

DBC's: oorzaak van verbondenheid of spanning?

Een onderzoek naar de invloed van DBC's op de relatie tussen zorgmanagers en medisch specialisten.



Door S.M. Legerstee

Door S.M. Legerstee (306786)
Ganzendaal 85
2914 RC Nieuwerkerk a/d IJssel

Begeleider: Annemiek Stoopendaal
Meelezer: Teun Zuiderent-Jerak

Beleid & Management in de Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam
Juli 2008

Voorwoord

“Zoeken naar de waarheid, is als het zoeken naar een zwarte hoed in een donkere kamer, terwijl je niet eens weet of die er wel is.” Deze uitspraak van de filosoof Karl Popper geeft aan dat het zoeken naar de waarheid moeilijk, zo niet onmogelijk is.

Toen ik halverwege 2007 een onderwerp zocht voor mijn bachelor scriptieonderzoek, wilde ik een aansprekend onderwerp, dat tot een duidelijke uitkomst zou leiden. Ik wilde een eigen stukje waarheid toevoegen aan de bestaande literatuur over management. Maar ik heb echter de wijze woorden van Popper ondervonden. Het zoeken naar de waarheid is een bijna onmogelijke taak en met dit scriptieonderzoek kan ik deze dan ook niet vinden. De gedachte echter dat ik met dit scriptieonderzoek een bijdrage kan leveren aan het begrijpen van de relatie tussen managers en specialisten, heeft mij tijdens dit onderzoek gemotiveerd. Mijn hoop is dat dit onderzoek vernieuwde inzichten geeft in de genoemde relatie en dat de gevolgen van DBC's hierdoor belicht worden.

Mijn scriptieonderzoek was nooit, of nooit zo volledig, tot stand gekomen zonder de hulp van mijn begeleider: Annemiek Stoopendaal. Annemiek, bedankt voor je niet aflatende kritische blik, oneindige literatuur kennis en positieve feedback, waardoor je mij na elk gesprek weer motiveerde om het onderzoek te verbeteren. Verder ben ik het IJsselland Ziekenhuis dankbaar voor de toestemming voor dit onderzoek. Alle medewerkers van het ziekenhuis die hebben bijgedragen aan dit onderzoek, bedankt jullie openheid en

medewerking. In het bijzonder bedank ik Krista van Huijs voor haar adviezen en ongekende inzet.

Ook mijn vriend en familieleden wil ik graag bedanken. Ramòn, voor je ideeën over en ervaringen met managers, je vertrouwen in mij en je taalvaardigheid. Mijn ouders Leo en Nel, mijn zus Nanda en mijn schoonouders Barend en Ineke, voor hun onvoorwaardelijke steun en persoonlijke visie op de gezondheidszorg. Coen en Daphne bedank ik voor het faciliteren van mijn denkproces. En tot slot wil ik Miquel bedanken voor zijn filosofische inbreng.

Samenvatting

De relatie tussen managers en medisch specialisten is een veel besproken onderwerp bij onderzoeken. Deze relatie hangt samen met de omgeving waarin hij zich manifesteert, het ziekenhuis en de zorgmarkt. De komst van DBC's heeft mogelijk gevolgen voor deze relatie en kan deze relatie op meerdere manieren beïnvloeden. In de literatuur komt een breed scala aan mogelijke gevolgen naar voren: meer managed care, financiële bewustwording, verschuiving in taken, verandering van autonomie, verandering in samenwerking en er kan een gemeenschappelijke taal ontstaan. In deze scriptie wordt er gekeken welke gevolgen DBC's hebben voor de genoemde relatie. De hoofdvraag die in dit onderzoek centraal staat is:

'Wat is de invloed van de invoering van DBC's, op de relatie tussen zorgmanagers en medisch specialisten in het IJsselland Ziekenhuis in Capelle aan den IJssel?'

Dit onderzoek is kwalitatief uitgevoerd. In totaal zijn vijf managers en vijf specialisten, werkzaam in het IJsselland Ziekenhuis, geïnterviewd. Tevens zijn er twee observaties uitgevoerd bij verschillende overleggen en is er een documentverzameling gedaan. De resultaten van de metingen zijn geanalyseerd aan de hand van transcripten en codes.

De invloed van DBC's op de relatie blijkt minimaal te zijn. Er is niet meer aansturing, overleg of een gemeenschappelijke taal ontstaan. Wel is er invloed zichtbaar in het gedrag van de managers, op de politieke autonomie van specialisten, onderlinge concurrentie tussen specialismen en is er een mogelijke cultuuromslag zichtbaar in de organisatie. De specifieke organisatiestructuur van de onderzoekslocatie heeft echter gevolgen gehad voor het onderzoek. Hierdoor was de relatie tussen manager en specialist moeilijk vast te stellen.

Executive Summary

The relationship between managers and medical specialists is a much-debated topic in scholarly research. This relationship is connected to the environment in which it manifests itself, the hospital and the health care market. The introduction of DBC's in the Dutch health care system, has possible consequences for this relationship and can influence this relationship in different ways. Within the literature a multitude of potential consequences surface: more managed care, improved financial awareness, shifting of tasks, change of autonomy, change in cooperation and the creation of a common language. In this dissertation, the implications of DBC's on the previously mentioned relationship will be discussed. The research question that will be at the centre of this thesis is:

“What are the ramifications of the introduction of DBC's on the relationship between care managers and medical specialists in IJsselland Ziekenhuis in Capelle aan den IJssel?”

This research is conducted qualitatively. A total of five managers and five specialists were interviewed, all active within IJsselland Ziekenhuis. Furthermore, two observations at different meetings and collection of documents were conducted. The results of these measurements were analysed on the basis of transcripts and codes.

The role of DBCs on the relationship proved to be minimal. There is no evidence of more guidance, consultation or the development of a common language. Nonetheless, they do influence the behaviour of managers, the political autonomy of specialists, mutual competition between specialisms and is there a possible cultural change visible in the organization. However, the specific organizational structure of the research location had impact on the research. Therefore it was hard to determine the exact relationship between manager and specialist.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	4
Executive Summary	6
Inleiding	12
Hoofdstuk 1: Achtergrond informatie DBC's	14
1.1. Ontstaansgeschiedenis van DBC's	14
1.2. DBC's de feiten	16
1.3. Voordelen van DBC's	17
1.4. Nadelen van DBC's en perverse effecten	19
Hoofdstuk 2: Gevolgen van DBC's	22
2.1. Gevolgen van DBC's voor managers	22
2.2. Gevolgen van DBC's voor medisch specialisten	24
2.3. Conclusie	28
Hoofdstuk 3: Relatie en gevolgen	30
3.1. Relatie tussen medisch specialist en manager	30
3.2. Mogelijke gevolgen van DBC's voor de relatie tussen managers en medisch specialisten	33
3.3. Conclusie	36

Hoofdstuk 4: Onderzoekopzet	37
4.1. Doel van het onderzoek	37
4.2. Onderzoeksdesign	37
4.3. Probleemstelling en deelvragen	38
4.4. Onderzoekslocatie	39
Hoofdstuk 5: Methoden van onderzoek	42
5.1. Onderzoekspopulatie	42
5.1.1. Entree	42
5.1.2. Beschrijving onderzoekspopulatie	43
5.2. Onderzoeksmethode	44
5.2.1. Interviews	44
5.2.2. Observaties	45
5.2.3. Documentverzameling	46
5.3 Data-analyse	47
Hoofdstuk 6: Verklaring begrippen	48
6.1. Kanteling	48
6.2. Productie	49
6.3. Efficiëntie	49
6.4 Taakomschrijving afdelingsmanager	50
Hoofdstuk 7: Uitkomsten	52
7.1. Ziekenhuisspecifieke situatie	52
7.2. Hoe beïnvloeden DBC's de managers en medisch specialisten in hun dagelijkse werkzaamheden?	56

7.2.1. Aanraking met DBC's	56
7.2.2. Invloed van DBC's	57
7.2.3. Zorgpaden	59
7.2.4. Conclusie	60
7.3. Hoe worden DBC's gebruikt in de communicatie tussen managers en medisch specialisten? En hoe is deze manier van communiceren veranderd sinds de invoering van de DBC's?	61
7.3.1. Communicatie	62
7.3.2. Overleg	62
7.3.3. Managementinformatie	63
7.3.4. Conclusie	64
7.4. Hoe zijn het werkproces van de professionals, hun idee over zorg en/ of de inhoud van hun werk veranderd door de invoering van de DBC's?	64
7.4.1. Aansturen	65
7.4.2. Productieziekenhuis	66
7.4.3. Kanteling: verandering van taken en duaal management	67
7.4.4. Conclusie	67
7.5. Wat is de invloed van DBC's op de economische, politieke en klinische autonomie van specialisten?	68
7.5.1. Economische autonomie	68
7.5.2. Politieke autonomie	69
7.5.3. Klinische autonomie	71
7.5.4. Conclusie	71

7.6. Hoe hebben DBC's invloed op de samenwerking tussen managers en specialisten?	72
7.6.1. Onderlinge relatie	73
7.6.2. Concurrentie in de zorgmarkt	74
7.6.3. Onderlinge concurrentie en afhankelijkheid	75
7.6.4. Conclusie	77
7.7. Wat is de mening van specialisten en managers over DBC's?	78
7.7.1. Mening van managers	79
7.7.2. Mening van medisch specialisten	79
7.7.3. Conclusie	80
Hoofdstuk 8: Conclusie en Discussie	81
8.1. Verklaring uitkomsten	81
8.1.1. Sturing van managers	81
8.1.2. Aansturing specialisten	81
8.1.3. Invloed van DBC's en marktwerking	83
8.1.4. Communicatie	84
8.1.5. Autonomie	85
8.1.6. Marktwerking	86
8.1.7. Samenwerking en (onderlinge) concurrentie	87
8.2. Beantwoording hoofdvraag	89
8.3. Beperkingen van het onderzoek en discussie	92
Bijlagen	94
Literatuur	96

Inleiding

Tijdens mijn studie Gezondheidswetenschappen ben ik geïnteresseerd geraakt in de relatie tussen managers en zorgverleners. Dat deze relatie complex is en vaak voor problemen kan zorgen, werd mij al snel duidelijk. Zo kwam ik in aanraking met de vooroordelen en theorieën over deze relatie, maar maakte ik tijdens mijn stage ook kennis met de praktijk. Deze relatie tussen managers en met name artsen, is in de zorg van belang aangezien de communicatie tussen hen belangrijk is voor de kwaliteit van zorg. Er is al veel onderzoek gedaan naar de relatie tussen managers en professionals. Vaak wordt er onderzocht hoe deze relatie samenhangt en wat de oorzaken en gevolgen hiervan zijn (Davies & Harrison 2003, Kaissi 2005 en Rundall et al. 2004). Om geen algemeen beeld te analyseren, maar de relatie tussen managers en specialisten iets specifieker te onderzoeken, is het nodig om deze relatie met een bepaald perspectief te bekijken. De genoemde relatie staat bloot aan allerlei beïnvloedende factoren (Kaissi 2005). Eén van deze factoren is het nieuwe zorgstelsel en de daarbij horende marktwerking. De invoering van de DBC's in ons huidige zorgstelsel is een recente verandering (sinds januari 2005). Deze verandering heeft zowel betrekking op managers als professionals en hun relatie tot elkaar. DBC's kunnen namelijk gezien worden als een instrument voor managers om de kosten te beheersen. Deze kostenbeheersing wordt onder andere gerealiseerd door het streven naar efficiëntie van behandelingen. Dit instrument grijpt hierdoor in op het primaire

proces waar artsen het meest aanwezig zijn. Echter de impact die deze verandering heeft op de relatie tussen managers en medisch specialisten is nog onduidelijk. Door aan de hand van de DBC invoering te kijken naar deze relatie wordt er gekeken hoe macro ingezette beleidsveranderingen hun uitwerking hebben op microniveau. Doordat de impact van deze verandering op de relatie tussen artsen en managers nog onbekend is, is het interessant dit te onderzoeken.

Doordat er nog maar weinig bekend is over de invloed van DBC's op de relatie tussen managers en medisch specialisten wil ik met dit onderzoek de kennis over deze relatie vergroten. Mogelijk kunnen de resultaten van dit onderzoek zelfs van belang zijn voor ziekenhuizen, managers en medisch specialisten in hun omgang met elkaar en met DBC's.

1. Achtergrond informatie DBC's

1.1. Ontstaansgeschiedenis van DBC's

De Nederlandse overheid is al sinds de jaren 90 bezig met de privatisering van de gezondheidszorg. De overheid ziet deze privatisering of marktwerking als een beleidsinnovatie die de effectiviteit en efficiëntie van zorg vergroot, en de zorg meer vraaggericht maakt (Maarse 2004: 98). Deze verandering kwam er echter pas in 2006.

De stelselwijziging houdt in dat het aandeel van marktwerking in de besluitvorming wordt versterkt en het aandeel van overheidsregulering verminderd. In 1987 verscheen het rapport van de Commissie-Dekker dat als start van deze stelselwijziging kan worden gezien. Kostenbeheersing werd in de jaren 80 de centrale doelstelling van de overheid door middel van aanbodregulering. De bezuinigingen leidden al snel tot verlies van kwaliteit. Vanaf toen ging de politiek serieus denken aan deregulering en marktwerking. Het rapport van Commissie-Dekker gaf aan dat de huidige aanbodregulering leidde tot veel bureaucratie en regels, de huidige zorg niet doelmatig genoeg was en de zorgverlening niet aangepast was op de uiteenlopende vraag van de bevolking. De zorg moest naar marktwerking toe, met gereguleerde concurrentie, vraagsturing en zorgvernieuwing (Lapré & van der Grinten 1989: 40). Door de democratiestructuur en twijfel aan de effectiviteit van het plan werd er pas in 2002 echt werk van gemaakt. Na bijna 20 jaar discussie is het nieuwe zorgstelsel daadwerkelijk tot stand gekomen in 2006. Het

kabinet Balkenende heeft de stelselwijziging doorgevoerd om zo de doelmatigheid en flexibiliteit te vergroten, waardoor de kosten en wachtlijsten afnemen en er meer vraagsturing komt (Appelman 2003: 37). Het vorige systeem van aanbodsturing had een positieve werking op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Het nadeel van dit systeem was dat er weinig stimulansen waren voor doelmatige zorgverlening (kostenefficiency), vraaggerichte zorg, zo goed mogelijke prijs/kwaliteitverhouding (allocative efficiency) en voor kwaliteitsbevorderende en kostenverlagende innovaties (dynamische efficiency). Door vraagsturing wordt geprobeerd deze stimulansen in het systeem te integreren (Lapré & van der Grinten 1989:62).

Een belangrijke voorwaarde voor goede vraagsturing is een financieringssysteem gericht op het stimuleren van concurrentie en leveren van vraaggerichte zorg. Om dit te bewerkstelligen heeft de overheid een nieuw financieringssysteem geïntroduceerd: de Diagnose Behandel Combinatie (verder DBC) (Van der Kraan 2006: 44). Dit nieuwe financieringssysteem vervangt (eerst gedeeltelijk) de functiegerichte budgettering van ziekenhuizen en de lumpsumfinanciering van medische specialisten. De scheefgroei tussen vraag en aanbod moet door de komst van de DBC's verbeterd worden, net als de relatie tussen kosten en opbrengsten en de kwaliteit en doelmatigheid (nvz 2007).

1.2. DBC's; de feiten

Diagnose Behandel Combinaties zijn een administratief definitie systeem van zorgproducten (Lapré & van Montfort 2001: 59). Een DBC omvat het geheel van activiteiten en verrichtingen van het ziekenhuis en medisch specialist, die voortvloeit uit de zorgvraag van de patiënt (Folpmers & de Bruyn 2005: 6). Een DBC typeert de zorgvraag van de patiënt en is een weergave van activiteiten en verrichtingen in het ziekenhuis, die de patiënt op basis van zijn of haar zorgvraag doorloopt. Aan elke DBC wordt een prijskaartje gehangen waarin alle relevante kosten zijn inbegrepen. Een DBC is dus een combinatie van product en prijs en geeft hierdoor inzicht in het product in relatie tot de prijs (nvz 2007). Een DBC is te zien als een vooraf gedefinieerd gemiddeld zorgproduct dat de zorgverlener selecteert op basis van de zorgvraag van de patiënt. De DBC bevat informatie over de zorgvraag, de diagnose en de benodigde behandeling. De DBC benoemt elke activiteit in de behandeling van de patiënt, van het eerste contact tot en met de laatste controle (dbc-onderhoud 2007). DBC's dienen als 'taal' op basis waarvan afspraken worden gemaakt (werken met dbc's 2007). Vrijwel alle in de praktijk voorkomende combinaties van diagnoses en behandelingen hebben hun eigen DBC. Dit zijn er momenteel ongeveer 30.000 (Berg et al. 2007).

Een DBC bestaat uit twee delen: een code voor iemands diagnose (klachten of zorgvraag) en een code voor de totale behandeling die de zorgverlener gegeven heeft. Het ministerie van VWS heeft samen met de zorgverleners van elke denkbare zorgvraag

of diagnose, de mogelijke behandeling en de kosten daarvan in kaart gebracht (Ministerie van VWS 2007). In de meeste gevallen heeft het ministerie van VWS de prijs van een DBC vastgesteld, in samenwerking met de zorgverzekeraars. Voor een deel van de zorg kunnen verzekeraars en zorgverleners onderhandelen over de prijs. Het is de bedoeling dat deze onderhandelingen leiden tot een betere prijs-kwaliteit verhouding. De verzekeraars betalen de zorgverleners het bedrag dat vooraf is afgesproken voor de specifieke DBC. Voor negentig procent van de ziekenhuiszorg zijn de tarieven landelijk vastgesteld. Deze groep DBC's wordt het A-segment genoemd. Er wordt echter wel in DBC's geregistreerd en gefactureerd, maar de bekostiging van de ziekenhuizen blijft voor dit segment gebaseerd op de huidige functie budgetteringssystematiek. Voor de overige tien procent van de ziekenhuiszorg zijn geen landelijke tarieven vastgesteld. Voor deze DBC's geldt dat zorgverzekeraars met ziekenhuizen onderhandelen over de prijs, kwaliteit en volume van de te leveren DBC (-groepen). Deze groep 'onderhandelbare DBC's' wordt het B-segment genoemd. In 2008 is het B-segment uitgebreid tot twintig procent van de ziekenhuiszorg (Ministerie van VWS 2007). Voor medisch specialistische zorg is een landelijk uurtarief vastgesteld (nvz 2007).

1.3. Voordelen van DBC's

Diagnose Behandel Combinaties kunnen een belangrijk instrument zijn in de overgang van een aanbod gericht systeem naar een vraaggestuurd stelsel in de gezondheidszorg. Het belangrijkste

voordeel van DBC's is dan ook dat ze de stelselwijziging en marktwerking helpen te realiseren. De verwachte gevolgen van DBC's zijn verschillend. Registratie in DBC's kan ziekenhuizen meer inzicht geven in wat er allemaal is gebeurd bij een bepaalde behandeling en welke kosten hieraan verbonden zijn. Voor ziekenhuizen kan dit het inzicht vergroten in de interne bedrijfsvoering en de zorg die ze leveren. Ook is het door het nieuwe definiëren van zorgproducten mogelijk dat aanbieders en verzekeraars flexibeler inspelen op ontwikkelingen in de vraag en aanbod (nvz 2007). Hierdoor geven DBC's de mogelijkheid om de vraaggerichte zorg en allocatieve efficiency te verbeteren. Ziekenhuizen kunnen dankzij DBC's gericht sturen op kwaliteit- en doelmatigheidsverbeteringen en de effecten hiervan meten, mits de informatie uit DBC's ook voor dit doel wordt gebruikt. Doordat in de DBC-prijzen alle integrale kosten die in een instelling worden gemaakt worden opgenomen, dus inclusief de kapitaallasten en de honoraria van medisch specialisten, worden ziekenhuizen zelf verantwoordelijk voor hun investeringsbeslissingen en de financiële gevolgen daarvan. De verwachting is dat deze verantwoordelijkheid investeringen in toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg zal bevorderen en tot meer doelmatigheid zal leiden.

Tevens kunnen zorgverzekeraars de zorg van zorgverleners vergelijken (Ministerie van VWS 2007). De risico's van verzekeraars voor de uitgaven aan ziekenhuiszorg worden groter, hierdoor is het mogelijk dat ook zij sterkere prikkels ervaren om doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg in te kopen. Wanneer

er dankzij DBC's kwaliteitsinformatie en transparantie ontstaan, zullen zorgverzekeraars én patiënten meer keuze-informatie krijgen (ibid.). Dit kan de concurrentie tussen zorgverleners vergroten.

Ook kan een DBC dienen als 'taal' waarmee zorgaanbieders en zorginkopers gemakkelijk met elkaar kunnen onderhandelen over een reële prijs en kwaliteit van totaalproducten voor de patiënt (nvz 2007).

De financiering door middel van DBC's beoogt dus meer transparantie, concurrentie en financieel risico voor ziekenhuizen en verzekeraars te bewerkstelligen. Of deze gevolgen door de invoering van DBC's ook daadwerkelijk in de praktijk zichtbaar zijn, is niet bekend.

1.4. Nadelen van DBC's en perverse effecten

Naast de genoemde voordelen kunnen er ook nadelen aan DBC's verbonden zijn. Doordat een DBC een zorgtraject voorstelt is er afstemming nodig tussen verschillende specialismen. Deze afstemming blijkt moeizaam te verlopen (De Greef 2007). Er ontstaat daardoor meer behoefte aan managers, die de gaten in de coördinatie moeten vullen. Doordat DBC's een zorgtraject voorstellen kan dit echter ook een positieve werking hebben op het ontstaan van zorgpaden. Met zorgpaden of zorgprogramma's wordt een multidisciplinair protocol dat taken, besluiten en werkprocessen bevat voor alle zorgprofessionals die betrokken zijn bij de zorg die een groep patiënten doorloopt (Berg et al. 2005). De zorg voor een bepaalde groep patiënten wordt aaneengeschakeld. Naast meer

behoefte aan coördinatie kan er ook minder ruimte voor complexere zorg en unieke gevallen ontstaan (VVAA 2006). Een behandeling moet passen in de DBC en mag geen afwijkingen vertonen. Voor een patiënt die net niet in de DBC past, zou er eigenlijk een nieuwe DBC moeten worden gemaakt. Hierdoor ontstaan steeds meer definities (artikelnummers) van mogelijk voorkomende behandelingen, op dit moment 30.000. Dit vergroot weer de complexiteit van het systeem en de administratieve lasten. Medische specialisten zien een toename in administratieve lasten als het grootste nadeel van de invoering van DBC's (ibid.).

Een ander mogelijk nadeel van de DBC-systematiek is dat er stelselmatig ruimte kan worden ontnomen aan zorgverleners om een behandeling in te zetten die naar hun inschatting voor de patiënt het meest adequaat is. De behandeling moet passen, niet alleen in het eigen systeem, maar ook bij het aanbod van andere afdelingen (De Greef 2007). Dit heeft mogelijk invloed op de autonomie van de medisch specialist.

Door de onderhandelingspositie van verzekeraars kunnen zij meer macht krijgen. Ziekenhuizen hebben een contract met een verzekeraar nodig om de kosten van behandelingen vergoed te krijgen. Doordat DBC's zorgproducten samenvoegt, wordt de onderhandelingspositie van verzekeraars vergroot. Een ziekenhuis wil namelijk niet het risico lopen dat een hele reeks aan behandelingen niet gecontracteerd wordt.

Tevens kunnen DBC's diverse perverse effecten hebben. Zo kunnen er duurdere DBC's worden geregistreerd dan geleverd

(upcoding), kan er overdeclaratie ontstaan (meer DBC's openen dan noodzakelijk), bestaat de kans dat duurdere of risicovolle patiënten worden doorgestuurd (risicoselectie of cherry-picking) en dat er bekibbeld wordt op kwaliteit door minder verrichtingen te leveren dan noodzakelijk (nvz 2007). Om deze perverse effecten tegen te gaan worden er controles uitgevoerd op het administratieve proces. Toch blijft het risico van declaratiefouten bestaan. Zo bleek dat in 2006 ziekenhuizen voor honderden miljoenen te veel hadden gedeclareerd (Zorgvisie 2006).

2. Gevolgen van DBC's

2.1. Gevolgen van DBC's voor managers

Sinds de invoering van de DBC financieringsstructuur is het mogelijk dat de rol van managers in een ziekenhuis veranderd is.

Door het eerder genoemde nieuwe financieringssysteem, wordt het voor een zorginstelling belangrijk om de zorg zo efficiënt mogelijk te leveren. Wanneer namelijk door efficiëntie het uitvoeren van de behandelcombinatie minder kost dan het afgesproken bedrag, wordt er winst, of geen verlies, gemaakt. DBC-registratie levert informatie op voor het management, bijvoorbeeld over de omvang en aard van de verrichtingen, doorlooptijd en verpleegduur. Met deze informatie kan de zorg gepland worden en vormt de DBC-registratie een belangrijk sturingsinstrument (dbc-onderhoud 2007). Zo kan een manager met de informatie de organisatie beter aanpassen aan de veranderende vraag en andere ontwikkelingen. Door de invoering van DBC's is het van belang als ziekenhuis een goede onderhandelingspositie te hebben. Wanneer een afdeling of ziekenhuis efficiëntere zorg en betere kwaliteit levert dan de concurrent, is een verzekeraar mogelijk eerder geneigd een contract af te sluiten met het 'goedkopere en betere' ziekenhuis. Dit betekent dat er meer patiënten naar dat ziekenhuis zullen worden gestuurd en de hogere productie zal leiden tot meer inkomsten (Lapré & van Montfort 2001:39). Wanneer er resultaatgerichte afspraken over DBC's gemaakt worden met verzekeraars, kan er een prikkel ontstaan om daar intern op te sturen om financieel risico te

vermijden. De casemix, het afgesproken aantal DBC's van ieder type, moet worden 'gemanaged': casemixmanagement (Zuurbier en Spanjers 2004: 87). Hiermee wordt bedoeld dat via DBC's managers en specialisten een gemeenschappelijk begrippenkader krijgen, waarmee de financiering en het productieproces aan elkaar gekoppeld worden (de mix). Gezamenlijk kunnen er dan afspraken worden gemaakt over productie, kosten en financiering (managen) (Zuurbier et al. 2003). Of deze genoemde 'casemixmanagement' ook daadwerkelijk in de praktijk zal ontstaan is nog de vraag. Het is de vraag of managers, ziekenhuizen en verzekeraars de marktgerichtheid kunnen omzetten in het sturen van de vraag en zorg.

Managers kunnen een belangrijke rol krijgen bij het zorgen voor efficiëntere en kwalitatief goede zorg. Wanneer managers mede invloed hebben op de structuur van zorg en vernieuwende projecten, kunnen zij invloed op de efficiëntie en kwaliteit van zorg hebben. Hierbij is samenwerking met de betrokken medisch specialisten van belang, aangezien zij de zorg direct leveren. Managers kunnen proberen meer invloed te krijgen op het zorgproces om zo efficiëntie te genereren. Ook is het de rol van het bestuur van een ziekenhuis om met de verzekeraars te gaan onderhandelen over de prijs van DBC's in het B-segment. Welke laag van het management deze taak op zich neemt zal verschillen per ziekenhuis. Van managers wordt verwacht dat ze de problemen die er rond kwaliteit en efficiëntie zijn aanpakken, noodzakelijke veranderingen initiëren, hierbij steeds vaker en meer verantwoording afleggen en dit alles doen in een

situatie waarin de managers afhankelijk zijn van medische professionals (Zuiderent-Jerak 2007). Deze verwachting van managers kan echter verschillen per zorginstelling.

Tevens wordt door de invoering van DBC's de samenwerking tussen afdelingen van belang. 'De samenwerking binnen een en dezelfde afdeling van een ziekenhuis is doorgaans goed geregeld. Maar onderling stemmen ziekenhuisafdelingen de zaken niet goed af.' (Medisch Contact 2006). Hier kan een taak voor managers liggen om de afstemming tussen afdelingen te verbeteren. Op deze manier kan de kwaliteit van zorg verbeterd worden.

2.2. Gevolgen van DBC's voor medisch specialisten

Voor de medische specialist heeft de stelselwijziging ook verregaande gevolgen. Zo was de zorgverlener eerst degene die de zorgvraag interpreteerde en de behandeling vaststelde, nu zullen andere actoren (managers) ook invloed hebben op het te nemen zorgpad (Van Der Kraan 2006: 46). Hierdoor wordt de macht en autonomie van de professional anders vormgegeven (Vogd 2006: 152). Vóór de invoering van het nieuwe zorgstelsel hadden artsen, meer dan managers, invloed op het zorgproces. De ontwikkeling naar meer marktwerking in de zorg heeft ervoor gezorgd dat managers een andere taak krijgen binnen het zorgproces (Davies & Harrison 2003). DBC's bevorderen managed care. Bij managed care beïnvloedt een derde partij (manager, verzekeraar) het beslissingsproces van de arts of het keuzeprocess van de patiënt. Deze derde partij neemt een sturende rol in het gebruik van zorg en trekt

verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het zorgproces naar zich toe (Hulst 1999: 75). Mogelijk ervaart de arts door de invoering van DBC's meer 'bemoeienis' van het management. Wanneer managers meer invloed willen krijgen op de diagnose en medicatie die wordt voorgeschreven, kan de klinische autonomie van specialisten in het geding komen. Zo kunnen managers bijvoorbeeld bepaalde aspecten van richtlijnen willen aanpassen om zo de economische belangen van het ziekenhuis te waarborgen (Vogd 2006: 157). DBC's beïnvloeden de politieke autonomie van artsen doordat zij niet konden meebesluiten over de invoering van DBC's, deze kwam er gewoon. Ze hebben wel een belangrijke maar geen doorslaggevende stem meer bij beleidsbeslissingen. Economische autonomie kan worden aangetast doordat artsen niet meer zelf hun honorarium mogen vaststellen. Er komt een uurtarief dat landelijk wordt vastgesteld (nvz 2007). Tevens zal de vraag naar transparantie toenemen. Artsen zullen openheid over hun werkprocessen moeten geven. Dit kan een inperking van de professionele autonomie veroorzaken. Mogelijk kan er zelfs gesproken worden van deprofessionalisatie, doordat de medische professie hun macht verliezen over organisatie aspecten (Vogd 2006: 157). Of specialisten deze verandering ook als een beperking in hun autonomie zien is nog onbekend. Mogelijk ervaren ze dit alleen als een verandering, maar niet als beperking.

Een positief gevolg van de DBC-systematiek is het inzicht die het nieuwe administratiesysteem kan geven in de zorgproducten die de artsen leveren (dbc-onderhoud 2007). Hierdoor kunnen artsen

zien wat zij qua kosten, hoeveelheden en aard aan producten leveren. Er kan een gemiddeld behandelprofiel per DBC worden uitgedraaid (Zuurbier en Spanjers 2004: 85). Dit verrichtingenprofiel geeft meer inzicht in het eigen handelen van specialisten en kan ruimte geven voor interne kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering. Dit profiel kan aan het einde van een jaar worden uitgedraaid, en kan laten zien hoe een specialist gemiddeld omgaat met patiënten met een bepaalde zorgvraag, welke bepalingen worden aangevraagd, wat de gemiddelde verpleegduur is, wat de totale doorlooptijd is en welke afdelingen door de patiënt in welke volgorde worden gezien (Zuurbier et al. 2003). Of artsen werkelijk deze informatie gebruiken om hun kwaliteit en productie te verbeteren is nog onbekend. Wanneer dit gemiddelde behandelprofiel per DBC gekoppeld wordt aan het interne ziekenhuis informatiesysteem (ZIS) ontstaat er management informatie die voorheen niet beschikbaar was (Zuurbier et al. 2003). Met deze informatie zouden managers bijvoorbeeld de patiëntenlogistiek kunnen verbeteren, doordat patiëntengroepen beter in te plannen zijn. Deze informatie kan managers meer mogelijkheden geven om de zorg te sturen. Deze aansturing kunnen specialisten als negatief ervaren, door een verminderde autonomie, maar ook positief omdat ze mogelijk minder tijd kwijt zijn met de organisatie van zorg of omdat de zorg voor de patiënt verbetert.

Ook kan een DBC de medische specialist meer confronteren met de financiële kant van de behandeling. Op basis van de DBC administratie kunnen er nauwkeurige calculaties worden gemaakt van de gemiddelde kosten die een DBC genereert. Inzicht in de

daadwerkelijke specifieke kosten leidt tot bewustwording en een financieel efficiëntere praktijkvoering (dbc-onderhoud 2007). Hoewel het mogelijk is dat specialisten meer kostenbewust worden, kan het ook zijn dat ze zich niet laten leiden door financiële informatie of het kan zijn dat ze in hun werkzaamheden al kostenbewust waren.

Specialisten zijn door het nieuwe administratiesysteem meer tijd kwijt aan het declareren. De administratieve rompslomp is toegenomen sinds de invoering van DBC's (Van der Kwast 2005). De medisch specialist is verantwoordelijk voor het openen van een DBC aan de hand van een diagnose, het registreren van kenmerken tijdens de behandeling (operatie, ligdagen, medicijnen etc.) en het afsluiten van de DBC aan het einde van de behandeling. Hierbij ontstaat een zorginterval met daaraan gekoppeld een DBC-code (Zuurbier en Spanjers 2004: 84).

Het nieuwe DBC-systeem vereist meer afstemming en samenwerking tussen verschillende specialismen (De Greef 2007). Toegenomen concurrentie en vraaggerichte zorg dwingen ziekenhuizen de zorg te organiseren in zorgpaden. Artsen zullen meer met elkaar moeten samenwerken om tot een goed zorgpad te komen. Tevens is er de hoop dat er meer zal worden samengewerkt met managers. Om gezamenlijk te ondernemen, moeten ziekenhuis en specialisten oog hebben voor elkaars belangen en samenwerken (Tersmette 2007). Het is ook mogelijk dat afdelingen en specialisten onderling minder gaan samenwerken, omdat de marktwerking kan zorgen voor individualisering. Hiermee wordt bedoeld dat door

concurrentie en onzekerheid over de financiële situatie, specialismen en specialisten de aandacht naar zichzelf willen richten.

Tevens wordt de oude op jaarbudgetten gebaseerde verrichtingen-/lumpsumsysteem vervangen door honorering van DBC's op basis van uurtarief. Specialisten krijgen hierdoor een vast uurtarief voor hun verrichtingen. Het NZa stelt dit uurtarief vast (dbc-onderhoud 2007).

2.3. Conclusie

In de twee voorgaande paragrafen zijn de mogelijke gevolgen van DBC's voor managers en specialisten weergegeven. De komst van de DBC's kan managers meer sturingsinformatie geven en kan de mogelijkheid van sturen op de zorg vergroten. Managers kunnen een grotere rol krijgen in het zorgdragen voor meer efficiëntie en kwaliteit. Tevens kunnen managers een rol krijgen in de afstemming tussen afdelingen, welk belang door de komst van DBC's vergroot is.

Medisch specialisten krijgen door de komst van de DBC's mogelijk meer te maken met managed care en meer 'bemoeienis' van het management. Ook zal er meer transparantie kunnen komen, wat weer invloed heeft op de professionele autonomie. De autonomie van de specialisten kan op meerdere manieren worden aangetast. DBC's kunnen mogelijk ook zorgen voor meer inzicht in hun eigen handelen. Hierdoor kan er interne kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering optreden. Tevens kunnen de DBC's bijdragen aan de financiële bewustwording van specialisten. Mede door de

invloed van DBC's kan de samenwerking tussen specialismen veranderd worden. Verder is al bekend dat de administratieve lasten vergroot zijn en dat de DBC's invloed hebben op het salaris van de specialisten.

3. Relatie en gevolgen

3.1. Relatie tussen medisch specialist en manager

Volgens onderzoek in Engeland zijn artsen en managers vaak ontevreden over de arts-manager relatie (Davies, Hodges & Rundall 2003). De relatie tussen managers en specialisten is problematisch (Plochg et al. 2003). Er zijn verschillende verklaringen hiervoor.

Het beroep van artsen wordt gekenmerkt door het bijzondere karakter ervan (Schepers & Nievaard 1990). De arts wordt ook wel een professional genoemd. Een kenmerk van een professional is bijvoorbeeld dat leken het werk van professionals niet goed kunnen beoordelen of controleren, en professionals daarom macht en autonomie hebben. Professionele autonomie betreft de aan de professie geboden vrijheid om zijn eigen diagnostisch en therapeutisch traject, zijn eigen gedragscode en onderlinge toetsingcriteria vast te stellen, en eveneens de vrijheid om zijn eigen opleidingscriteria te bepalen (Hulst 1999: 41). Deze autonomie is diep ingebed in de cultuur van de professie en komt voort uit een geschiedenis van jarenlange controle op hun eigen werk (Light 2000: 201-216). “Professionele autonomie kan als waarborg worden gezien om het primaire proces tegen oneigenlijke invloeden van derden te beschermen” (Hulst 1999: 41). Professionele autonomie kan worden opgedeeld in politieke autonomie (het recht om beleidsbeslissingen te nemen), economische autonomie (het recht om het eigen honorarium te bepalen) en klinische autonomie (vrijheid van diagnose en therapie) (ibid.: 11). Managers kunnen gezien worden

als derden die invloed willen hebben op het primaire proces. Doordat autonomie diep is ingebed in de cultuur van artsen, is het voor managers moeilijk om invloed te krijgen op het primaire proces (Freidson 2001:192).

Managers hebben geleidelijk een topositie in ziekenhuizen ingenomen. Volgens Vogd (2006: 157) kunnen deze managers meestal geen medische handelingen uitvoeren, maar maken ze hun beslissingen ver weg van de patiënt op basis van statistische informatie. Ze evalueren volgens deze auteur de medische praktijk zonder contact met de dagelijkse routine, ze denken op een bureaucratische en economische manier.

De knelpunten die optreden tussen managers en specialisten kunnen onder andere voortkomen uit de fundamentele verschillen tussen de beroepen. Het algemene beeld van een manager is dat hij gericht is op kostenbeheersing en het algemene beeld van een arts is dat hij gericht is op patiëntenzorg (Kaissi 2005: 167). Kaissi (2005) beschrijft de manager-arts relatie als: een professionele bureaucratie, waarin elke groep zijn eigen waarden, doelen en verwachtingen heeft, maar wel met gezamenlijke en van elkaar afhankelijke behoeften. Volgens Davies en Harrison (2003) hebben artsen waarden zoals hun professionele autonomie, zijn ze gericht op de individuele patiënt en verlangen ze naar zelfregulering. Managers zijn gericht op het belang van de populatie, zoeken naar publieke verantwoordelijkheid en zijn bezig met de verdeling van hulpmiddelen. Berg en Schellekens beschrijven de tweedeling tussen management en medisch personeel als: “At heart, the deepest

dividing line runs between the professionals 'owning' and improving the content of health care work and the manager 'owning' and improving the organization of that work." (Berg et al. 2005:76). Echter doordat managers en uitvoerenden een andere taal spreken, kan het ook lijken alsof er een tegenstelling in belangen is (Maasson en Cappolse 2005). Volgens Atun (2003) 'The most important barrier is the fact that managers and doctors speak different languages'. Volgens hem veroorzaakt de moeizame communicatie spanning tussen managers en specialisten.

Kaissi (2005), Davies en Harrison (2003), Berg et al. (2005) en Atun (2003) geven aan dat managers en artsen verschillende waarden, doelen en werkwijzen hebben en een verschillende taal spreken. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de relatie tussen managers en artsen gespannen is. Deze spanning ontstaat door verschillen in mening, gebrek aan goed teamwork, gebrek aan goede communicatie en door druk van buitenaf (Rundall et al. 2004). Deze externe druk ontstaat door budgettering van de overheid, invloed van verzekeraars en een turbulente beleidsomgeving. Volgens Edwards et al. (2003) is het spanningsveld tussen managers en artsen onvermijdelijk en zelfs noodzakelijk. Er is een paradox tussen de vraag naar gelijksoortige werknemers (bv. arts met management taken) en de noodzaak te erkennen dat artsen en managers anders denken en ook anders móeten denken. Een ziekenhuissysteem zou niet werken wanneer de manager aan de patiënt denkt, zonder de financiële gevolgen mee te nemen. Tevens zou de kwaliteit van zorg verminderen wanneer de arts niet het belang van de patiënt, maar

juist de financiële gevolgen voorop stelt. De patiënt is dus gebaat bij een spanningsveld tussen managers en artsen. Er is echter wel onderling begrip en respect nodig om deze spanning vorm te geven (Edwards et al. 2003).

Volgens Noordegraaf (2008) echter moet er kritisch gekeken worden naar de hierboven aangenomen tegenstelling en afstand tussen managers en professionals. Volgens deze auteur bestaat er een publieke opvatting dat managers steeds meer vervreemd raken van de werkvloer en dat er een kloof bestaat tussen managers en specialisten. Het is echter de vraag of deze kloof gecreëerd is, of echt bestaat.

3.2. Mogelijke gevolgen van DBC's voor de relatie tussen managers en medisch specialisten

Aan de hand van de beschreven literatuur kan worden aangenomen dat de relatie tussen managers en medisch specialisten door de invoering van DBC's verandert. Hoe deze verandering er in de praktijk uitziet zal afhangen van de manier waarop managers en specialisten met verandering omgaan. Zo zouden managers van specialisten kunnen vragen dat ze meer managementtaken op zich nemen (Zorgvisie 2007). Door de betrokkenheid van artsen bij beslissingen te vergroten, kan het eerder beschreven spanningsveld verminderen (Rundall et al. 2004). Door artsen te betrekken bij beleidsbeslissingen wordt namelijk het vertrouwen in de relatie tussen artsen en managers vergroot (Succi et al. 1998). Wanneer er meer onderling vertrouwen is kan de spanning afnemen. Deze

betrokkenheid van specialisten bij managementtaken kan echter ook méér spanning opleveren. Wanneer artsen te weinig tijd over houden voor hun patiëntenzorg en de managementtaken niet interessant vinden, zal de motivatie voor de taken afnemen en kan de spanning toenemen.

Zoals al eerder genoemd kan er een spanningsveld ontstaan tussen managers en artsen wanneer DBC's zorgen voor meer managed care. Het sturen van zorg kan in conflict komen met de autonomie van de arts. Medische redenen kunnen dan in strijd raken met economische motieven (Hulst 1999: 84). DBC's kunnen er voor zorgen dat de professionele autonomie van artsen wordt ingeperkt, waardoor managers meer invloed krijgen op het primaire proces (Freidson 2001:192). Deze beperking van autonomie kan voor meer spanning zorgen in de relatie tussen manager en specialist. Deze spanning zal toenemen, wanneer de arts zich zal verzetten tegen de inperking van zijn autonomie.

De invoering van DBC's is een type van het PPS (prospective payment system). Een PPS systeem zorgt ervoor dat artsen en managers meer met elkaar verbonden worden, doordat de beslissingen van artsen gevolgen hebben voor de financiële overleving van het ziekenhuis (Kaissi 2005:196). Door deze verbondenheid (of wederzijdse afhankelijkheid) is het waarschijnlijk dat managers frequenter contact hebben met specialisten. Het nieuwe financieringssysteem kan ervoor zorgen dat er meer samenwerking komt tussen managers en specialisten. Er kan meer overleg nodig zijn en afstemming tussen afdelingen vereist samenwerking tussen

specialismen en managers. Wanneer er meer teamwork is kan dit het spanningsveld verkleinen (Rundall et al. 2004). Deze samenwerking kan echter ook negatief uitpakken en het spanningsveld vergroten. Zoals al eerder genoemd kunnen afdelingen en specialisten ook juist minder gaan samenwerken, omdat marktwerking kan zorgen voor individualisering.

Ook kan een mogelijk gevolg zijn van de invoering van de DBC's dat artsen en managers de DBC codering gaan gebruiken in hun dagelijkse communicatie en spreektaal. Er kan een gezamenlijke taal ontstaan. Wanneer de communicatie tussen artsen en managers hierdoor verbetert kan de eerder genoemde spanning afnemen (Rundall et al. 2004).

Zoals eerder beschreven zijn DBC's ook een middel om te vergelijken. Mogelijk geven DBC's hierdoor ook een soort prestatienorm en worden de verwachtingen van managers naar specialisten toe, bepaald door deze norm. Door het financiële risico dat het ziekenhuis loopt wordt de druk om te vernieuwen en de kosten laag te houden, vergroot. Hierdoor kan DBC een soort drukmiddel worden voor managers naar zorgverleners toe. Argyris (1996) geeft aan dat het gebruik van budgetten als pressiemiddel op de lange termijn negatieve gevolgen kan veroorzaken. Wanneer DBC's als drukmiddel worden gebruikt kan dit dus negatieve gevolgen hebben voor de organisatie (Argyris 1996). DBC's verhogen de druk van buitenaf en dit werkt negatief op het spanningsveld tussen managers en specialisten (Rundall et al. 2004).

3.3. Conclusie

In de afgelopen twee paragrafen werd de gecompliceerde relatie tussen managers en specialisten beschreven en werden er mogelijke gevolgen gegeven van de invoering van DBC's voor deze relatie. Zo kan er een verschuiving in taken, verandering van autonomie, verandering in samenwerking en een gemeenschappelijke taal en prestatienorm komen. Doordat het vanuit de literatuur lastig te bepalen is wat de precieze gevolgen zijn van de invoering van DBC's voor de relatie tussen managers en specialisten, is het interessant om deze gevolgen te onderzoeken. Zal de relatie tussen managers en professionals onder meer spanning komen te staan of groeien managers en specialisten door de komst van DBC's juist nader tot elkaar? Het is interessant om te onderzoeken hoe deze macro ingevoerde regeling zijn uitwerking heeft op microniveau.

4. Onderzoeksopzet

Zoals in de voorgaande hoofdstukken is beschreven, kan de invoering van de DBC's de relatie tussen managers en specialisten op meerderen manieren beïnvloeden. Om de gecompliceerde relatie tussen managers en specialisten beter te begrijpen is het interessant om meer inzicht te krijgen in de daadwerkelijke gevolgen van de DBC's voor deze relatie.

4.1 Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om het inzicht te vergroten in de relatie tussen managers en medisch specialisten met betrekking tot de invoering van DBC's. Het onderzoek zal van informatieve betekenis zijn voor managers, medisch specialisten en studenten in de opleiding geneeskunde en management studies. Tevens kan deze studie de theorievorming over veranderingsprocessen in de praktijk, en de literatuur aanvullen.

4.2. Onderzoekdesign

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek. Over dit onderwerp is nog weinig onderzoek gedaan en er bestaat weinig voorkennis, hierdoor zijn de relevante variabelen en relaties hiertussen nog niet bekend (Maso & Smaling 1998:11). Aangezien voor een kwantitatief onderzoek de variabelen en hun relaties van te voren duidelijk moeten zijn, is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek.

Kwalitatief onderzoek wordt gebruikt wanneer het te onderzoeken onderwerp niet concreet is gedefinieerd (Imbos et al. 2001: 14).

Tevens kan er met een kwalitatief onderzoek een onderwerp verkend worden en kan er een beeld ontstaan van de onderlinge relatie tussen managers en specialisten. Er zijn meerdere manieren om kwalitatief onderzoek aan te pakken (Creswell 2003:14). Bij dit onderzoek is gekozen voor een ‘case studie’ aanpak. Hierbij wordt een fenomeen onderzocht in zijn werkelijke context (Yin 2003:13). In dit onderzoek wordt in diepte ingegaan op een specifieke organisatie, met als focus de impact die de invoering van DBC’s met zich meebrengt.

4.3. Probleemstelling en deelvragen

Voor het onderzoek is de volgende centrale probleemstelling geformuleerd:

‘Wat is de invloed van de invoering van DBC’s, op de relatie tussen zorgmanagers en medisch specialisten in het IJsselland ziekenhuis in Capelle aan den IJssel?’

Om deze probleemstelling te kunnen beantwoorden zijn er deelvragen geformuleerd:

1. Hoe beïnvloeden DBC’s de managers en medisch specialisten in hun dagelijkse werkzaamheden?
2. Hoe worden DBC’s gebruikt in de communicatie tussen managers en medisch specialisten? En hoe is deze manier van communiceren veranderd sinds de invoering van de DBC’s?

3. Hoe zijn het werkproces van de professionals, hun idee over zorg en/of de inhoud van hun werk verandert door de invoering van de DBC's?
4. Wat is de invloed van DBC's op de economische, politieke en klinische autonomie van specialisten?
5. Hoe hebben DBC's invloed op de samenwerking tussen managers en specialisten.

4.4. Onderzoekslocatie

De onderzoekslocatie die bij dit onderzoek is gebruikt is het IJsselland Ziekenhuis in Capelle aan den IJssel. Dit ziekenhuis is gekozen op basis van vier factoren. Ten eerste staat het IJsselland ziekenhuis bekend om de goede zorg die er geleverd wordt. Op de AD ziekenhuis top 100, staat dit ziekenhuis op plaats 26 (Algemeen Dagblad 2008) ver boven zijn concurrenten in Rotterdam. Het is beter om een onderzoek te verrichten in een ziekenhuis wat goed loopt. Hierdoor is de kans op confounding kleiner en zal het ziekenhuis eerder geneigd zijn openheid van zaken te geven. Ten tweede is het IJsselland ziekenhuis een relatief klein (390 bedden) ziekenhuis, vergeleken met het kleinste (138 bedden) en het grootste (1.368 bedden) algemene ziekenhuis. In een kleiner ziekenhuis werken vaak minder specialisten en managers dan in een groot ziekenhuis, mogelijk is het hier gemakkelijker een relatie te onderzoeken. In een groot ziekenhuis zal doordat de verschillende actoren waarschijnlijk minder contact met elkaar hebben, er mogelijk niet eens een relatie zijn. In een wat kleiner ziekenhuis zoals het

IJsselland Ziekenhuis zal de relatie tussen managers en medici wat gemakkelijker te onderzoeken zijn. Managers en medici zullen hier meer bekend zijn met elkaar, zodat er een relatie ís om te onderzoeken. Ten derde is er gekozen voor een algemeen ziekenhuis en geen academisch ziekenhuis. De verwachting is dat het in een academisch ziekenhuis lastiger is de probleemstelling te onderzoeken. Deze verwachting is gebaseerd op het gegeven dat een academisch ziekenhuis complexer is, dat er meer specialisten werkzaam zijn en het contact met managers door de complexiteit van de organisatie moeilijker tot stand komt. Ook is er de verwachting dat er in een academisch ziekenhuis meer factoren zijn die de relatie tussen managers en medisch specialisten kan beïnvloeden, zoals andere onderzoeken. Tevens maken academische ziekenhuizen van meerdere geldstromen gebruik. Naast de financiering uit DBC's, wordt een academisch ziekenhuis ook gefinancierd voor onderzoek en onderwijs. Dit vergroot de complexiteit, waardoor een algemeen ziekenhuis geschikter is voor dit onderzoek. Ten vierde zijn er praktische overwegingen waardoor het IJsselland ziekenhuis is gekozen. Het ziekenhuis ligt qua locatie dichtbij Rotterdam en door mijn stage in dit ziekenhuis zijn er al contacten bij het opleidingscentrum gemaakt.

Het benaderen van de onderzoekslocatie verliep redelijk soepel. Het opleidingscentrum van het IJsselland Ziekenhuis verzorgt stages en trainingen. Dit was de ingang om binnen te komen en toestemming te vragen voor het onderzoek, aangezien gedacht werd dat het opleidingscentrum wel vaker toestemming voor

onderzoeken moet geven. Dit was echter niet het geval, er worden in het IJsselland Ziekenhuis niet veel onderzoeken gedaan. Na doorverwijzing naar een stafmedewerker, oud BMGer, werd er uiteindelijk terechtgekomen bij Krista van Huis, een beleidsmedewerker van de Vereniging Medische Staf (verder VMS). Zij heeft aan de voorzitter medische staf, het Bestuur staf maatschap en het hoofd Dienst Zorg toestemming gevraagd voor het onderzoek. Deze toestemming werd na twee weken ook verkregen. Tijdens het onderzoek bleef zij de contactpersoon binnen het ziekenhuis.

5. Methoden van onderzoek

In dit onderzoek wordt er getracht een antwoord te vinden op de probleemstelling en deelvragen zoals beschreven in het vorige hoofdstuk. De methode van onderzoek en de onderzoekspopulatie zullen hieronder beschreven worden.

5.1. Onderzoekspopulatie

5.1.1. Entree

De hierboven genoemde contactpersoon in het IJsselland Ziekenhuis had in haar functie veel contact met specialisten in de VMS. Hierdoor was de ingang naar de specialisten snel gemaakt. Er is besloten eerst de specialisten te benaderen om te vragen of ze wilden meewerken en vervolgens pas de managers van die afdelingen waar de specialisten al van hadden toegezegd. Dit is gedaan aangezien verwacht werd dat de medewerking van specialisten moeilijker te verkrijgen zou zijn, dan de medewerking van de managers. In samenwerking met de contactpersoon is besloten welke specialisten het beste benaderd konden worden voor de interviews. Mijn contactpersoon benaderde de specialisten eerst zelf om te vragen of ze wilden meewerken. Na hun toezegging zijn zij, of hun secretariaat, gebeld of gemaïld voor een afspraak. Na een introductie bij het secretariaat Dienst Zorg en het secretariaat Dienst Control waren deze diensten gewillig om mee te helpen aan het onderzoek. Via het secretariaat Dienst Zorg zijn de betrokken managers gezocht en gemaïld met uitleg over het onderzoek. Via deze weg zijn de managers gevraagd om hun medewerking te verlenen. Het

secretariaat Dienst Zorg gaf aan dat het specialisme KNO geen eigen afdelingsmanager had, deze viel onder chirurgie. Hierdoor is ervoor gekozen om een internist te benaderen in plaats van de KNO-arts. Hiervoor was namelijk wel een afdelingsmanager beschikbaar. In de mail werden de managers gevraagd contact op te nemen wanneer zij mee wilden werken met het onderzoek.

Binnen twee dagen na het versturen van de mail naar de managers was er reactie van managers die graag hun medewerking wilden verlenen. Ook het contact met de specialisten was snel gemaakt, echter hier was het wat lastiger om een afspraak van een uur in te plannen. Het specialisme urologie was het enige specialisme dat niet op de mailtjes reageerden. Door persoonlijk langs te gaan bij het secretariaat urologie en nog een extra mail, is geprobeerd om de urologen over te halen mee te werken. Nadat een familielid, die werkzaam is in het IJsselland Ziekenhuis, was langs gegaan bij urologie om ze over te halen, lukte het ook een afspraak te maken met een uroloog.

5.1.2. Beschrijving onderzoekspopulatie

Voor dit onderzoek is gekozen om specialisten van verschillende specialismen op te nemen in de onderzoekspopulatie. Hiervoor is gekozen omdat hierdoor de relatie tussen specialist en manager meerdere malen onderzocht kan worden. De specialismen waarvoor is gekozen zijn gynaecologie, orthopedie, chirurgie, interne geneeskunde en urologie. Deze specialismen hebben behandelingen in het B-segment en in het A-segment. Van elk specialisme is één

specialist en één manager opgenomen in de onderzoekspopulatie. Uiteindelijk zijn er dus vijf specialisten en vijf afdelingsmanagers opgenomen in de onderzoekspopulatie. Deze respondenten zijn binnen een periode van vijf weken geïnterviewd. Aangezien de managers, die in de onderzoekspopulatie terecht zijn gekomen, automatisch gebonden waren aan de specialisten zijn zij niet specifiek gekozen.

De afdelingen gynaecologie en orthopedie waren al wat verder gevorderd met zorgpaden dan de andere specialismen. De afdeling chirurgie kwam uit een periode waar er interne problemen waren en de afdelingsmanager was nog bezig om de afdeling op orde te brengen. De afdelingsmanagers van gynaecologie en orthopedie waren minder dan twee jaar werkzaam in deze functie als manager. De manager van chirurgie was recent in dit ziekenhuis komen werken. Deze managers hebben dus eigenlijk niet de invoering van DBC's in dit ziekenhuis meegemaakt. Alle specialisten daarentegen hebben wel de invoering van DBC's meegemaakt. De geïnterviewde orthopeed heeft dit echter in een ander ziekenhuis meegemaakt.

5.2. Onderzoeksmethode

5.2.1. Interviews

De onderzoekspopulatie heeft aan de hand van een interview hun mening gegeven over hun relatie tot elkaar in samenhang met de invoering van de DBC's. De interviews waren semi- gestructureerd. Als leidraad werd een interviewgide (zie bijlage 1) gebruikt die was opgesteld aan de hand van de deelvragen. Deze interviewgide werd

gedurende het onderzoek ook aangepast en uitgebreid. De interviewgide werd gebruikt als leidraad en was van te voren naar de respondenten opgestuurd ter informatie. Niet elke respondent had de vragenlijst vooraf aan het interview gelezen. Sommigen dachten aan de hand van de vragen weinig te kunnen vertellen. Tijdens het interview werden voornamelijk technieken gebruikt om door te vragen en te verhelderen. Hierdoor kon er dieper op de vragen en antwoorden worden in gegaan. Elk interview werd opgenomen met een voicerecorder, dit was ook bij de respondenten bekend. Het voordeel hiervan was dat de volledige bewoording van de respondenten opgeslagen werd. De validatie wordt hiermee verhoogd. Ook was het hierdoor niet nodig om veel mee te schrijven, zodat de aandacht van de onderzoeker kon blijven bij het stellen van vragen en het begrijpen van de respondent. Er waren echter ook enige nadelen merkbaar. De respondenten kunnen zich bewust zijn van het feit dat ze worden opgenomen en dat dit als ‘bewijs’ kan dienen. Ook is het lastiger voor de onderzoeker om de lijn in het verhaal te houden. Zonder aantekeningen is het lastig om te weten welke vragen er al gesteld zijn, en kan er teveel worden opgegaan in het verhaal van de respondent. Pas na enkele interviews kon er een balans gevonden worden tussen het opnemen op band en het maken van aantekeningen.

5.2.2. Observaties

Naast de interviews met de populatiegroep zijn er twee observaties uitgevoerd. De eerste observatie is uitgevoerd bij een overleg tussen

het ziekenhuis (met de Raad van Bestuur, twee leden van de VMS en twee personen van de Dienst Control) en twee vertegenwoordigers van verschillende verzekeraars. Via de voorzitter van de VMS, die al geïnterviewd was, is er toestemming verkregen om deze vergadering bij te wonen. Er zaten geen afdelingsmanagers bij deze vergadering. De tweede vergadering was een overleg waarbij twee teamleiders, een afdelingsmanager en een specialist aanwezig waren. Dit was een maandelijkse vergadering tussen de afdeling en het specialisme. Na het interview met deze afdelingmanager kreeg ik toestemming om bij dit overleg aanwezig te zijn. Bij deze vergaderingen zijn aantekeningen gemaakt, er is geen voicerecorder gebruikt.

5.2.3. Documentverzameling

Naast de interviews en de observaties is er ook aan documentverzameling gedaan. Bij de contactpersoon en de Dienst Control is het ‘Medisch beleidsplan van de VMS’, het ‘Strategisch concept beleid’, managementinformatie en informatie over productiecijfers verzameld. Aangezien er niet veel documenten over de invoering of de werking van DBC’s binnen de organisatie te vinden waren zijn er interviews afgenomen met belangrijke bronnen. Zo is er gesproken met de verantwoordelijke voor de invoering van de DBC’s, om een beeld te krijgen hoe de invoering is verlopen. Ook is er gesproken met een medewerker en het hoofd van de Dienst Control om meer achtergrond informatie te krijgen over de werking van DBC’s in dit ziekenhuis. De gesprekken zijn opgenomen op band, behalve het gesprek met een medewerker van de Dienst

Control. De gesprekken op band waren voorbereid en er was van tevoren een korte vragenlijst vastgesteld. Het gesprek met de medewerker was ongepland en ook niet voorbereid. Om de validiteit te verhogen is aan deze medewerker via de mail teruggekoppeld wat hij gezegd heeft.

5.3. Data-analyse

Om een antwoord te kunnen krijgen op de deelvragen en de probleemstelling is er voor gekozen om de interviews die op band stonden te coderen. Hierbij is ervoor gekozen om zoveel mogelijk uit te schrijven, maar onnodige informatie zoals 'eh' is hierbij weggelaten. Vreemde spreekzinnen zijn vertaald in normale teksten, zonder aan de inhoud iets te veranderen. Deze transcripten zijn vervolgens thematisch gecodeerd. Aan de hand van de deelvragen zijn thema's geformuleerd. In de transcripten is gezocht naar stukken tekst die te maken hadden met de geformuleerde thema's. De informatie werd zo geordend per thema. Per thema en per respondent zijn er vervolgens korte conclusies of codes gegeven. Hierna zijn deze conclusies, of codes, naast elkaar gelegd om vergelijken. Uit deze vergelijkingen zijn uitkomsten beschreven.

De aantekeningen van de bijgewoonde vergaderingen zijn verwerkt in een conclusie. De informatie uit de gesprekken met verschillende medewerkers is tevens verwerkt in conclusies. Deze conclusies gelden als achtergrond informatie en kunnen de conclusie van het onderzoek ondersteunen of verklaringen geven voor de gevonden uitkomsten.

6. Verklaring begrippen

Tijdens de beschrijving van de uitkomsten bleek dat enkele begrippen niet meteen duidelijk waren. Enkele begrippen worden in deze paragraaf dan ook nader toegelicht. Deze toelichting is tot stand gekomen door terugkoppeling naar respondenten en door navraag bij het hoofd Dienst Zorg. In dit verslag hebben de genoemde begrippen de hier onderstaande betekenis, mits anders is vermeld.

6.1. Kanteling

Door de jaren heen is de inrichting van de organisatiestructuur van ziekenhuizen veranderd. Steeds minder zijn organisaties georganiseerd volgens een dienstenstructuur (functionele indeling), en steeds vaker worden zij ingericht naar zorgeenheden (Van der Scheer 2007). Deze verandering van de structuur van een organisatie om klantgerichter te werken wordt ook wel ‘kanteling’ genoemd. Het begrip ‘doorkantelen’ geeft een inrichting naar clusters of divisies met daarbinnen zorgeenheden aan. Mintzberg (2006) ziet kantelen als het groeperen van posities en eenheden om het werk in een organisatie te coördineren. Boven elke eenheid of cluster staat een manager. In een onderzoek van Noordegraaf et al. (2002) heeft 63,3% van de onderzochte ziekenhuizen een gekantelde organisatiestructuur. Het IJsselland Ziekenhuis heeft geen gekantelde organisatiestructuur.

6.2. Productie

Met productie bedoelen specialisten de aantallen in budgetparameters of DBC's. Een manager geeft aan dat productie het aantal patiënten of behandelingen voorstelt, dat staat vast in de productieafspraken. Specialist en manager geven in principe dezelfde betekenis aan productie. De manager benadrukt dat ligduur ook sterk samenhangt met productie. Omdat ligduur voor een groot deel de productie kan beïnvloeden.

In dit onderzoeksverslag zal productie gezien worden als de aantallen behandelingen, patiënten of DBC's.

6.3. Efficiëntie

De betekenis van het begrip efficiëntie hangt af van de context waarin het begrip gebruikt wordt. Een specialist geeft aan dat over het algemeen het begrip betekent om zo veel mogelijk in een bepaalde tijd te doen, zonder onnodige handelingen, onderzoeken of tijdsverlies. Een manager dacht bij efficiëntie aan het zo efficiënt mogelijk werken, weinig wachttijd voor de patiënt en het goed inrichten van processen. Deze manager gaf aan dat voor managers efficiëntie het goed aansturen en laten lopen van processen op de afdeling, betekent. Deze manager gaf ook aan dat voor specialisten efficiëntie bijvoorbeeld betekent het geven van goede informatie aan de patiënt, juiste medicijnen geven en goede nazorg leveren. Het ontslag en de ligduur wordt bepaald door de specialist. Het ontslaan en de ligduur hebben volgens de manager invloed op de efficiëntie, om snel meer patiënten te zien. Hierdoor komen de begrippen

productie en efficiëntie bij elkaar. De specialist en manager geven aan dat efficiëntie in principe betekent zoveel mogelijk productie leveren in een zo kort mogelijke tijd. De manager is daarbij wel meer gericht op het optimaliseren van de afdelingsprocessen, de specialist is meer gericht op onnodige handelingen en zoveel mogelijk productie.

Efficiëntie kan op verschillende manieren gebruikt worden en uiteindelijk zal de context bepalen wat het begrip betekent. Over het algemeen wordt in dit onderzoeksverslag efficiëntie gebruikt als het gaat om optimalisatie van de productie, optimalisatie van de zorgprocessen en doelmatige inzet van middelen.

6.4. Taakomschrijving afdelingsmanager

Een afdelingsmanager in het IJsselland Ziekenhuis ontvangt leiding van het hoofd Dienst Zorg en geeft hiërarchisch, operationeel en functioneel leiding aan medewerkers van de afdeling. De afdelingsmanager onderhoudt contacten met het personeel op de afdeling, medisch specialisten binnen de organisatorische eenheid, andere afdelingen, patiënten en familieleden en externe zorgverleners en instanties. De taken van een afdelingsmanager die zijn omschreven in de functiebeschrijving, komen voort uit zes resultaatgebieden. Deze gebieden zijn management en organisatie van zorgverlening, beleidsontwikkeling, kwaliteitsontwikkeling, personeelsmanagement, informatievoorziening en communicatie en middelenbeheer. Management en organisatie van zorgverlening behelst de verantwoordelijkheid voor de verpleegkundige

zorgverlening, bewaken van het afdelingsbudget, efficiënt inzetten van middelen en advisering aan het hoofd Dienst Zorg. Beleidsontwikkeling bevat taken als het ontwikkelen van een beleidsplan, afstemmen van beleid met medisch specialisten en draagvlak ontwikkelen voor het beleid. Kwaliteitsontwikkeling behelst het ontwikkelen en hanteren van kwaliteitsbevorderende instrumenten, toetsing van kwaliteit van dienstverlening en de verantwoording voor kwaliteitsborging. Personeelsmanagement houdt taken in als werkoverleg, functioneringsgesprekken, opleidingsbeleid, werven en selecteren van nieuwe medewerkers en creëren van een goed werkklimaat. Informatievoorziening en communicatie behelst overleg met het hoofd Dienst Zorg, collega leidinggevenden en medisch specialisten over productieafspraken, budget en integrale kwaliteit. Het bevat ook taken als het onderhouden van het informatiesysteem en uitbrengen van rapportages. Middelen beheer omvat alle budget beheertaken van de afdeling.

De manager zoals deze door Vogd (2006: 157) is beschreven in paragraaf 3.1, is niet gelijk aan de afdelingsmanager in deze onderzoekspopulatie. Deze afdelingsmanagers maken hun beslissingen juist dicht bij de patiënt en denken niet alleen economisch of bureaucratisch. Dé manager zoals deze is beschreven in het theoretische kader zal daardoor afwijken van de werkelijke afdelingsmanager in de onderzoekspopulatie.

7. Uitkomsten

De uitkomsten van de in hoofdstuk vijf beschreven onderzoeksmethode zullen worden beschreven aan de hand van de deelvragen die in paragraaf 4.3 zijn genoemd. Allereerst zullen de specifieke aspecten van het IJsselland Ziekenhuis beschreven worden, die invloed hebben op het onderzoek. Daarna zullen de uitkomsten bij de deelvragen over invloed van DBC's op werkzaamheden, communicatie, inhoud van zorg, autonomie en samenwerking beschreven worden. Vervolgens zal er nog een extra deelvraag over de persoonlijke mening van respondenten beschreven worden.

7.1. Ziekenhuisspecifieke situatie

Gedurende het onderzoek bleek dat het IJsselland Ziekenhuis een bepaalde structuur had, die invloed leek te hebben op de manier waarop er met DBC's wordt omgegaan. Om deze waarneming te ondersteunen is document analyse gebruikt om meer inzicht te verschaffen in de invoering van de DBC's in dit ziekenhuis en de structuur van de organisatie. Hiervoor is een interview afgenomen met de verantwoordelijke persoon voor de invoering van DBC's en met het hoofd Dienst Control. De uitkomsten van deze interviews zullen hieronder besproken worden.

Het IJsselland ziekenhuis is rond 2003 begonnen met de invoering van de DBC registratie. In dat jaar was er vanuit de overheid een inspanning- en een resultaatverplichting. Het ziekenhuis wilde hier aan voldoen, mede ook om subsidie binnen te

halen. Volgens de verantwoordelijke voor de invoering van de DBC's was er onder de specialisten een 'meer dan normale weerstand' tegen het gebruiksonvriendelijke systeem voor de registratie. De invoering stuitte, volgens de verantwoordelijke persoon voor de invoering van DBC's, op meer weerstand dan andere ziekenhuizen. Om deze reden heeft het ziekenhuis de gebruikers (specialisten) mee laten denken om een eigen registratiesysteem te ontwikkelen. Met deze aanpak waren de specialisten erg betrokken bij de invoering van de DBC systematiek en was er commitment vanuit de organisatie om mee te werken. Echter doordat verzekeraars later een validatie wilden, en dit niet mogelijk was binnen het eigen ontwikkelde systeem, moest het algemene registratiesysteem aangenomen worden. Dit systeem was toen echter, mede door de invloed van het IJsselland Ziekenhuis, alweer zo aangepast dat het iets gebruiksvriendelijker was geworden.

Het IJsselland Ziekenhuis heeft een structuur die niet gekanteld is. Er zijn geen zorgeenheden of clusters waar een aantal poli's en klinieken onder één manager vallen. Hier hebben de poliklinieken en de verpleegafdelingen (klinieken) hun eigen afdelingshoofd. Hieronder vallen de teamleiders en verpleging. De afdelingsmanagers vallen onder het hoofd Dienst Zorg. Verder vallen de specialisten onder de Vereniging Medische Staf (lees VMS) en zijn er ondersteunende diensten als Dienst Control, Dienst Personeel, Organisatie & Opleiding (P, O & O) en Dienst Informatiezaken & Faciliteiten. De Dienst Control houdt zich bezig met de informatie verzameling uit de DBC registratie. Er is nu echter

een onderbenutting van de informatie die wel beschikbaar is. De afdelingsmanagers worden door het hoofd Dienst Control gezien en genoemd als kosten- budgethouder die zich bezig houden met personele kosten, materiele kosten en aantal opnames of bedbezetting van een (verpleeg)afdeling. Verder onderscheidt de Dienst Control de DBC producenten die de aantallen DBC's te zien krijgen voor hun honorarium en productieafspraken, en het aantal euro's daar aan gekoppeld krijgen. Met deze DBC producenten worden de specialisten bedoeld. Volgens het hoofd Dienst Control is het probleem dat niemand resultaatverantwoordelijk is voor de combinatie van productie van DBC's en afdelingskosten. Er is geen duidelijke verantwoordelijkheidsstructuur. Doordat de structuur van dit ziekenhuis niet gekanteld is, is het doorgeven van de informatie die uit de DBC registratie komt moeilijk. Volgens het hoofd Dienst Control is er sturingsinformatie uit de DBC's beschikbaar, maar maakt de onduidelijke verantwoordelijkheidsstructuur niet inzichtelijk wie deze informatie zou moeten krijgen. De specialisten houden zich voornamelijk bezig met het behandelen van patiënten en productieafspraken, niet met aansturen van de organisatie. De afdelingsmanagers houden zich voornamelijk bezig met de organisatie van hun eigen afdeling en houden zich niet bezig met de kosten van behandelingen. Deze structuur heeft mogelijk wel invloed op de resultaten van het onderzoek, dit zal in de conclusies worden meegenomen.

Naast de genoemde structuur, heeft de in het ziekenhuis heersende cultuur ook mogelijk invloed op de manier waarop DBC's

gebruikt worden binnen de organisatie. Met name de functieopvatting van de afdelingsmanagers kan hierbij van belang zijn. Zoals al eerder genoemd worden managers door de Dienst Control gezien als kosten budgethouders. Dit wil zeggen dat managers invloed hebben om de aanschaf van middelen voor hun afdeling en dat ze met hun personeelskosten binnen het budget moeten blijven. Afdelingsmanagers hebben met name invloed op de personeelskosten en specifieke afdelingskosten. Ze hebben geen invloed op de behandel- of DBC-kosten. Bij het woord manager dachten de meeste specialisten als eerste aan de Raad van Bestuur. Hiermee gaven ze aan dat ze de afdelingsmanagers niet echt zagen als managers van het ziekenhuis, maar eerder als manager van de verpleging en het personeel van een specifieke afdeling. Deze functieopvatting zegt iets over de mate van invloed die afdelingsmanagers hebben op DBC's en de mate waarin zij kunnen aansturen op DBC's. De mate van invloed en aansturing zal gering zijn, aangezien hun taak hierin niet in voorziet en er ook van hun niet verwacht wordt deze taak op zich te nemen. De hierboven genoemde structuur is mogelijk een grote oorzaak van deze cultuur.

De invoering van DBC's en de specifieke structuur en cultuur van deze organisatie hebben ertoe geleid dat het DBC's op een unieke wijze werkzaam zijn binnen het IJsselland ziekenhuis. Uiteraard worden de DBC's gebruikt en wordt er dagelijks mee gewerkt. Specialist coderen patiënten en hun behandelingen, de informatie komt in het administratie systeem en wordt doorgespeeld naar de afdeling Control. Of en hoe de werkzaamheden van

specialisten en managers veranderd zijn, sinds de invoering van DBC's, zal samenhangen met deze specifieke structuur en cultuur.

7.2 Hoe beïnvloeden DBC's de managers en medisch specialisten in hun dagelijkse werkzaamheden?

De afgenomen interviews zijn gecodeerd aan de hand van verschillende thema's. Bij deze deelvraag zullen de thema's 'Aanraking met DBC's', 'Invloed van DBC's' en 'Zorgpaden' gebruikt worden om antwoord te geven. Onder het thema 'Aanraking met DBC's' wordt verstaan de mate en wijze waarop respondenten tijdens hun werk te maken hebben met DBC's. Het thema 'Invloed van DBC's' omvat alle uitspraken van respondenten over de mogelijke invloed van DBC's op hun werk, inzicht en de organisatie. Het thema 'Zorgpaden' sluit aan bij de veranderende organisatie en de invloed van marktwerking, kostenbesparing en patiëntgerichtheid. In dit thema zijn alle opmerkingen en uitspraken over zorgpaden opgenomen. Door deze thema's te combineren kan er een beeld gegeven worden van de mogelijke veranderingen in het dagelijkse werk van specialisten en managers.

7.2.1. Aanraking met DBC's

Specialisten en managers dachten bij DBC's voornamelijk aan de administratieve kant, het openen en sluiten van een DBC. De specialisten gaven aan voor elke patiënt extra tijd kwijt te zijn om de DBC te openen en sluiten. In tegenstelling tot de specialisten gaven de meeste managers aan weinig met DBC's bezig te zijn. Eén

manager gaf aan te merken dat de productie in het B-segment gestimuleerd wordt. Deze druk ervaaarde zij vanuit het topmanagement van het ziekenhuis. Deze manager gaf tevens aan met kwaliteit en efficiëntie bezig te zijn om zo de productie te verhogen en de DBC's goedkoper te maken. Zij had dus wel het idee met DBC's bezig te zijn, doormiddel van kwaliteit en efficiëntie. Het werken aan kwaliteit en efficiëntie om zo een goedkope DBC te krijgen, deed deze manager ook met het oog op concurrentie. Ze wilde voor haar afdeling een goede concurrentiepositie innemen. Deze manager hield zich niet bezig met de prijs van een DBC, doordat zij geen informatie hierover krijgt en het niet haar taak is om te letten op de prijs van een DBC. Doordat de structuur niet gekanteld is, staan de poliklinieken los van de klinieken. De klinieken hebben een eigen afdelingsmanager en de poliklinieken hebben ook afdelingsmanagers. Mede doordat de managers geen verantwoordelijkheid hebben over de poli's, waar de meeste DBC's geopend worden, komen ze weinig in aanraking met DBC's. Ook worden ze door de organisatie niet afgerekend op de kosten die uit een DBC komen. Hierdoor voelen managers het niet als hun taak om te letten en te sturen op de DBC prijs.

7.2.2. Invloed van DBC's

Uit de interviews bleek dat managers vonden dat met de DBC's de trend om te letten op productie, door je ligduur te verkorten, duidelijk is gemaakt. DBC's dwingt hen om goed te kijken naar je eigen bedrijf en naar de concurrenten. De meeste managers zien

DBC's wel als prikkel om beter te presteren. Dit is opvallend aangezien managers in hun dagelijkse werk aangeven niet echt met DBC's te maken te hebben, maar toch voelen zij de prikkel om te presteren. Specialisten hebben een heel andere mening over de invloed van DBC's. Specialisten zien de DBC-systematiek bijna alleen als een ander declaratiesysteem. Drie specialisten geven aan dat naar hun verwachting DBC's niet tot meer kwaliteit en efficiëntie zullen leiden. Twee specialisten geven aan dat DBC's voor het ziekenhuis een prikkel geven om meer te letten op efficiëntie en kwaliteit. Met het ziekenhuis bedoelden ze de Raad van Bestuur. De specialisten gaven aan dat de Raad van Bestuur DBC's niet gebruikt om aan te sturen op efficiëntie en kwaliteit. Ze verwachten wel dat deze aansturing mogelijk nog komt. Wel voelen de specialisten de druk om goedkoper te zijn. Eén specialist denkt dat er door de DBC's binnen specialisten groepen een tendens is ontstaan om minder onnodige aanvragen voor onderzoeken te doen. Hij gaf aan dat specialisten de daling in het aantal aanvragen altijd zullen verklaren onder het mom van 'kwaliteitsverbetering'. Deze specialist dacht echter dat de invoering van DBC's wel degelijk invloed heeft op het aanvraaggedrag van zijn collega's. Veel specialisten gaven aan dat verzekeraars niet aansturen op kwaliteit, ze stellen alleen minimumeisen. Specialisten verwachten ook niet dat verzekeraars op kwaliteit gaan aansturen. Wanneer er alleen op minimumeisen wordt gelet en de verzekeraars alleen concurreren op prijs, denken de specialisten dat er geen concurrentie op kwaliteit kan ontstaan.

Hierdoor zien ze ook niet in hoe DBC's bevorderlijk zouden kunnen zijn voor de kwaliteit van zorg.

7.2.3. Zorgpaden

De organisatie is op verschillende plaatsen met zorgpaden bezig, maar nog niet overal. Managers en specialisten gaven aan dat het ziekenhuis wordt gedwongen aan zorgpaden te beginnen door de druk van buitenaf. Hiermee wordt bedoeld de druk die verzekeraars en concurrentie geven, maar ook de druk vanuit de maatschappij om patiëntgericht te werken. Specialististen denken dat door DBC's voor managers het inzicht in de verschillende zorgstappen van het conservatieve traject, het zorgtraject waarin geen operatie plaats vindt, vergroot kan worden. Een nadeel van zorgpaden, die zowel managers als specialisten onderkennen, is dat wanneer je een bepaalde patiëntengroep voor laat gaan er andere patiënten moeten wachten. Om een bepaalde patiëntengroep snel door het zorgpad heen te krijgen zal deze groep bijvoorbeeld bij de röntgen voorrang moeten krijgen op andere groepen patiënten. Een kenmerk van zorgpaden is dat ze horizontaal en verticaal door de organisatie gaan. Een manager voorziet hier problemen aangezien je met zorgpaden op het terrein van verschillende specialismen komt. Alle betrokken specialisten moeten zich dan ook inzetten voor het succesvol laten verlopen van het zorgpad. Dit is vaak moeilijk te bewerkstelligen, aangezien verschillende specialisten vaak verschillende belangen hebben. Specialististen zien zichzelf met name als de ontwerpers van de zorgpaden. Na doorvragen gaven enkele specialisten aan dat

managers ook een rol in het zorgpad zouden kunnen vervullen. Ze zien managers dan meer in een ondersteunende rol, met als taak de uitwerking of vertaling van de zorgpaden. Managers zouden het zelf leuk vinden om een organisatorische rol te krijgen binnen de zorgpaden. Zo zouden ze graag meer verantwoordelijkheid willen krijgen over de afstemming tussen stappen in het zorgpad, om zo ook aan te sturen op efficiënte zorg. Zorgpaden zouden de mogelijkheid kunnen geven om tussen specialisten en tussen managers en specialisten meer samenwerking te genereren.

7.2.4. Conclusie

Uit de bespreking van de voorgaande thema's blijkt dat managers aangeven weinig in aanraking te komen met DBC's. Zeker de kosten van een DBC zijn niet bekend bij managers en vormen ook geen sturingselement. DBC's maken bij managers wel duidelijk dat er gelet moet worden op productie en concurrentie. 'Je denkt er wel over na, maar niet zozeer in cijfers', gaf een manager aan. Hieruit blijkt dat managers wel beïnvloed worden door DBC's, alleen worden ze niet afgerekend op de cijfers uit de DBC's. Managers houden zich dus wel bezig met de indirecte gevolgen van DBC's, zoals het streven naar hogere efficiëntie, kortere ligduur, betere concurrentiepositie en het zorgen voor patiëntgerichte zorg. Managers zien DBC's als een prikkel voor henzelf en voor het gehele ziekenhuis om beter te presteren.

Uit de voorgaande thema's blijkt dat specialisten met DBC's in aanraking komen als het gaat om administratie van de

codes. Specialisten zien de invoering van DBC's alleen als prikkel voor de Raad van Bestuur om meer te letten op efficiëntie, en niet voor henzelf. Doordat verzekeraars en het ziekenhuis(bestuur) niet aansturen op efficiëntie en kwaliteit voelen ze alleen de druk om goedkoper te zijn. Uit concurrentie oogpunt en voor verbetering van de klantgerichtheid zien de specialisten wel mogelijkheden voor zorgpaden. DBC's kunnen managers helpen inzicht te krijgen in zorgpaden, verwachten een aantal specialisten.

7.3 Hoe worden DBC's gebruikt in de communicatie tussen managers en medisch specialisten? En hoe is deze manier van communiceren veranderd sinds de invoering van de DBC's?

Bij deze deelvraag zullen de thema's 'Communicatie', 'Overleg' en 'Managementinformatie' gebruikt worden om antwoord te geven. Onder het thema 'Communicatie' wordt verstaan de wijze en inhoud van communiceren tussen managers en specialisten, die mogelijk veranderd is sinds de invoering van DBC's. Er wordt hierbij gekeken of het woord DBC een rol speelt in deze communicatie. Onder het thema 'Overleg' valt de mate en inhoud van het overleg tussen managers en specialisten. Hierbij wordt gekeken of het overleg sinds de invoering van DBC's veranderd is. Onder het thema 'Managementinformatie' wordt verstaan de informatie die managers en specialisten van de organisatie ontvangen. Deze informatie kan managers en specialisten informeren of kan dienen als sturingsinformatie.

7.3.1. Communicatie

Kwaliteit, patiëntgerichtheid en patiënttevredenheid zijn woorden die door zowel managers als specialisten worden gebruikt in hun taal. Managers gebruiken niet het woord DBC in hun communicatie. Ze gebruiken woorden als ligduur, efficiëntie en productie. Deze taal wordt door zowel de managers als de specialisten als normaal ervaren. De druk die gevoeld wordt om de ligduur te verkorten levert bij één manager meer gesprekken op met haar specialisten. Ook specialisten gebruiken niet het woord DBC, maar wel productie, concurrentie en ligduur. Het communiceren over productie is volgens hen niet veranderd sinds de invoering van DBC's. Specialisten gaven aan altijd al over productie te praten. Er wordt wel meer over ligduur en concurrentie gesproken. Of dit door de invoering van DBC's komt is niet duidelijk.

7.3.2. Overleg

Managers en specialisten hebben regelmatig overleg met elkaar, formeel en met name informeel. Tijdens deze overleggen praten ze niet over DBC's, maar wel over ligduur en kwaliteit. Eén manager zou meer overleg met de specialisten willen, maar geeft aan dat praattijd voor specialisten productie kost. Managers en specialisten denken dat de inhoud van het overleg niet veranderd is sinds de invoering van DBC's. Naast de praktische afstemming wordt er tijdens overleggen ook besproken hoe de afdeling beter zou kunnen lopen. Dit is gericht op de patiënttevredenheid en kwaliteit, maar ook

op ligduurverkorting en productie. Managers en specialisten hebben het idee dat dit onderwerpen zijn die al lang spelen.

7.3.3. Managementinformatie

Voor managers houdt de managementinformatie in dat zij een maandelijks uitdraai ontvangen van het hoofd Dienst Zorg over verpleegdagen, opnames en bedbezetting. Ze krijgen geen informatie over kosten van behandelingen of DBC's. Specialisten krijgen informatie over aantal polikliniek bezoeken, opnames en operaties (fb-parameters). Specialisten krijgen de productie te zien in aantallen en in euro's. Ze kunnen ook de gerealiseerde productie vergelijken met de productie afspraken die gemaakt zijn. Uit deze gegevens kunnen specialisten ook hun salaris afleiden. Eén specialist heeft het zorgprofiel te zien gekregen. Een DBC bestaat uit een honorariumdeel en een ziekenhuisdeel, dit ziekenhuisdeel wordt het zorgprofiel genoemd. In het zorgprofiel staat een overzicht van de kosten per DBC voor het ziekenhuis. Deze kosten zijn echter nog niet erg specifiek. Specialisten hebben weinig vertrouwen in de betrouwbaarheid van de informatie die uit DBC's zou komen. Ze hebben het idee dat het onmogelijk is om voor zoveel complexe zorgproducten een goede specifieke prijsberekening te maken. In de kosten van een DBC die in het zorgprofiel staan, zitten nu bijvoorbeeld ook de kosten van schoonmaak en van de auto van de directeur. Specialisten willen eerst een specifieke prijsberekening zien, voordat ze de informatie uit het zorgprofiel gaan gebruiken.

7.3.4. Conclusie

De hierboven besproken thema's laten zien dat het woord DBC weinig in de communicatie terugkomt. Woorden als concurrentie en ligduur worden vaker gebruikt. Tijdens overleggen wordt er onder andere gesproken over productie, ligduur en allerlei aspecten die te maken hebben met kwaliteit. Het praten over productie is er volgens specialisten altijd al geweest. De managementinformatie, die zorgt voor gesprekstof, geeft voornamelijk informatie over productie. Informatie over kosten gekoppeld aan DBC's krijgen managers en specialisten niet te zien.

7.4 Hoe zijn het werkproces van de professionals, hun idee over zorg en/of de inhoud van hun werk veranderd door de invoering van de DBC's?

Bij deze deelvraag zullen de thema's 'Aansturen', 'Productieziekenhuis' en 'Kanteling: verandering van taken en duaal management' gebruikt worden om antwoord te geven. Onder het thema 'Aansturen' wordt verstaan de mate en wijze van aansturing van en door managers en specialisten. Het thema 'Productieziekenhuis' is gedurende het onderzoek ontstaan. Tijdens de interviews kwam vaak het woord productieziekenhuis naar voren. Onder het thema 'Kanteling: verandering van taken en duaal management' vallen alle onderwerpen die te maken hadden met verandering of kanteling van de organisatie. Zo werd er gesproken over duaal management en het samenvoegen van poli's met klinieken.

7.4.1. Aansturen

Managers sturen aan op bedbezetting en verplegend personeel, ze bewaken hun eigen budget. Ze kunnen de ligduur niet aansturen, omdat de specialisten gaan over de opname of ontslag van patiënten. Wel kunnen de managers trends signaleren en dit aangeven aan de specialist. Er is geen aansturing maar overleg en samenwerking met specialisten. Managers kunnen specialisten alleen adviseren, maar niet sturen. Andersom willen managers ook niet gestuurd worden door de specialisten. Verbeteren van kwaliteit en het bewaken van efficiëntie komt uit de managers zelf, dit deden ze al. Er wordt wel een druk gevoeld om te letten op verkorting van de ligduur. Eén manager geeft aan dat DBC's haar dwingt om creatief te zijn en op een andere manier te denken over kwaliteit en productie. De Raad van Bestuur stuurt niet actief aan op DBC's, maar willen bijvoorbeeld wel dat er meer B-segment behandelingen plaatsvinden. Wel verwachten managers en specialisten dat die aansturing vanuit de Raad van Bestuur er in de toekomst wel gaat komen. Specialisten vinden dat ze geen aansturing nodig hebben, ze letten zelf al op hun doorstroom en ligduur. Ze zeggen wel open te staan voor adviezen en sturing wanneer dit iets toevoegt, ze staan er bijvoorbeeld voor open om aangesproken te worden op onnodige aanvragen als die gebeuren. Ook zouden ze graag zien dat verliesgevende maatschappen aangestuurd worden. Specialisten denken verschillend over de mogelijkheid of de informatie uit DBC's kán aansturen op kwaliteit, prijs en ligduur. Sommigen denken dat hiervoor geen DBC's nodig zijn, anderen denken dat DBC's voor deze aansturing

wel een hulpmiddel kunnen zijn. Specialisten vinden wel dat de aansturing met informatie uit DBC's alleen kan plaatsvinden wanneer de gegevens correct zijn. Hier is nog weinig vertrouwen in.

7.4.2. Productieziekenhuis

Drie managers geven aan dat de focus van de organisatie, specialisten en daardoor ook van henzelf, nu meer op productie ligt dan voor de invoering van DBC's. De andere twee managers zeggen dat de aandacht voor verhoging van de productie altijd al bestond. Alle managers geven in hun eigen bewoording aan dat het ziekenhuis meer een bedrijf is geworden, waar steeds commerciëler en zakelijker gedacht wordt. Zo ligt de aandacht veel op ligduur en bedbezetting. Ze geven aan dat dit ziekenhuis een productieziekenhuis is met een heel hoge bedbezetting. Synoniemen voor het ziekenhuis die managers gaven zijn: Albert Heijn, bedrijf, productieziekenhuis en groot commercieel bedrijf. Bijna alle specialisten geven specifiek aan dat de aandacht voor verhoging van de productie er ook al was voor de invoering van de DBC's. Vier specialisten denken heel zakelijk over het ziekenhuis. Ze zien de organisatie als bedrijf en zichzelf als zelfstandig ondernemer. Termen als 'productie is omzet', 'het is een geldkwestie' en 'wij doen de productie, dus wij draaien de omzet' zorgen ervoor dat zij zakelijker overkomen dan de managers. Eén specialist zag de zorg niet als een markt. Hij vroeg zich af of je van de zorg een echte markt kan maken met vrije keuze en concurrentie. Hij had niet dezelfde zakelijke benadering als zijn collega's.

7.4.3. Kanteling: verandering van taken en dual management

Alle managers denken wanneer binnen het ziekenhuis de poli en de kliniek samengevoegd worden, er een betere afstemming tussen poli's en klinieken plaats kan vinden. Hierdoor zou er meer op productie en zorgpaden gestuurd kunnen worden. Managers zouden graag wat hardere eisen krijgen van hun leiding, en willen wat meer resultaatgericht werken. 'De organisatie is helemaal niet zo resultaatgericht. Wat dat betreft zouden er ook voor mij meer paaltjes geslagen mogen worden', gaf een manager aan. De specialisten hebben een verdeelde mening over een veranderende structuur. De één denkt door cluster meer samenhang en één aanspreekpunt te krijgen, wat zorgpaden sturen makkelijker maakt. De ander denkt dat de manager van de kliniek niet capabel is om ook de poli te leiden. De volgende ziet meer in samenwerking en de laatste wil de lijnen kort houden en geen managementlaag er tussen.

7.4.4. Conclusie

Uit de voorgaande paragrafen blijkt dat er nog weinig aansturing met DBC informatie binnen de organisatie is. Managers sturen hun eigen afdeling aan, maar kunnen specialisten alleen adviseren. Managers voelen wel druk om te letten op de ligduur. Managers geven aan dat er door de jaren heen meer aandacht is voor productie, het ziekenhuis is meer een bedrijf geworden waar zakelijk wordt gedacht. Managers zouden graag een gekantelde organisatie zien om zo meer te kunnen sturen en meer resultaatgericht te kunnen werken. Managers en specialisten vinden dat ze al letten op kwaliteit, en hoeven naar hun

eigen mening daar dus niet op te worden aangestuurd. Specialisten staan wel open voor adviezen wanneer dit echt hun werk beter maakt, maar ze denken niet dat de informatie uit DBC's ineens inzichtelijk maakt dat bepaalde werkprocessen inefficiënt zijn. In tegenstelling tot wat een aantal managers zeggen, geven specialisten aan het altijd al over productie te hebben. Enkele managers geven aan dat de aandacht voor productie wel is veranderd. Het lijkt erop dat specialisten van zichzelf al meer zakelijker denken, en dat de managers nu met dit zakelijke denken worden geconfronteerd. 'Ik ben wel degelijk veel zakelijker gaan denken en kijken', geeft een manager aan op de vraag of het richten op productie en concurrentie meer is geworden sinds de invoering van de marktwerking en DBC's.

7.5 Wat is de invloed van DBC's op de economische, politieke en klinische autonomie van specialisten?

Bij deze deelvraag zal het thema 'Autonomie' gebruikt worden om antwoord te geven. Dit thema is onderverdeeld in economische autonomie, politieke autonomie en klinische autonomie zoals beschreven staat in paragraaf 3.1. Voor dit thema zijn alleen de specialisten in de respondentengroep meegenomen voor de uitkomsten.

7.5.1. Economische autonomie

Economische autonomie is de vrijheid om je eigen financiële situatie te bepalen. Volgens een aantal medisch specialisten is en was er al

niet echt economische autonomie. Specialisten kunnen niet bepalen wat ze verdienen. De invoering van DBC's heeft wel invloed op de economische autonomie doordat de verdeling van het salaris anders is geworden. Sommige specialismen gaan er bij het nieuwe systeem op achteruit en anderen op vooruit. Veel specialisten, niet alleen diegene die er op achteruit gaan, vinden dat de verdeling van het salaris nu minder eerlijk is. Hoewel het doel van de nieuwe systematiek is dat de verdeling juist beter wordt en dat er loon naar werk betaald wordt, geven een aantal specialisten aan dat door het nieuwe systeem de verhouding scheef is komen te liggen. Zo worden gynaecologen bijvoorbeeld niet voldoende gecompenseerd voor de uren die zij 's nachts maken, terwijl zij hierdoor overdag minder productie kunnen maken.

7.5.2. Politieke autonomie

Politieke autonomie is de vrijheid om beleidsbeslissingen te nemen. Specialisten geven aan dat er politieke autonomie is. DBC's hebben invloed op de mate waarin winstgevende groepen druk uit kunnen oefenen op de Raad van Bestuur. Doordat DBC's inzichtelijk maken 'wat uit welk potje' komt, wordt het duidelijker om de winstgevende onderdelen te scheiden van de minder winstgevende of zelfs verliesgevende onderdelen. Hierdoor zouden specialisten elkaar onderling meer aan kunnen spreken op verliesgevende onderdelen. De specialisten geven echter aan dat ze elkaar, over productie, ook in de lumpsumsystematiek aanspreken. Doordat DBC's op managementniveau meer inzicht geven in de processen, kunnen

managers meer organisatorische taken op zich nemen. Hierdoor zouden managers meer politieke autonomie kunnen verwerven, ten koste van de politieke autonomie van de specialisten. Deze verschuiving in autonomie is echter in dit ziekenhuis (nog) niet zichtbaar. Verder zouden winstgevende specialismen meer eisen kunnen stellen aan de Raad van Bestuur, bijvoorbeeld om meer bedden te krijgen. Hoewel deze uitoefening van druk een mogelijk gevolg is, blijken de specialisten in dit ziekenhuis toch voorzichtig met die macht om te gaan. Specialisten geven aan dat doordat er nu veel onzekerheid heerst, de winst kan volgend jaar afnemen, zij huiverig zijn om veel eisen te stellen als het goed gaat. Wel kunnen initiatieven, die aangevraagd dienen te worden bij de Raad van Bestuur, beter beargumenteerd worden. Het is inzichtelijk te maken of een initiatief winst op kan leveren. Enige voorwaarde hiervoor is wel dat de informatie dan wel goed berekend moet zijn, hier is nog niet veel vertrouwen in onder specialisten. Eén specialist geeft echter aan dat door de DBC's meer onzekerheid is ontstaan voor de Raad van Bestuur, hierdoor is de Raad minder gewillig om innovaties, aangedragen door specialisten, aan te nemen. Hier lijkt een paradox te zijn tussen de marktwerking en concurrentie die een ziekenhuis dwingen tot vernieuwing, onderscheiding en het nemen van risico's en de meer conservatieve reactie van de Raad van Bestuur door juist voorzigtiger te zijn met het geld dat ze hebben.

7.5.3. Klinische autonomie

Klinische autonomie is de vrijheid om diagnose en therapie te bepalen. De klinische autonomie vinden specialisten niet veranderd door de invoering van de DBC's. Twee specialisten geven aan dat er al geen klinische autonomie meer was, of dat deze al minimaal is. Bijna alles staat vast in afspraken en iedereen is zo van elkaar afhankelijk dat het meer een samenspel is. Eén specialist geeft aan dat het van invloed kán zijn wanneer ze worden vergeleken met anderen (zowel intern als extern), en daar op worden aangesproken. Maar dit heeft de specialist nog niet gemerkt. Specialisten worden wel meer gedwongen om met zorgpaden te werken en te kijken hoe ze kunnen verbeteren. Dit zien ze echter niet als een beperking van hun klinische autonomie, maar als een verbetering voor de kwaliteit van zorg.

7.5.4. Conclusie

Specialisten hadden en hebben weinig economische autonomie. DBC's hebben invloed op het salaris van de specialist.

Specialisten geven aan dat DBC's de mogelijkheid om de politieke autonomie te gebruiken, vergroot heeft voor de winstgevende specialismen. Door de vergroting van transparantie kunnen goed lopende specialismen meer druk uitoefenen op de Raad van Bestuur. Uiteraard gaat dit dan wel ten koste van de andere specialismen, die op dat moment minder goed presteren. Deze specialismen zullen dan een verminderde politieke autonomie krijgen.

Hoewel de specialisten aangeven dat de klinische autonomie niet is veranderd, geven ze wel aan dat door de jaren heen er veranderingen hebben plaatsgevonden. Zo geven ze aan dat bijna alles vast staat in afspraken en protocollen, de afhankelijkheid tussen zorgverleners groter is geworden wat weer meer samenwerking vereist en dat er verandering worden opgelegd om de kwaliteit te verbeteren. Hiermee geven ze eigenlijk aan dat de klinische autonomie wel veranderd is. Uiteraard is de specialist nog altijd de bepaler van de individuele behandeling of diagnose, maar de invloed op het gehele zorgtraject lijkt veranderd te zijn. De meer geprotocolleerde manier van werken, het besef om samen te werken tussen specialismen en zorgverleners en de druk van de maatschappij om te werken aan kwaliteit en patiëntgerichtheid, door bijvoorbeeld zorgpaden, hebben blijkaar toch impact op de klinische autonomie van een specialist.

7.6 Hoe hebben DBC's invloed op de samenwerking tussen managers en specialisten?

Bij deze deelvraag zullen de thema's 'Onderlinge relatie', 'Concurrentie' en 'Onderlinge concurrentie en afhankelijkheid' gebruikt worden om antwoord te geven. Het thema 'Onderlinge relatie' omvat de mening van de respondenten over het onderlinge contact en de samenwerking. Het thema 'Concurrentie' is bij deze deelvraag opgenomen, omdat wordt verwacht dat concurrentie tussen ziekenhuizen invloed heeft op de onderlinge concurrentie binnen het ziekenhuis. Het thema 'Onderlinge concurrentie en afhankelijkheid' kwam uit de analyse sterk naar boven. Hiermee wordt bedoeld de

onderlinge strijd of juist afhankelijkheid tussen specialismen binnen het ziekenhuis.

7.6.1. Onderlinge relatie

De managers vinden over het algemeen het contact met de specialisten goed. Ze zijn tevreden over de onderlinge relatie. De managers vinden dat marktwerking meer samenwerking vereist met de specialisten. Het vergt samenwerking om werkprocessen en initiatieven te organiseren voor de ligduur, productie en kwaliteit. Twee managers willen dat de samenwerking beter wordt, dat specialisten meer informatie delen en dat ze samen meer elkaar gaan aansturen. Een aantal managers geeft aan dat de marktwerking een andere manier van samenwerking vereist: meer resultaatgericht, commerciëler en met meer aansturing tussen managers en specialisten. Eén manager gaf aan dat de relatie door de jaren heen zakelijker is geworden, of dit aan de komst van DBC's lag wist hij niet.

De specialisten hebben duidelijk minder te zeggen over de relatie met hun afdelingsmanager. Dit bleek tijdens de interviews, omdat specialisten de relatie met hun afdelingsmanager beschreven in slechts een paar woorden: 'Relatie? Oh die is prima'. Een mogelijke oorzaak hiervoor is dat deze specialisten hun afdelingsmanager gewoon niet vaak zien of spreken. De managers hebben voor hun relevante specialismen één aanspreekpunt, ze hebben dus contact met één specialist per specialisme. Wanneer de geïnterviewde specialist niet dat ene aanspreekpunt is, zal hij ook

relatief weinig contact hebben met de afdelingsmanager. Eén specialist gaf aan dat hij meer met de teamleiders en de manager van de poli samenwerkt, dan met de afdelingsmanager. De specialisten vonden dat de DBC's geen invloed hebben gehad op de relatie met hun afdelingsmanagers. Over het algemeen vinden ze de samenwerking goed verlopen.

Op organisatorisch niveau werken specialisten samen met leden van de Raad van Bestuur. Op afdelingsniveau werken specialisten samen met de afdelingsmanagers. Specialisten zullen voor de organisatie van een afdeling spreken met de managers, echter wanneer er organisatie brede veranderingen of specialisme brede veranderingen georganiseerd worden, zal de specialist niet meteen de hulp van een afdelingsmanager inschakelen. Hierdoor blijft de relatie tussen specialisten en managers in dit ziekenhuis beperkt tot de organisatie van een afdeling. Specialisten zien de afdelingsmanagers ook meer als 'hoofd van de afdeling' of hoofd verpleging. Een aantal specialisten dacht bij het organiseren van een zorgpad niet meteen aan hun afdelingsmanager als een mogelijke coördinator. De relatie tussen specialisten en managers in dit ziekenhuis beperkt zich dan ook voornamelijk tot de organisatie van een specifieke afdeling.

7.6.2. Concurrentie in de zorgmarkt

Alle managers geven aan te merken dat er concurrentie tussen zorginstellingen is. Ze verwachten of merken dat verzekeraars aansturen op prijs en op patiënten. Hierdoor is de druk om goedkoper

te zijn, goede kwaliteit te leveren en om efficiënt te werken toegenomen. Managers zien concurrentie als druk om beter te presteren. Managers vinden dat concurrentie de zorg commerciëler maakt, en dat is niet altijd positief. Zo vreest één manager dat bijvoorbeeld door de lijstjes in de Elsevier er straks zware patiënten geweigerd worden.

De meeste specialisten geven aan nog niets van de externe concurrentie. Er zijn te weinig ziekenhuizen in de regio en er is nog een onderbedding, dus er is nog geen concurrentie voelbaar, volgens de specialisten. De meeste specialisten houden wel rekening met eventuele concurrentie en waken er wel voor, omdat hun inkomen nu niet meer gedekt is en afhankelijk is van hun productie. Zo richten ze zich wel meer op zorgpaden, efficiëntie en kwaliteit. Alleen is concurreren op kwaliteit lastig aangezien de kwaliteit door verzekeraars gemeten wordt in minimumeisen.

7.6.3. Onderlinge concurrentie en afhankelijkheid

Managers gaven op verschillende manieren aan dat de onderlinge concurrentie tussen specialismen en specialisten versterkt is. Zo merkten twee managers op dat verzekeraars de ziekenhuizen meer onder druk zetten. Hierdoor is de verwachting dat het ziekenhuis goed gaat kijken naar welke specialismen er winst of verlies maken. Sommige ingrepen of patiëntengroepen kunnen hierdoor komen te vervallen. Managers merken dat de druk op productie maakt dat specialisten heel scherp zijn op het binnenhalen van hun patiënten. Dit geeft onderling frictie doordat er soms onenigheid is over de plek

van opname van een patiënt. Doordat DBC's duidelijk maken wie het geld binnenhaalt voor een maatschap en het ziekenhuis, merken managers dat dit onderlinge concurrentie geeft tussen specialismen. Zo is er in dit ziekenhuis rumoer over het aantal bedden dat wordt toegewezen. Door de hoge productie en bedbezetting wil elk specialisme er bedden bij hebben. Het toewijzen van bedden vindt onder andere plaats op basis van de ligduur prestaties van een afdeling. Dit zorgt ervoor dat de specialisten en maatschappen naar elkaars prestaties kijken en er onderlinge strijd is om het aantal bedden dat wordt toegewezen. Hiernaast geven twee managers aan dat de onderlinge afhankelijkheid tussen zorgverleners en afdelingen groot is. Bijvoorbeeld door de zorgpaden. Wanneer een zorgpad in het voordeel is voor een afdeling kan het een nadeel zijn voor een ander, omdat je voor een zorgpad tijd claimt bij bijvoorbeeld röntgen. Hierdoor moet je rekening houden met elkaar en compromissen sluiten. Doordat de afhankelijkheid groot is willen managers ook dat andere afdelingen goed draaien. Eén manager maakte de vergelijking met de Albert Heijn: als jouw broodafdeling heel goed is, maar het vlees heel slecht, dan gaat de klant toch naar de concurrent om daar goed brood én vlees te halen. Oftewel de opgekomen concurrentie zorgt voor meer onderlinge afhankelijkheid.

De specialisten zien ook in dat de Raad van Bestuur zal kijken waar de hoge en lage DBC prijzen zitten. De Raad van Bestuur heeft al gekeken welke afdelingen winst of verlies maken. Volgens één specialist zou deze Raad meer druk mogen uitoefenen

op verliesgevende onderdelen. Deze specialist is zelf winstgevend en hij zou graag zien dat andere specialismen beter gaan draaien. Hiermee geeft hij weer dat hij afhankelijk is van andere specialismen. Een andere specialist geeft aan dat hij afhankelijk is van iedereen. Hierdoor spreekt hij ook anderen aan als zij het slecht doen. Deze onderlinge afhankelijkheid geeft meer sociale controle, tussen specialisten. De veranderingen op economisch gebied, door de vernieuwde verdeling van het salaris, geeft onderlinge frictie. Aangezien sommige specialismen erop verliezen en anderen winnen, is er onderling toch wel enige jaloezie.

7.6.4. Conclusie

Managers en specialisten zijn over het algemeen positief over hun onderlinge relatie. Managers geven aan dat de marktwerking meer samenwerking vereist met de specialisten, terwijl de specialisten dit niet uitspreken.

De managers geven vaker aan dat ze concurrentie met ander ziekenhuizen of klinieken merken, dan de specialisten. Ook zien de managers concurrentie vaker positief dan de specialisten. Managers voelen door de opkomst van concurrentie een prikkel om hun afdeling goed te laten presteren. De onzekerheid die de marktwerking met zich mee kan brengen voor banen en specialismen, verliesgevende afdelingen of specialismen kunnen namelijk afgestoten worden, vinden managers en specialisten nadelig.

Managers geven aan dat ze merken dat er onderlinge concurrentie is tussen specialisten. Door de druk op productie en het leveren van kwaliteit, is er strijd om het aantal bedden en kijken specialisten onderling wie er goed of minder goed presteert. Ook zien enkele managers dat door de opgekomen concurrentie en de komst van zorgpaden, er een grotere onderlinge afhankelijkheid is ontstaan binnen het ziekenhuis. Enkele specialisten zien ook in dat de onderlinge afhankelijkheid vergroot is. Deze onderlinge afhankelijkheid zorgt er ook weer voor dat specialisten en specialisten elkaar onderling aanspreken op mindere prestaties. Verder zien specialisten dat er strijd is op het gebied van salaris. De invoering van het uurloon kan namelijk voor elk specialisme anders uitpakken. Zo geeft de gynaecoloog aan dat hij niet meer gecompenseerd wordt voor de uren die hij 's nachts maakt. Hierdoor gaat hij er in inkomen op achteruit, terwijl een specialisme die alle vragen telefonisch af kan er op vooruit gaat.

7.7. Wat is de mening van specialisten en managers over DBC's?

Voor deze extra deelvraag is gekozen aangezien de mening die managers en specialisten hebben over DBC's, invloed kan hebben op de overige deelvragen. De mening die een respondent heeft over het onderwerp kleurt voor een groot deel de beantwoording van de vragen. Het thema 'Mening over DBC's' wordt bij deze deelvraag gebruikt om antwoord te geven.

7.7.1. Mening van managers

Over het algemeen vinden de managers DBC's een goede ontwikkeling. Het letten op efficiëntie en op concurrentie zien ze als positief. De financiële bewustwording en het leveren van goede zorg voor een lage prijs vinden ze terecht. Managers vinden dat DBC's de producten inzichtelijker kunnen maken. Managers voelen wel de angst dat marktwerking en DBC's leiden tot slechte kwaliteit. Ze zijn bang dat er alleen concurrentie ontstaat op prijs en dat de kwaliteit hiervan de dupe wordt. Eén manager geeft aan deze ontwikkeling namelijk ook bij de thuiszorg te zien. Door concurrentie op prijs zijn volgens hem goede krachten ingewisseld voor goedkopere, ten koste van de kwaliteit die geleverd wordt.

7.7.2. Mening van medisch specialisten

De specialisten zijn een stuk negatiever gestemd over de DBC's. Ze vinden het een te ingewikkeld systeem, wat veel administratieve tijd kost. Ze vinden het geen manier om kwaliteit aan te pakken of vinden het zelfs nadelig voor de kwaliteit. Ze vinden dat het geld van de invoering beter in de zorg gestopt had kunnen worden. DBC is een "dure auto van drie ton, maar je kunt er niet mee rijden". Hiermee bedoelt een specialist dat ze nog weinig resultaat zien van de DBC's en er ook nog maar heel weinig mee kunnen. Met name de informatie die uit DBC's voortkomt, is nog te summier. Slechts mondjesmaat zien specialisten er de voordelen van in, zoals meer inzicht voor de organisatie en mogelijke verbetering van de politieke autonomie. Ze denken bijna allemaal dat het systeem op de een of

andere manier op den duur vervangen zal worden, mede door de fraude gevoeligheid van het systeem. Specialisten kunnen namelijk de manier van declareren nog steeds beïnvloeden.

7.7.3. Conclusie

Managers zijn over het algemeen positiever over de invoering van DBC's dan specialisten. Mogelijk heeft de verzwaarde administratieve last een negatief effect op de mening van specialisten. Managers lijken meer de mogelijkheden voor verbetering van de zorg te zien. Specialisten lijken meer gericht te zijn op de mogelijk negatieve gevolgen van DBC's en zijn sceptischer over de voordelen.

8. Conclusie en Discussie

In dit hoofdstuk zullen voor de uitkomsten die besproken zijn in het vorige hoofdstuk, verklaringen worden gezocht met behulp van het theoretische kader. Tevens zal de hoofdvraag worden beantwoord en zullen de beperkingen van het onderzoek worden weergegeven.

8.1 Verklaring uitkomsten

8.1.1. Sturing van managers

Uit het theoretische kader komt naar voren dat een gevolg van DBC's zou kunnen zijn dat managers meer sturingsinformatie krijgen en dat de mogelijkheid voor managers om te sturen op de zorg vergroot kan worden. Uit dit onderzoek komt duidelijk naar voren dat managers niet over meer sturingsinformatie beschikken en dat de kosten uit DBC's geen sturingselement zijn voor managers (zie 7.2.4 en 7.3.4). Tevens blijkt uit dit onderzoek dat er nog weinig aansturing met DBC informatie is binnen deze organisatie. Er is geen managed care ontstaan. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de sturingsinformatie die uit de DBC's te halen is, nog niet beschikbaar wordt gesteld voor afdelingsmanagers en specialisten. Door de niet gekantelde structuur van de organisatie is het onduidelijk wie er verantwoordelijk is voor de combinatie van kosten en zorg. Op dit moment worden afdelingsmanagers niet afgerekend op de DBC kosten en zijn ze ook niet verantwoordelijk voor een zorgketen. Een mogelijk andere reden voor het gebrek aan sturing kan zijn dat doordat het gedeelte van de zorg dat vrij onderhandelbaar is nog maar beperkt is (20%), kan het zijn dat de financiële druk voor het

ziekenhuis nog moet ontstaan. Hierdoor is het voordeel dat het topmanagement krijgt door de aansturing op kosten, nog te beperkt. Managers zouden wel graag een gekantelde organisatie willen, om zo meer te kunnen sturen op het zorgproces en resultaatgerichter te werken. Blijkbaar willen managers meer invloed op het zorgproces en dus ook managed care. Zorgpaden zouden een vorm van managed care kunnen geven waar specialisten ‘sturing’ van managers accepteren.

8.1.2. Aansturing specialisten

Doordat verzekeraars en het ziekenhuisbestuur (nog) niet aansturen op efficiëntie en kwaliteit voelen specialisten ook geen kwaliteitsprikkel. In het theoretisch kader was aangegeven dat deze stimulans tot kwaliteitsverbetering wel kan ontstaan. Tijdens een overleg tussen Raad van Bestuur en vertegenwoordigers van verzekeraars bleek ook duidelijk dat verzekeraars bijna alleen geïnteresseerd zijn in prijs en productie. Aan kwaliteit en efficiëntie worden door verzekeraars en inspectie minimum eisen gesteld. Dit geeft voor het ziekenhuisbestuur ook geen stimulans om specialisten te sturen op iets anders dan prijs en productie. Door de invoering van DBC's is het financiële risico van het ziekenhuis vergroot. Hierdoor zijn ligduur en productie, factoren waar de Raad van Bestuur via specialisten wel op probeert te sturen. Echter een hoge productie was altijd al belangrijk voor de financiële gezondheid van een ziekenhuis. Door de DBC's is het wel belangrijker geworden om te sturen op ligduur. Managers en specialisten voelen dat de druk om de ligduur

te verkorten, verhoogt is. Een financiële prikkel voor specialisten zelf lijkt er niet echt te zijn. Dit komt waarschijnlijk doordat een groot deel van de DBC bestaat uit de kosten voor het ziekenhuis, een klein deel is honorarium. 'Dus als ik 10% minder omzet, dan lig ik daar voor mezelf niet wakker van. Maar voor het ziekenhuis, daar zit natuurlijk een hefboomfactor in, is dat echt een heel groot bedrag.' vertelde een specialist. Uit het onderzoek blijkt dan ook dat specialisten, door de komst van DBC's, (nog) niet anders worden aangestuurd. Specialisten zien ook niet in dat DBC's het inzicht in hun eigen werk vergroot. Hierdoor treedt er door de invoering van DBC's ook geen interne kwaliteitsbewaking of verbetering op.

8.1.3. Invloed van DBC's en marktwerking

Uit de uitkomsten van het onderzoek in paragraaf 7.2.4. blijkt dat managers wel degelijk in hun gedrag beïnvloed worden door de marktwerking en de daarbij horende concurrentie. De bewustwording van managers dat er concurrentie is, vertaalt zich in een prikkel om hun afdeling beter te laten presteren en efficiënt te werken. Dit lijkt niet zozeer een direct gevolg te zijn van DBC's, maar meer een indirect gevolg. Door de komst van de marktwerking is de concurrentie tussen zorginstellingen ontstaan en komt er meer druk op de productie, kosten en efficiëntie. Managers lijken dit te hebben vertaald in het streven naar een goede concurrentiepositie, met lage kosten, korte ligduur, hoge efficiëntie en goede kwaliteit. Hoewel afdelingsmanagers sinds de invoering van DBC's geen grotere rol hebben gekregen om zorg te dragen voor efficiëntie en

kwaliteit, zoals in het theoretische kader was voorspeld, blijkt het wel dat managers zich verantwoordelijk voelen voor de organisatie van efficiëntie en kwaliteit van zorg. Specialisten geven aan deze prikkel voor efficiëntie niet te voelen. Het lijkt dat de uitspraak van Berg en Schellekens (2005): “At heart, the deepest dividing line runs between the professionals ‘owning’ and improving the content of health care work and the manager ‘owning’ and improving the organization of that work.” bij deze organisatie van toepassing is.

8.1.4. Communicatie

DBC's hebben in dit ziekenhuis niet gezorgd voor een gemeenschappelijke taal, zoals in de literatuur verwacht werd. Het woord DBC wordt weinig gebruikt. De moeizame communicatie tussen managers en specialisten waar Atun (2003) in paragraaf 3.1 over praat, is niet van toepassing bij bijna alle respondenten. Het praten over productie, concurrentie en ligduur wordt als normaal ervaren door beide professionals. Enkele managers geven echter wel aan dat de aandacht voor productie is veranderd sinds de invoering van de marktwerking. Dat afdelingsmanagers niet verantwoordelijk zijn voor de financiële kant van een DBC is waarschijnlijk de reden dat er meer in termen van productie, behandelingen en patiënten gesproken wordt, in plaats van in termen van kosten en DBC's. Managers en specialisten lijken elkaar in de onderlinge communicatie goed te begrijpen, het begrip DBC heeft hier geen toegevoegde waarde. Ook is er door de invoering van DBC's niet meer overleg gekomen tussen managers en specialisten, zoals

verwacht werd in het theoretische kader. Waarschijnlijk was de tijd die beschikbaar was voor overleg voldoende.

8.1.5. Autonomie

Zoals in het theoretische kader is beschreven, kan de autonomie van de specialisten op meerdere manieren worden aangetast. Uit het onderzoek bleek dat de economische autonomie van specialisten is aangetast, doordat de invloed op het salaris is veranderd. De uitkomsten geven verder aan dat DBC's invloed hebben op de politieke autonomie, echter wel op een andere wijze dan in het theoretische kader is beschreven. De transparantie die vanuit de literatuur toegeschreven wordt aan DBC's, kan een grotere verdeeldheid geven binnen de organisatie tussen specialismen met veel invloed en specialismen met weinig politieke invloed. Doordat prestaties van specialismen nog onzeker zijn, wordt er echter voorzichtig omgegaan met deze politieke invloed van de specialisten.

In de literatuur is beschreven dat de klinische autonomie door managed care kan worden aangetast. Zoals al eerder beschreven is in dit ziekenhuis nog weinig managed care zichtbaar. Hierdoor geeft de invoering van DBC's geen verandering van de klinische autonomie. Veranderingen die gedurende de afgelopen jaren zijn ontstaan, kunnen de klinische autonomie hebben aangetast. Dat specialisten de veranderingen in hun werkwijze niet als inperking van hun klinische autonomie zien, kan veroorzaakt worden doordat

vele veranderingen, zoals zorgpaden, geleidelijk zijn ontstaan en zoveel mogelijk ook met instemming van specialisten.

8.1.6. Marktwerking

Uit de besproken uitkomsten bleek dat managers vinden dat het ziekenhuis meer een bedrijf is geworden, waar zakelijk en commercieel wordt gedacht. Er werd door managers vaak het woord 'productieziekenhuis' gebruikt om aan te geven dat dit ziekenhuis erg gericht is op productie en dat de bedbezetting heel hoog is. Mogelijk is er voor de managers een cultuuromslag zichtbaar waarin er zakelijker gedacht en gewerkt wordt. Dit lijken managers niet vervelend te vinden aangezien ze zelf ook graag meer resultaatgericht willen werken. Deze omslag kan verklaard worden doordat de zorgmarkt veranderd is. De markt is vrijgegeven en er wordt op politiek niveau zakelijker naar de zorg gekeken. Door invloed van DBC's is er meer transparantie, concurrentie en financiële druk. Deze factoren kunnen ervoor zorgen dat de zorgmarkt zakelijker wordt en dat managers deze bedrijfsmatige manier van denken oppikken. Specialisten lijken deze cultuuromslag minder te merken. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat specialisten doordat hun eigen financiële situatie al langer afhangt van hun productie, zij al langer op een zakelijke manier werkzaam zijn. Een andere mogelijkheid is dat specialisten nog maar weinig geconfronteerd worden met de zakelijkheid van de markt, in de vorm van kosten van DBC's, en nog even afwachten met met aanpassen van hun manier van denken. Zo zijn niet alle specialisten ervan

overtuigd dat de marktwerking voor concurrentie zorgt. ‘Punt is, je hebt natuurlijk geen concurrentie’ en ‘Je kunt natuurlijk pas concurreren als je keuze hebt. Als er overal wachttijden zijn, is er feitelijk geen keuze.’ zijn uitspraken die aantonen dat concurrentie niet vanzelfsprekend is voor de specialisten. Managers nemen deze concurrentie meer als gegeven aan.

Deze mogelijke cultuuromslag lijkt dus voornamelijk voor de afdelingsmanagers merkbaar. Of deze verzakelijking van de markt een verbetering oplevert voor de patiënt is onbekend. Hopelijk ontstaat er concurrentie op kwaliteit en halen afdelingen patiënten binnen met goede zorg. Hierboven was echter al besproken dat aansturing op kwaliteit niet echt gebeurt. Hierdoor kan de marktwerking ook uitmonden in het afstoten van ‘dure’ patiënten. Managers en specialisten gaven echter aan niet met deze verandering mee te willen. Beide groepen respondenten geven aan dat voor hen goede zorg voor de patiënt niet mag lijden onder de veranderingen in de markt.

8.1.7. Samenwerking en (onderlinge) concurrentie

Zoals eerder beschreven kan de marktwerking zorgen voor concurrentie tussen zorginstellingen. Managers merken deze concurrentie meer dan specialisten. Een mogelijke oorzaak hiervoor is dat concurrentie managers dwingt om de zorg goed te organiseren. Specialisten hebben al het idee dat ze goede kwaliteit leveren. Uit dit onderzoek blijkt ook dat druk op productie en invoering van een ander salarissysteem kan zorgen voor onderlinge concurrentie en

strijd tussen specialismen. De onderlinge concurrentie om bedden, kan echter positief zijn voor de patiënt en het ziekenhuis wanneer er hierdoor een prestatiestrijd ontstaat. Doordat het toewijzen van bedden mede gebaseerd wordt op de geproduceerde ligduur en specialismen meestal meer bedden willen, worden specialisten geprikkeld hun ligduur te verkorten. Door deze onderlinge strijd om bedden ontstaat er echter geen onderlinge verbondenheid tussen specialisten en afdelingen, dit kan negatieve gevolgen hebben voor de resultaten van het ziekenhuis en voor de patiënt. Enkele managers en specialisten geven wel aan dat de onderlinge afhankelijkheid tussen zorgverleners is vergroot. Deze afhankelijkheid, en doordat managers meer willen aansturen, kan verklaren dat managers meer samenwerking willen met de specialisten.

Het lijkt erop dat managers meer dan specialisten geïnteresseerd zijn om de samenwerking tussen managers en specialisten te verbeteren. Een mogelijke oorzaak hiervoor is dat uit de mening van beide groepen blijkt dat managers meer de mogelijkheden zien van de marktwerking. Managers worden door de marktwerking gedachte en verwachte concurrentie, geprikkeld om beter te presteren. Hierdoor stijgt bij de managers de drang naar samenwerking met specialisten om zo de organisatie beter te regelen. De verbondenheid tussen artsen en managers, waar Kaissi (2005, in §3.2) over spreekt, lijkt bij managers te zijn aangeslagen. De specifieke structuur van het ziekenhuis met beperkte bevoegdheden van de managers en het gebrek aan informatie vanuit DBC's voor de managers en specialisten, zorgen er echter voor dat de managers

door DBC's geen mogelijkheden hebben gekregen om deze samenwerking te versterken.

8.2. Beantwoording hoofdvraag

Dit onderzoek heeft de centrale probleemstelling: 'Wat is de invloed van de invoering van DBC's, op de relatie tussen zorgmanagers en medisch specialisten in het IJsselland ziekenhuis in Capelle aan den IJssel?'

Allereerst is het gedrag van managers door de komst van DBC's beïnvloed. Managers ervaren een prikkel om te presteren op het gebied van efficiëntie en kwaliteit. Managers voelen stimulansen voor kostenefficiëntie, allocatieve efficiëntie en vraaggerichte zorg. Waar deze prikkels vandaan komen is echter onduidelijk, aangezien de managers niet aangestuurd worden op kosten van de zorg. Ook willen managers meer managed care en een resultaatgerichte organisatie. Deze verandering in gedrag van managers kan de relatie tussen managers en specialisten op den duur beïnvloeden, maar hier is op dit moment nog geen sprake van.

Tot nu toe heeft de invoering van DBC's niet geleid tot een vergrote aansturing door managers en van specialisten. In tegenstelling tot wat de literatuur beweerd, is het IJsselland Ziekenhuis niet gericht gaan sturen, heeft de DBC registratie geen informatie opgeleverd voor de managers en worden specialisten niet anders geconfronteerd met de financiële kant van zorg. Met name door het gebrek aan sturingsinformatie voor managers, is het voor managers ook niet mogelijk om te sturen. Wel is het plannen van

zorg onder de aandacht gebracht met zorgpaden. Zorgpaden zouden een vorm van managed care kunnen geven waar specialisten ‘sturing’ van managers, op de organisatie van zorg, accepteren.

Verder lijkt de relatie tussen managers en specialisten weinig veranderd te zijn sinds de komst van de DBC's. De in de literatuur beschreven verbondenheid lijkt niet te zijn ontstaan. DBC's hebben weinig invloed op de onderlinge communicatie, taal en hoeveelheid overleg. Wel zouden managers meer willen samenwerken met de specialisten, sinds de invoering van DBC's. Mogelijk zien managers dankzij DBC's en marktwerking in, dat er een vergrote onderlinge afhankelijkheid is en dat de samenwerking tussen afdelingen van belang is.

Dit onderzoek toont wel aan dat de zwart/wit scheiding tussen managers en specialisten die Edwards (et al. 2003) benoemt, mogelijk niet zo zwart/wit is. In zijn visie zou een ziekenhuissysteem niet werken wanneer de manager aan de patiënt denkt, zonder de financiële gevolgen mee te wegen. De managers in dit onderzoek zijn erg betrokken bij de patiënt en staan dicht bij de zorg. Specialisten houden zich juist meer bezig met de kosten van zorg. Het idee dat de manager er is voor het geld en de specialist voor de zorg, moet dus genuanceerder gezien worden.

Door de komst van DBC's is de functiegerichte budgettering losgelaten. Binnen deze organisatie is er echter nog een functiegerichte organisatiestructuur. Dit onderzoek toont aan dat deze verschillende structuren de marktwerking binnen de organisatie belemmeren. Hierdoor is de sturing van zorg en aansturing op kosten

beperkt, en wordt er geen gebruik gemaakt van de beschikbare DBC informatie. Deze structuur is ook een belemmering voor de samenwerking tussen managers en specialisten, doordat informatie niet optimaal wordt gedeeld.

Binnen de organisatie lijkt er door de komst van DBC's een algemene culturomslag te zijn. Het ziekenhuis lijkt meer een zakelijk bedrijf (productieziekenhuis) en de komst van zorgpaden veranderen de organisatie van het zorgproces binnen het ziekenhuis. Deze invloed op de cultuur en structuur zal op den duur mogelijk invloed hebben op de relatie tussen managers en specialisten, maar dat is op dit moment niet zo.

Uiteindelijk is de relatie tussen managers en specialisten in het IJsselland Ziekenhuis weinig veranderd. Mogelijke oorzaak die hiervoor genoemd is, is de specifieke structuur en hierdoor het gebrek aan gebruik van de informatie beschikbaar uit DBC's. Wanneer de organisatie meer gebruik wil maken van de informatie uit DBC's zal het vertrouwen over de betrouwbaarheid van de informatie verhoogd moeten worden en zal de structuur een vorm aan moeten nemen waar er een duidelijke verantwoordelijkheid is voor de combinatie van zorg en kosten. Doordat DBC's recent zijn ingevoerd is het ook mogelijk dat gevolgen voor de onderzochte relatie pas zichtbaar worden. De komst van DBC's heeft de samenwerking tussen managers en specialisten niet verbeterd. Er is niet meer verbondenheid ontstaan, maar zeker ook niet meer spanning. Mogelijk kan de komst van zorgpaden de verbondenheid wel verbeteren.

8.3. Beperkingen van het onderzoek en discussie

Dit onderzoek heeft enkele tekortkomingen van het veld en beperkingen. De structuur van de gekozen instelling was niet gekanteld. Hierdoor was de relatie tussen manager en specialist moeilijker vast te stellen en was er mogelijk ook minder sprake van samenwerking tussen manager en specialist. Een aanbeveling voor volgend onderzoek zou zijn om de onderzochte relatie in een gekantelde zorginstelling te onderzoeken.

Ook was de gekozen organisatie nog niet ver gevorderd met het leveren van informatie die voortkomt uit DBC's aan managers of specialisten. Hierdoor was het voor managers en specialisten ook niet mogelijk om sturingsinformatie uit DBC's te verkrijgen. Verder is de invoering van DBC's nog relatief kort geleden begonnen en is de marktwerking nog op gang aan het komen. Een aanbeveling voor volgend onderzoek zou zijn om deze relatie te onderzoeken wanneer de marktwerking wat meer op gang is gekomen en bij een organisatie waar er al met gedetailleerde DBC informatie gewerkt wordt.

In de onderzochte populatie is geen bestuurder van de Raad van Bestuur opgenomen. Hierdoor zijn niet alle lagen van de organisatie onderzocht en is mogelijke informatie van het bestuur afwezig. Een aanbeveling voor volgend onderzoek zou zijn om deze derde partij ook te betrekken bij het onderzoek. Ook waren de managers in de onderzoekspopulatie niet gevraagd naar hun politieke autonomie. Doordat de politieke invloed van managers van belang

kan zijn voor de relatie tussen managers en specialisten is het aanbevolen dit in een volgend onderzoek wel mee te nemen.

Dit onderzoek is kwalitatief uitgevoerd. Dit betekent ook dat de onderzoeker zelf een belangrijke rol speelt bij de interpretatie van de gegevens. Hierdoor kan er bias ontstaan. Dit onderzoek had echter niet kwantitatief uitgevoerd kunnen worden. De kennis die is verkregen met dit kwalitatieve onderzoek had nooit bij een kwantitatief onderzoek naar boven kunnen komen. Door middel van het gebruik van een voicerecorder en het samenvatten tijdens het interview is geprobeerd de informatiebias te voorkomen. Ook door middel van triangulatie, meerdere vormen van informatieverzameling, is getracht mogelijke bias te voorkomen.

Tevens is het in dit onderzoek lastig een causaal verband te leggen tussen veranderingen in relaties of gedrag en de invoering van DBC's. Of de invoering werkelijk de gevonden conclusies tot gevolg heeft of dat er mogelijk andere ontwikkelingen het gedrag of de relatie tussen managers en specialisten heeft beïnvloed, is lastig te bepalen.

Bijlagen

Bijlage 1: Interviewguide

Introductie: Test recorder, Simone, onderzoek, onderwerp, hoe ik bij hem ben gekomen, bezwaar tegen opnemen?, anoniem verwerkt in verslag. Zet recorder aan.

Algemeen: Wat is uw functie in het ziekenhuis? Hoeveel jaar werkt u al in dit ziekenhuis? Mag ik vragen wat uw leeftijd is?

Hoofdvragen:

- 1) Op welke manier komt u in uw dagelijkse werk met DBC's in aanraking? (hoe werken DBC's in de praktijk, hoeveel tijd kost het, overleg/administratie/mails/coördinatie/onderhandelen etc.).
- 2) Hoe is uw ervaring met DBC's? (overbodig?/ voor kwaliteit nodig?)
- 3) Is uw werkproces of de inhoud van uw werk veranderd, door de invoering van de DBC's? (andere taken?, andere verantwoordelijkheden?, druk van buitenaf?)
- 4) Op welke manier gebruikt u DBC's in uw communicatie met managers/medisch specialisten? (algemene taal?, geeft duidelijkheid?, geeft kader?, controle/druk middel?)
- 5) Hoe is deze manier van communiceren veranderd sinds de invoering van de DBC's? (meer overleg?, anders met elkaar omgaan?, andere manier elkaar aanspreken op werk?)

- 6) Wat is de invloed van DBC's op uw professionele autonomie? (andere besluit- en beslisvorming?, meer of minder beslissingsvrijheid?, gestuurde zorg?).

Verschillende vormen van autonomie:

- Economische autonomie: vrijheid om zelf honorarium te bepalen.
 - Politieke autonomie: vrijheid om beslissingen te nemen op beleidsniveau.
 - Klinische autonomie: vrijheid van diagnose en therapie te bepalen.
- 7) Hoe hebben DBC's invloed op de samenwerking tussen u en managers/medisch specialisten? (wederzijdse afhankelijkheid?, pressiemiddel?, spanningsveld?)

Einde: ik ben aan het einde gekomen, heeft u nog iets gemist of wat toe te voegen?

- vragen hoe het ging.
- vragen of ze een samenvatting van het interview willen, of interesse hebben om het verslag te lezen.

Literatuurlijst

- (Algemeen Dagblad). 2007. *AD ziekenhuis top 100* [Internet]. Algemeen Dagblad, 25-10-2007. [aangehaald op 20-10-2007]. Bereikbaar op <http://www.ad.nl/ziekenhuistop100/>
- Appelman, M. (2003). *Zorg voor concurrentie, een analyse van het nieuwe zorgstelsel*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Argyris, C. (1996). 'Menselijke problemen van budgetteren.' In: *Leren in en door organisaties*. Schiedam: Scriptum Books.
- Atun, R.A. (2003). 'Doctors and managers need to speak a common language'. *British Medical Journal* 326(7390): 655.
- Berg, M., W. Schellekens, C. Bergen (2005). 'Bridging the Quality Chasm: Integrating Professionals and Organization Quality'. *International Journal for Quality in Health Care* 17: 75- 82.
- Berg, M., Bos, M.J.A.M., Brom, H.L.F. (2007). *DBC's kunnen veel simpeler* [Internet]. Medisch Contact, DBC dossier. [aangehaald op 02-01-2008] Bereikbaar op <http://medischcontact.artsennet.nl/content/dossiers/>

- Creswell, J.W. (2003). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage.
- Davies, H.T. & Harrison, S. (2003). 'Trends in doctor-manager relationships.' *British Medical Journal*. Maart 22;326 (7390): 646-649.
- Davies, H.T., Hodges, C.L. & Rundall, T.G. (2003). 'Views of doctors and managers on the doctor-manager relationship in the NHS.' *British Medical Journal*. Mei 31;326(7390): 626-628.
- (dbc-onderhoud) 2007. Ziekenhuis en ZBC en Specialist [Internet]. dbc-onderhoud. [aangehaald op 02-01-2008] Bereikbaar op <http://www.dbconderhoud.nl/client/1/>
- Edwards, N., M. Marshall, A. McLellon and K. Abbasi, (2003). 'Doctors and managers:a problem without a solution?' *British Medical Journal*. Maart 22; 326 (7390): 609-610.
- Folpmers, M. & Bruyn, J. de (2005). 'Diagnose Behandel Combinatie's (DBC's) in de Nederlandse Ziekenhuizen.' In: *Handboek Management Accounting* (pp 1-24).

- Freidson, E. (2001). 'The assault on Professionalism.' In: E. Freidson (Ed.), *Professionalism: The third logic* (pp. 179-196). Cambridge & Oxford: Polity.
- Greef, H. de (2007). *Zorg kan beter zorgen* [Internet] Hoe kan het ook anders, over organiseren in veranderingen, 01-09-2007. [aangehaald op 02-01-2008] Bereikbaar op <http://www.hoekanhetoekanders.nl/2007/09/01/zorg-kan-beter-zorgen/>
- Hulst, E.H. (1999). *Het domein van de arts: beschouwingen over het professionele domein van de arts, professionele autonomie en verantwoordelijkheid*. Maarssen: Elsevier/ De tijdstroom.
- Imbos, T., Janssen, M.P.E. & Berger, M.P.F. (2001). *Methodologie en Statistiek*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Kaissi, A. (2005). 'Manager-physician relationships: an organizational theory perspective'. *Health Care Manager*. April-Juni 24 (2): 165-176.
- Kraan, W.G.M. van der. (2006). *Vraag naar vraagsturing; een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de*

Nederlandse gezondheidszorg. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.

- Kwast, P. van der. (2005). *Zorgen over de zorg*. [Internet]. Intermediair, 28-06-2005. [aangehaald op 02-01-2008] Bereikbaar op <http://www.intermediair.nl/artikel>. 1
- Lapré, R.M., Grinten, T.E.D. van der. (1989). *Handboek structuur en financiering gezondheidszorg*. 's-Gravenhage: VUGA.
- Lapré, R.M. & Montfort, G. van. (2001). *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Light, D.W. (2000). 'The medical profession and organizational change: From professional dominance to countervailing power.' In: C. E. Bierd, P. Conrad & A.M. Fremont (Eds.), *Handbook of medical sociology* (pp. 201-216). London: Prentice Hall.
- Maarse, H., Ed. (2004). *Privatisation in European health care: A comparative analysis in eight countries*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Maarse, H., Rooijackers, D., et al. (1993). 'Institutional responses to Medicare's prospective payment system.' *Health Policy* 25: 255-270.

- Maasson, H. & Cappolse, P. (2005). 'Samenwerken aan een transparant alternatief'. *Mentaal Beter Magazine* 1, 1-12.
- Maso, I & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- (Medisch Contact). 2006. *Ziekenhuisafdelingen draaien goed, maar werken slecht samen* [Internet]. Medisch Contact nr 47, 24-11-2006. [aangehaald op 04-01-2008] Bereikbaar op http://medischcontact.artsennet.nl/content/dossiers/607383593/312106886/AMGATE_6059_138_TICH_R1849971044277881/
- (Ministerie van VWS). 2007. *Diagnosebehandelingscombinatie (DBC)* [Internet]. Ministerie van VWS, 18-10-2007. [aangehaald op 20-10-2007] Bereikbaar op <http://www.minvws.nl/dossiers/dbc/informatie-voor-patinten/wat-is-een-dbc/default.asp>).
- Mintzberg, H. (2006). *Organisatiestructuren*. Amsterdam: Pearson Prentice Hall.
- Noordegraaf, M. (2008). *Professioneel bestuur: De tegenstelling tussen publieke managers en professionals als 'strijd om professionaliteit*. Den Haag: Lemma.

- Noordegraaf, M., Meurs, P. & Stoopendaal, A. (2002). *'Harde feiten' uit een 'zachte' sector: het profiel van de instellingsdirecteur in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Beleid & Management in de Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

- (nvz) 2007. *Achtergrondinformatie DBC's* [Internet]. Nvz-ziekenhuizen. [aangehaald op 02-01-2008] Bereikbaar op <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/content.jsp?objectid=17823>

- Plochg, T., Lombarts, K., Witman, Y., Klazinga, N. & K. Kruijthof (2003). 'Doctors an managers. Problems in Dutch hospitals resemble those in British hospitals'. *British Medical Journal*. Maart 22;326 (7390): 656.

- Rundall, T., Kaiser, H.J., Davies Huw, T.O. and Hodges, C. (2004). 'Doctor-manager relationships in the United States and the United Kingdom'. *Journal of health care management*. Juli-Augustus 49 (4): 251-268.

- Schepers, R.H.J. & Nievaard, A.C. (1990). 'Beroepen in de Gezondheidszorg.' In: *Ziekte en Zorg, Inleiding in de Medische Sociologie*. Leiden: Stenfert Kroese.

- Succi, M.J., Lee, S.Y. & Alexander, J.A. (1998). 'Trust between managers and physicians in community hospitals: the effects of power over hospital decisions.' *Journal Healthcare Manager*. September-October 43 (5): 397-414.
- Tersmette, M. (2007). *Samen de markt op* [Internet]. Medisch Contact, DBC dossier. [aangehaald op 02-01-2008] Bereikbaar op <http://medischcontact.artsennet.nl/content/dossiers/>
- Vogd, W. (2006). 'Tension in Medical Work between Patients' Interests and Administrative and Organisational Constraints.' In: Duyvendak, J.W., T. Knijn, & M. Kremer (Eds.), *Policy, People, and the New Professional* (pp. 152-163). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- (VVAA) 2006. *Medische specialisten over privé-klinieken en ZBC's* [Internet]. VVAA, mei 2006. [aangehaald op 02-01-2008] Bereikbaar op [http://www.vvaa.nl/clients/vvaa/webportal.nsf/v9906/PDF/\\$File/VVAA_BOEKJE_PIMS.pdf](http://www.vvaa.nl/clients/vvaa/webportal.nsf/v9906/PDF/$File/VVAA_BOEKJE_PIMS.pdf)
- (Werken met dbc's) 2007. *Patiëntgericht bekostigen: studie van Gupta Strategists* [Internet]. Werken met dbc's. [aangehaald op 04-01-2008] Bereikbaar op <http://www.werkenmetdbcs.nl/achtergrondinfo/algemeen-ict-financiering-klinische-paden/>

- Yin, R.K. (2003). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks: Sage.
- (Zorgvisie) 2006. *Ziekenhuis-dbc's onder de loep* [Internet]. Zorgvisie, 2-06-2006. [aangehaald op 02-01-2008] Bereikbaar op <http://www.zorgvisie.nl/nieuws/nieuwsoverzicht/nieuwsartikel/Ziekenhuis-dbc'sOpnieuwOnderDeLoep.htm>
- Zuiderent-Jerak, T. (2007). *College Veranderen en Vernieuwen; opening en inleiding*. 03-09-07.
- Zuurbier, J., Groot, M. de. & Spanjers, R. (2003). 'Casemix management: werken met Diagnose-Behandel-Combinaties.' In: *Handboek financiële bedrijfsvoering in de zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Zuurbier, J. & Spanjers, R. (2004). 'Casemix management.' In: Zuurbier, J. & Krabbe-Alkemade, Y., *Onderhandelen over DBC's. Een thematische benadering* (pp. 83-98). Maarssen: Elsevier.