. De ziekenhuizen geven aan dat de terugkoppeling van informatie naar de behandelaren de weerstand heeft verminderd en dat naarmate de regels duidelijker werden en de invoeringsdatum dichterbij kwam, de weerstand ook daalde. Vanuit de GGZ-instellingen wordt ook aangegeven dat het registreren niet des behandelars is.

Probleemstelling

Door de invoering van de DBC-registratie is het voor de ziekenhuizen en GGZ-instellingen mogelijk geworden veel meer informatie uit het systeem te halen als voorheen. Deze informatie kan op verschillende manieren gebruikt worden voor interne sturing op het uitvoerende gebied. De ziekenhuizen zijn al begonnen met interne sturing op het uitvoerende gebied. Zij zijn onder andere al bezig met het opstellen van zorgprofielen. Deze kunnen vergeleken worden met de landelijke zorgprofielen. Wanneer daar verschillen uit naar voren komen, wordt in overleg gegaan met de behandelaren over het waarom daarvan. Intern zijn de ziekenhuizen ook bezig met taakherschikking. Door de DBC-systematiek zijn kostprijzen belangrijker geworden, en worden mogelijkheden gezocht de zorg op een goedkopere manier te leveren, bijvoorbeeld door een gespecialiseerd verpleegkundige in te zetten in plaats van een specialist. Ook wordt de DBC-registratie gebruikt om processen te standardiseren. Voor de toekomst verwachten de ziekenhuizen dat er op verschillende gebieden vergeleken gaat worden, zowel intern als met landelijke gegevens of met andere ziekenhuizen. De mogelijkheid van kwaliteitsverbetering aan de hand van de DBC-registratie komt niet direct terug, echter wel indirect, door taakherschikking en standaardisatie.

De GGZ-instellingen zijn minder met deze taken bezig. De software van de GGZ-instellingen is in de meeste gevallen nog niet toegerust voor deze toepassingen. Echter het bepalen van de zorgprofielen heeft wel prioriteit voor de instellingen. De GGZ-instellingen onderkennen de mogelijkheden van het aanspreken van professionals, taakherschikking en de verschillende benchmarkmogelijkheden.

8. Discussie en aanbevelingen

Sterke en zwakke punten

Zwak punt van deze studie is dat wegens de beperkte tijd slechts een klein aantal instellingen geïnterviewd konden worden. In plaats van ervoor te kiezen een groter aantal GGZ-instellingen te interviewen, is gekozen ook interviews te houden in ziekenhuizen en deskundigen. Dit is een sterk punt van de studie, hierdoor is namelijk de focus van de studie vergroot. Dit heeft een duidelijke meerwaarde aangezien de visie van de deskundigen altijd net iets anders is dan die van de instellingen en ziekenhuizen al langer met de DBC-systematiek werken, waardoor GGZ-instellingen veel van hen kunnen leren op dit gebied, zeker omdat een gedeelte van de GGZ-zorg in de Zorgverzekeringswet terecht gaat komen. Idealiter waren meerdere ziekenhuizen geïnterviewd, aangezien zij aangeven zichzelf niet representatief te vinden voor andere ziekenhuizen. Echter door de beperkte tijd was daar geen mogelijkheid toe. Belangrijkst is echter de mogelijkheden binnen de GGZ te onderzoeken, en niet de ziekenhuizen onderling te vergelijken. Hierdoor is het interviewen van twee ziekenhuizen voldoende. Bij de GGZ-instellingen is in eerste instantie gekozen voor instellingen in de regio, uiteindelijk kwamen bij de interviews vier verschillende verhalen naar voren, waardoor lijkt dat deze instellingen tezamen redelijk representatief zijn voor andere GGZ-instellingen. Een groter aantal instellingen was misschien te bereiken wanneer gebruik gemaakt zou worden van een gestructureerde vragenlijst, echter mijns inziens is het onderwerp hiervoor niet geschikt. Door gebruik te maken van een gestructureerde vragenlijst, zouden instellingen zelf geen dingen aan kunnen dragen. Er zouden dan geen dingen aan de orde komen die niet in de literatuur terug te vinden zijn. Dit zou jammer zijn aangezien dan bepaalde aspecten gemist waren, waarover nog geen literatuur beschikbaar is. Een semi-gestructureerd interview, zoals gebruikt in deze studie, was mijns inziens in dit geval de juiste weg, aangezien bij een open interview te veel uitweiding over minder relevante zaken mogelijk was, en de kans aanwezig was dat bepaalde relevante onderdelen niet aan de orde kwamen.

Aanbevelingen

Zoals ook uit de interviews met de ziekenhuizen en de GGZ-instellingen blijkt, zijn er veel overeenkomsten tussen beide soorten instellingen en zien zij dezelfde mogelijkheden voor interne sturing op basis van DBC. De ziekenhuizen zijn al verder in de ontwikkeling van deze sturingsmogelijkheden. Het is voor de GGZ-instellingen dan ook van groot belang de ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg op dit gebied goed te blijven volgen. Hierdoor hoeft in de GGZ het wiel niet opnieuw uit te vinden.

In deze studie is met name ingegaan op welke sturingsmogelijkheden al gebruikt worden en welke mogelijk zijn. Veel minder is ingegaan op de wenselijkheid van deze mogelijkheden en de praktische uitvoerbaarheid hiervan. Verder onderzoek hiernaar is wenselijk.

Vele mogelijkheden voor interne sturing op basis van DBC's zijn benoemd. Echter kunnen instellingen niet met alles tegelijk aan de slag. Belangrijk is eerst dat de software van de instellingen up to date is. Wanneer dit het geval is kunnen de instellingen stuurinformatie uit het systeem gaan halen. Vraag is daarna met welke sturingsmogelijkheden te gaan starten. Eerst moeten de instellingen zorgen dat zij meer zicht krijgen op de interne verrekening. Het is van groot belang dat iedere afdeling die meewerkt aan een DBC ook daar zijn geld voor krijgt. De instellingen weten nog niet hoe ze dit vorm moeten gaan geven.

De instellingen kunnen daarna het best beginnen met interne benchmarks, zo krijgen zij zicht op wat zij doen binnen de instelling en welke veranderingen daar in de loop van tijd inkomen of welke verschillen er zijn tussen afdelingen. Hier kunnen instellingen beginnen met het verbeterproces. Daarna kunnen de instellingen zichzelf gaan vergelijken met de landelijke gemiddelden. Op basis van afwijkingen daarvan kan de instelling zichzelf de vraag stellen waar dat aan ligt, en kunnen zij het verbeterproces verder laten lopen. Het aanspreken van de professionals kan goed wanneer afwijkingen van gemiddelden gevonden worden. De professionals kunnen hierover uitleg geven en in samenspraak kan gezocht worden of de manier waarop gewerkt wordt ook de juiste manier is. Aan de hand van de afspraken met de verzekeraars en de vastgestelde behandelprofielen van de instelling kunnen de planning en de capaciteit verbeterd worden. Dit zijn aspecten waar de instellingen op kortere termijn mee aan de slag kunnen en die op het gebied van interne sturing prioriteit hebben. Mogelijkheden voor taakherschikking kunnen aan het licht komen bij verdere benchmarks. Hieruit kan komen dat in de loop van tijd deze ontwikkeling vanzelf heeft plaats gevonden of dat nieuwe ontwikkelingen nodig zijn om in de pas te blijven met de landelijke gemiddelden.

De mogelijkheden van het profileren op bepaalde zorgoplossingen of het afstoten of juist opstarten is iets voor langere termijn. De ziekenhuizen geven aan dat de markt daar nog niet klaar voor is, maar dat geldt ook zeker voor de GGZ. Eerst moet bekeken worden of het een wenselijke ontwikkeling is, daarna moeten worden gekeken of het uitgevoerd kan worden.

Kernboodschap

Nu het registratieproces in de GGZ-instellingen bijna op orde is, is het tijd om te gaan sturen met de gegevens. Met name uit benchmarks op verschillende niveaus kan veel informatie gehaald worden. Mogelijkheden zijn onder andere taakherschikking, het aanspreken van de

professionals op behandelmethoden, kwaliteitsverbetering, capaciteitsplanning, profileren op bepaalde zorgoplossingen en het opstarten of afstoten van bepaalde zorgoplossingen. GGZ-instellingen kunnen op dit gebied veel leren van ziekenhuizen, die hier al mee begonnen zijn.

9. Literatuurlijst

Albert Schweitzer Ziekenhuis. (2005). *Jaarverslag 2005* [Internet]. Aangehaald op 14 mei 2007. Te bereiken op <http://www.jaarverslag.asz.nl/2005/zoeken.php>.

Crom, B. (2005). *De invloed van externe budgetparameters op de interne budgettering van academische ziekenhuizen - verklaringen voor verschillen in budgetteringssystemen en hun effecten*. Labyrinth publication, Ridderkerk.

DBC GGZ. (2006). *Modelprocessen Facturatie DBC GGZ*. Utrecht.

DBC onderhoud (2006). *Wat is een DBC* [Internet]. Aangehaald op 17 oktober 2006. Te bereiken op www.dbconderhoud.nl/informatie.

DBC Onderhoud. (2007). *De gevolgen voor ziekenhuizen* [Internet]. Aangehaald 13 februari 2007. Te bereiken op www.dbconderhoud.nl/informatie/gevolgen/zh.

Doolin, B. (1999). Casemix management in a New Zealand hospital: rationalisation en resistance. *Financial accountability & management*. 15 (3) & (4), aug./nov. 1999, 0267-4424.

Van der Grinten, T.E.D. (2006). *Zorgen om beleid. Over afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*. Afscheidsrede.

H. Hoogervorst (2004). *Voortgangsrapportage DBC-GGZ*. Kamerstuk. 14 oktober 2004.

H. Hoogervorst. (2006). *Invoering DBC-declaratie en uitvoering GGZ onder de Zvw*. Kamerstuk. 2 juni 2006.

Klompenhouwer, J. en G. Vos-Deckers. (2005). *De DBC-methodiek, Haarlemmerolie of een werkzaam geneesmiddel voor de gezondheidszorg?*. Afstudeerscriptie Erasmus Universiteit Rotterdam.

W. Looymans en H. Singeling. 2006. *Met de wind in de rug, onderzoek naar de stand van zaken met betrekking tot invoering van DBC's in de GGZ*.

NIVEL. 2006. *Wat is de eerstelijns GGZ* [Internet]. Laatst gewijzigd op 15 februari 2005. Aangehaald op 30 oktober 2006. Te bereiken op <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?PageID=440>.

Van der Pol, F. (2005). *Gereguleerde marktwerking en DBC's GGZ*. Sheets Invitational Conference DBC's in de GGZ ouderenzorg.

Van der Pol, F., F. Kroon. (2006). Het DBC-hitteschild van Altrecht, de aanpak van een 'alternatieve' DBC-koploper. *Billboard, nieuwsbrief van Zorg Consult Nederland*. Nr. 1 2006.

Putters, K. (2001). *Geboeid ondernemen. Een studie naar het management in de ziekenhuiszorg*. Assen. Van Gorkum.

Vosselman, E.G.J. (2001). *Management accounting en control*. 3^e druk, 1^e druk 1995. Lemma BV Utrecht

Waalewijn, P. En B.W.C.M. Kamo. 1994. *Strategische benchamarking – Wie durft de Vergelijking aan?*. Erasmus Universiteit Rotterdam, RIBES, Rapport 9404/M

Zuurbier, J. (2004). *Prestatiegerichte bekostiging op basis van DBC's* [Internet]. Laatste gewijzigd februari 2004. Aangehaald 21 november 2006. Te bereiken op http://www.qconsult.nl/page/downloads/GEZ-Artikel-prestatiegerichte_bekostiging_feb_2004.pdf.

Zuurbier, J., M. de Groot & R. Spanjers. (2003). *Casemix management: werken met Diagnose-Behandeling- Combinaties*.

Zuurbier, J. en Y. Krabbe-Alkemade. (2004). *Onderhandelen over DBC's, een thematische benadering*. Elsevier gezondheidszorg, Maarsen.

Zwakkenberg, S. (2004). *Sturen met casemix management* [Internet]. Laatst gewijzigd op 8 juni 2004. Aangehaald op 8 november 2006. Te bereiken op http://www.cbv.nl/images/Zwakkenberg_CBV_08-06-04.pp