

# 'Getting things done through *professionals*'

**De gevolgen van het DBC-systeem in de context van de  
Zorgverzekeringswet voor de verhouding tussen de manager en de  
professional.**

<b>Naam:</b>	Dorrit Marlen Verkade
<b>Studentnummer:</b>	266954
<b>Universiteit:</b>	Erasmus Universiteit Rotterdam
<b>Master:</b>	Arbeid, Organisatie en Management
<b>Scriptiebegeleider:</b>	Prof. Dr. Romke van der Veen
<b>Tweede beoordelaar:</b>	Prof. Dr. Roland Bal
<b>Datum:</b>	December 2008



## Voorwoord

Deze scriptie is geschreven in het kader van de Master Arbeid, Organisatie en Management. Deze Master is onderdeel van de Faculteit Sociale Wetenschappen aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. De opleiding richt zich op de sociologische bestudering van vraagstukken van arbeid, organisatie en management en dan vooral de relatie tussen de drie.

Ik heb mij in dit onderzoek gericht op de verhouding tussen managers en professionals binnen de professionele organisatie. Als titel koos ik *'Getting things done through professionals'* als afgeleide van de uitspraak van Noordegraaf: *'Getting things done through others'*. Noordegraaf geeft daarmee een definitie van managen. Hij legt daarbij de nadruk op het coördinatievermogen van de manager. Managen van professionals is echter van een andere orde. *'Getting things done through professionals'* is zo makkelijk nog niet. De professional geniet van oudsher, door zijn maatschappelijke status, namelijk veel macht.

Tijdens deze Master, maar vooral tijdens het schrijven van deze scriptie ben ik steeds enthousiaster geworden over het doen van wetenschappelijk onderzoek. Daarbij wil ik mijn scriptiebegeleider Romke van der Veen bedanken voor zijn goede begeleiding, want hij wist mij steeds weer te prikkelen en nog meer te enthousiasmeren voor deze scriptie en het doen van onderzoek in het algemeen. De maatschappij is een oneindige puzzel, die je slechts stukje voor stukje kan bestuderen. De oplossing van een klein stukje van die puzzel ligt soms in een geheel andere hoek dan je aanvankelijk dacht. Het bestuderen van het alledaagse is lang niet alledaags, maar vaak heel boeiend.

Daarnaast wil ik alle respondenten bedanken die aan dit onderzoek hebben meegewerkt, in het bijzonder wil ik Dennis bedanken die mij in contact bracht met alle respondenten en me steeds weer feedback gaf op mijn bevindingen.

Een scriptie schrijven vergt veel discipline en tijd. Regelmatig moest ik prioriteiten stellen. Er was dus minder tijd voor 'leuke' dingen. Daarom wil ik mijn vrienden en familie bedanken voor hun support en de nodige afleiding. Ook wil ik mijn huidige werkgever en collega's van het Onderzoekcentrum Drechtsteden bedanken voor hun geduld en steun tijdens de laatste maanden, waarin ik de baan als onderzoeker combineerde met de afronding van mijn scriptie.

Ten slotte wil ik mijn rots in de branding bedanken. Maarten-Jan, geweldig. Bedankt voor je geduld, je hulp en je liefde. En nu gaan we die leuke to-do-list eens even grondig afwerken!

Dorrit Verkade,  
Schiedam, oktober 2008



## Inhoudsopgave

<b>Hoofdstuk 1: Veranderingen in de gezondheidszorg</b> .....	<b>9</b>
1.1 Historische ontwikkelingen.....	11
1.2 De Zorgverzekeringswet en de DBC-systematiek.....	16
1.3 Probleemstelling .....	18
1.4 Relevantie .....	20
1.5 Leeswijzer .....	21
<b>Hoofdstuk 2: De manager en de professional</b> .....	<b>23</b>
2.1 De manager .....	23
2.2 De Professional.....	26
2.3 De verhouding.....	30
2.4 Onderzoeksvragen .....	31
<b>Hoofdstuk 3: De logica van de professionele zorgorganisatie</b> .....	<b>33</b>
3.1 De puur professionele zorgorganisatie.....	33
3.2 De integratie van de manager.....	35
3.3 Strijdige belangen binnen de professionele organisatie .....	38
3.4 Strategieën om macht te behouden of te verkrijgen.....	40
3.5 Hypothesen .....	42
<b>Hoofdstuk 4: Methodologie</b> .....	<b>47</b>
4.1 Het analytisch model.....	47
4.2 Onderzoeksmethoden.....	50
4.3 Onderzoekspopulatie .....	51
4.4 Betrouwbaarheid en validiteit.....	52

<b>Hoofdstuk 5: Het DBC-systeem .....</b>	<b>55</b>
5.1 Het DBC-systeem als noodzaak van het contractualisme .....	55
5.2 De DBC-processtappen .....	56
5.3 De prestatiebekostiging .....	60
5.4 De geleidelijke invoering .....	61
5.5 De veranderende werkprocessen .....	64
<b>Asclepius: het DBC-systeem in de praktijk.....</b>	<b>67</b>
<b>Hoofdstuk 6: Asclepius: een introductie.....</b>	<b>69</b>
6.1 inleiding.....	69
6.2 Registratie .....	71
6.3 Transparantie.....	73
6.4 Onderhandelingen.....	76
6.5 Verdeling van de honoraria .....	78
6.6 Conclusie .....	79
<b>Hoofdstuk 7: Asclepius: autonomie en efficiëntie .....</b>	<b>81</b>
7.1 Autonomie .....	81
7.2 Efficiëntie .....	85
7.3 De verhouding.....	86
7.4 Conclusie: beantwoording van de eerste onderzoeksvraag .....	89

<b>Hoofdstuk 8: Asclepius: sturing en zelfsturing</b> .....	<b>93</b>
8.1 Sturing.....	93
8.2 Zelfsturing .....	97
8.3 De verhouding.....	99
8.4 Conclusie: beantwoording van de tweede onderzoeksvraag.....	100
<b>Hoofdstuk 9: Ten slotte</b> .....	<b>103</b>
9.1 Beantwoording van de probleemstelling.....	103
9.2 Reflectie.....	108
<b>Literatuurlijst</b> .....	<b>113</b>
Internetbronnen:.....	116
Geraadpleegde literatuur (geen verwijzingen) .....	116
<b>Bijlagen</b> .....	<b>119</b>
Bijlage 1: Respondentenoverzicht.....	121
Bijlage 2: Typeringslijst cardiologie .....	125
Bijlage 3: De smileyrapportage.....	127





## Hoofdstuk 1: Veranderingen in de gezondheidszorg

Deze scriptie gaat over de professionele zorgorganisatie en de verhouding tussen de manager en de professional daarbinnen. Deze verhouding is aan veranderingen onderhevig. De invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 en de invoering van het bekostigingssysteem, de DiagnoseBehandelingCombinatie (DBC)-systematiek in 2005, zorgen de laatste jaren voor ingrijpende veranderingen in de gezondheidszorg. Vooral in de eerste periode na de introductie van beide werd de bezorgdheid over deze ontwikkelingen vaak besproken in het nieuws, in actualiteitenprogramma's en debatprogramma's.

*'Klagen over de gezondheidszorg is de afgelopen weken nationale volkssport nummer één geworden. Oorzaak: Binnen een jaar worden twee revolutionaire veranderingen in de gezondheidszorg doorgevoerd. Én een nieuw ziektekostenstelsel én een nieuw, ingewikkeld declaratiesysteem in de ziekenhuizen. Burgers én artsen maken zich nu grote zorgen. Over hun portemonnee en over de explosief gestegen bureaucratie. De vraag is of die onrust en zorg terecht zijn? Of is het angst voor het onbekende?'* (www.rondomtien.nl (22 september 2005)

Het onderzoek dat in deze scriptie centraal staat, richt zich op de gevolgen van het DBC-systeem in de context van de Zorgverzekeringswet voor de manager en de professional in de zorg. Daarbij zal bijzondere aandacht uitgaan naar de werkprocessen van de professional en de manager en hun onderlinge verhouding. Het onderzoeksgebied betreft zodoende de interne processen en mechanismen (rondom de professional en de manager) van de professionele zorgorganisatie. Echter, nu eerst zal nader ingegaan worden op de hier boven aangehaalde veranderingen waarmee de professionele zorgorganisatie te maken heeft.

### *De veranderingen*

De overheid streeft met de Zorgverzekeringswet naar een betere toegankelijkheid, minder centrale aanbodsturing en meer doelmatigheid in de gezondheidszorg. Er is één verplichte basisverzekering voor iedereen die het oude verbrokkelde verzekeringsstelsel in één wetgevend kader samenbrengt. De toegang tot de zorg wordt voor de gehele bevolking met deze wet veilig gesteld door de acceptatieplicht en de zorgplicht. Nederlanders mogen één keer per jaar overstappen naar een andere verzekering en dan geldt de acceptatieplicht. Zorgverzekeraars mogen voor de basisverzekering geen verzekerden meer weigeren. De zorgplicht houdt in dat de zorgverzekeraar verplicht is om de gecontracteerde zorg tijdig te leveren aan zijn verzekerden en te waarborgen dat die zorg van een goede kwaliteit is (NZa april 2007, p.36).

De wet wordt onder een decentraal sturingsmodel met gereguleerde concurrentie uitgevoerd. De sturingstaken van de overheid veranderen. Veel verantwoordelijkheden worden gedecentraliseerd naar de zorgverzekeraars en de zorgorganisaties. Het zorgstelsel wordt niet meer aangestuurd via het aanbod door capaciteitsplanning en het tarievenstelsel, maar via de vraag naar zorg (RVZ 2003). De Zorgverzekeringswet zorgt er namelijk niet alleen voor dat er een basisverzekering voor iedereen is, maar ook dat de zorginkoop geregeld wordt.

Private partijen moeten er nu via zorginkoop voor zorgen dat de publieke belangen gewaarborgd worden (RVZ 2008, p.8).<sup>1</sup> De zorgverzekeraar wordt ook wel de 'uitvoerder' van de Zorgverzekeringswet genoemd. Hij contracteert de zorg bij de zorgaanbieders, maar heeft daarin de vrije keuze in welke aanbieder en welke zorg hij contracteert (selectieve zorginkoop).

*'Zorginkoop is het proces dat leidt tot een contract tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder.'* (RVZ 2008, p. 7)

Zorgaanbieders moeten onderling concurreren om de gunst van de zorgverzekeraars. Voor de zorgaanbieders valt de capaciteitsplanning en de budgettering die daar aan gekoppeld is weg, waardoor er ruimte ontstaat voor financiële risico's en kansen. In deze omgeving van concurrentie lopen de zorgaanbieders meer risico. *'Zorgaanbieders worden Zorgondernemers'* (RVZ 2003, p. 5). De profilering van een zorgaanbieder als zorgbedrijf met efficiënte en effectieve werkprocessen wordt steeds belangrijker. De concurrentie op de zorgmarkt en op de zorgverzekeringsmarkt moet de doelmatigheid in de zorg vergroten.

De betaling en verrekening van de zorg vindt binnen deze wet plaats via Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Via dit nieuwe kostensysteem moet het tariefensysteem en het declaratieverkeer gemoderniseerd worden (Van der Veen, 2005). DBC's vervangen een oud bekostigingssysteem (de functionele budgettering (FB)) en moeten zorgen voor een betere relatie tussen de prijs van de zorg en de daaraan gekoppelde daadwerkelijke kosten. Het is een instrument om de Zorgverzekeringswet goed te laten werken. De zorginkoop kan hierdoor op een adequate manier verlopen.

Deze veranderingen in de zorg ( de Zorgverzekeringswet en de DBC's) kennen een lange voorgeschiedenis. De historische context wordt besproken in paragraaf 1.1. In paragraaf 1.2 worden de belangrijkste gevolgen van de Zorgverzekeringswet en de DBC-systematiek voor de interne processen van de professionele zorgorganisatie besproken.

---

<sup>1</sup> Ook al is de zorginkoop vooral een taak van de private partijen, toch reguleert de overheid de onderlinge concurrentie nog wel door middel van bepaalde wetten en regelingen.

In paragraaf 1.3 wordt de probleemstelling ingeleid. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met de relevantie van dit onderzoek (1.4) en de leeswijzer (1.5).

### 1.1 Historische ontwikkelingen

In deze paragraaf komen de geschiedenis van het verzekeringswezen en van de bekostigingssystemen in de ziekenhuiszorg aan bod. De beschrijving dient ter kennisgeving van de context van deze scriptie.

In de jaren twintig van de vorige eeuw kwamen in de *'Unificatiecommissie'* voor het eerst ideeën ter sprake over het ziekenfondswezen in Nederland. In deze commissie kwamen onderwerpen zoals verplichte toetreding van alle werknemers (en hun gezin) onder een bepaalde loongrens en vrije artskeuze aan bod (Van der Grinten en Kasdorp 1999, p.21). De Unificatiecommissie kon hiervoor lang geen draagvlak creëren, maar onder druk van de Duitsers in de Tweede Wereldoorlog kwam er toch een wettelijke regeling tot stand die gegrond was op de ideeën van deze commissie. In 1941 werd het Ziekenfondsbesluit genomen, waarbij een verplichte verzekering werd ingevoerd voor werknemers onder een bepaalde loongrens. Daarnaast was er een mogelijkheid om vrijwillig een verzekering af te sluiten. Met de tijd groeide de bezorgdheid over deze verzekering omdat de stijgende kosten van de gezondheidszorg vooral doorberekend werden op de vrijwillig verzekerden. De vrijwillig verzekerde betaalde namelijk ongeacht zijn inkomen een nominaal bedrag (Van der Grinten en Kasdorp 1999, p.22).

In 1966 werd de Ziekenfondswet ingevoerd. Deze wet zorgde voor een bestendiging en het samenbrengen van de in het verleden gegroeide ideeën:

- Er waren fondsen die een basispakket aan verzekerde zorg aanboden voor werknemers met een inkomen beneden de door de overheid vastgestelde loongrens.
- De rest van de Nederlanders was zelf verantwoordelijk voor hun verzekering en kon een particuliere verzekering afsluiten bij een zorgverzekeraar.
- De premies voor de ziekenfondsen waren inkomensgerelateerd en de premies van de particuliere verzekering waren vrij door de zorgverzekeraars te bepalen (Van der Veen, 2005, p.10).

Nieuw in deze wet was bijvoorbeeld het recht van toetreding zonder dat de verzekeraar kon selecteren (Van der Grinten en Kasdorp 1999, p.22).

Omstreeks dezelfde tijd als de invoering van de Ziekenfondswet was er steeds meer debat over één volksverzekering in plaats van de scheiding tussen ziekenfondsverzekeringen en particuliere verzekeringen. Het Ziekenfondsstelsel stond ter discussie door onder andere de ongelijke behandeling van de verzekerden, een tekort aan sturingsinstrumenten en de stijgende kosten (Van der Grinten en Kasdorp 1999, p.23).

In de ziekenhuiszorg was er sprake van een bekostigingssysteem dat veel aandacht had voor de prijs van de zorg, maar op het volume en de totale kosten van de zorg werd niet gelet. Alle kosten van een ziekenhuis werden automatisch vergoed via een systeem van tarieffinanciering.<sup>2</sup> Een stijging van de kosten in de zorg resulteerde, omdat er geen beheersingsmechanismen waren, direct in een stijging van de premies. Door deze 'openeindfinanciering' stegen de kosten in de zorg aanmerkelijk (Klompenhouwer en Vos-Deckers 2005). Met de Structuurnota in 1974 werden de negatieve consequenties van de steeds verder groeiende kosten van de gezondheidszorg voor het eerst door de overheid op de agenda gezet. De nota, geschreven door Staatssecretaris Hendriks, gaf een zienswijze weer op de gezondheidszorg. Er werd gewezen op de noodzaak van kostenbeheersing en van een geleide ontwikkeling van de gezondheidszorg. Hierbij was een centrale positie voor de overheid weggelegd met de aandacht voor de regulering van het aanbod van de zorg (Van der Grinten en Kasdorp 1999, p.12).

### *Aanbodregulering*

In de jaren '80 werd kostenbeheersing de centrale doelstelling van de overheid. Door middel van aanbodregulering ging de overheid de kwaliteit, de kosten en de toegang tot de gezondheidszorg regelen. Nieuwe wetgeving moest gaan zorgen voor de verbetering van de bestuurbaarheid en de beheersbaarheid van de gezondheidszorg. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) moesten zorgen voor een betere planning van het aanbod en beheersbaarheid van prijzen en tarieven in de zorg. De centrale sturing vanuit de overheid nam een grotere vorm aan. Steeds meer controle en toezicht vloeiden voort uit maatregelen om de kosten te beheersen en zorgde voor een bureaucratisering van de zorgsector. Het accent op kostenbeheersing was zo groot dat het ten koste ging van andere doelen in de gezondheidszorg. Bezuinigingen in de zorg leidden tot verlies van kwaliteit en toegankelijkheid. Zeker in deze tijd, bleek er nog amper aandacht voor doelmatigheidswinst (Van der Grinten en Kasdorp 1999). Innovatief beleid werd nog nauwelijks gestimuleerd en wachtlijsten ontstonden.

In 1982 werd de openeindfinanciering in de ziekenhuiszorg vervangen door de functionele budgettering (FB) als bekostigingssysteem voor de ziekenhuizen. De outputbekostiging bij de openeindfinanciering werd vervangen door het werken met budgetten per ziekenhuis. In het eerste jaar werden deze budgetten gebaseerd op basis van het kostenniveau van het jaar daarvoor. Ziekenhuizen die een hoog uitgavenpatroon hadden, kregen dus een hoger startbudget. In de jaren daarna werden de budgetten bijgesteld naar aanleiding van de mutaties in een aantal parameters, zoals het aantal eerste polikliniekbezoeken, het aantal ligdagen en dagopnames. De automatische vergoedingen werden afgeschaft. Van te voren werd bepaald binnen welk budget de kosten van de ziekenhuizen moesten blijven. Verzekeraars financierden de ziekenhuizen

---

<sup>2</sup> Dit tarievensysteem werd gebaseerd op het aantal verpleegdagen en op specifieke verrichtingen.

op basis van verrichtingen en verpleegdagen.<sup>3</sup> Het verschil tussen de financiering en het budget werd verrekend in de tarieven voor de zorgverzekeraar in het volgende jaar (Crom 2005, p.32). Via de budgetten konden de kosten enigszins binnen de perken blijven. Door dit systeem werden daarentegen de wachtlijsten in de zorg langer omdat een prikkel tot meer produceren niet aanwezig was. De opbrengst van het ziekenhuis werd immers bepaald door het afgesproken budget en niet door de gerealiseerde productie. Ook ontstonden er door deze systematiek spanningen tussen het ziekenhuis (dat gebonden was aan een budget) en de professional (die per verrichting betaald werd) (Klompener en Vos-Deckers 2005, p.7). Aan de vraag naar zorg kon niet altijd worden voldaan omdat het ziekenhuis niet genoeg budget had. De medisch specialist kon daarom niet altijd zijn werk uitvoeren zoals hij wilde. De spanning nam af toen in 1995 de zogenaamde lumpsum voor de medisch specialisten werd ingevoerd. De specialisten werden nu niet meer betaald per verrichting, maar kregen ook een vast budget uitbetaald. Een gevolg hiervan was wel dat de prikkel om een hoge productie te draaien ook voor de specialist verminderde. De wachtlijsten konden hierdoor nog verder groeien.

### *Vraagsturing*

In 1987 kwam een rapport van de commissie Dekker uit waarin voor het eerst gepleit werd voor gereguleerde concurrentie, vraagsturing en zorgvernieuwing. De aanbodregeling zorgde volgens deze commissie voor te veel regels, bureaucratie en te weinig doelmatigheid. Bovendien kon deze regeling niet beantwoorden aan de veranderende en verschillende behoeften van de bevolking (Van der Grinten en Kasdorp 1999, p.16). Het kernpunt van de commissie Dekker was een basisverzekering voor de hele bevolking. Verzekeraars moesten met elkaar gaan concurreren om verzekerden en zorgaanbieders om de verzekeraars. Dit moest zorgen voor efficiëntere zorg (Grit en Meurs 2005, p.21). De commissie haalde daarbij aan dat alleen met een geheel nieuw verzekeringsstelsel principes als keuzevrijheid, solidariteit en doelmatigheid hun plaats konden krijgen (Van der Grinten en Kasdorp 1999, p.27).

In de jaren negentig werden de adviezen van de commissie Dekker gedeeltelijk overgenomen. De aanbodregulering werd gemoderniseerd en concurrentie tussen verzekeraars werd gestimuleerd (Van der Grinten en Kasdorp, 1999, p.17). De overlegcultuur in de zorg maakte plaats voor een cultuur van belangenbehartiging en strategisch gedrag.<sup>4</sup> Er was nog geen sprake van echte vraagsturing, maar van vereenvoudigde aanbodregulering. De leiding in de zorg lag nog steeds bij de overheid.

---

<sup>3</sup> Het tarief voor de verpleegdag om te declareren aan de verzekeraar is dus een ander tarief dan de budgetparameter verpleegdag (Crom 2005, p.32).

<sup>4</sup> Ten eerste veranderde de verhouding tussen de overheid en het maatschappelijk middenveld door het verplichtende karakter dat uit ging van de aanbodregulering. Ten tweede veranderde het intellectuele klimaat; door de invloeden vanuit politieke en wetenschappelijke hoek over het ongelooft in de centrale beheersing en sturing van de gezondheidszorg ontstonden er in Nederland discussies over de omvang van de overheidstaak (Van der Grinten en Kasdorp 1999, p.15).

Door een nog te strak wetgevend kader was er te weinig ruimte voor doelmatigheid. De overheid was te onzeker over de kostenontwikkeling waardoor vraagsturing in de zorg nog niet groots werd geïntroduceerd (Van der Grinten en Kasdorp 1999, p.28). Wel kwamen er heel langzaam enkele vormen van vraagsturing op, zoals het persoonsgebonden budget (PGB) en verruiming van de bestedingsmogelijkheden van de ziekenhuizen en van de patiënt.

De overheid bleef echter op politiek gebied nauw bij het beleid betrokken en de aanbodregulering werd met vertraging losgelaten. Omdat de uitgaven van de gezondheidszorg direct gevolgen hebben voor de collectieve lasten, heeft de overheid in 1994 het Budgettair Kader Zorg (BKZ) ingesteld.<sup>5</sup> De overheid stelde hiermee een limiet aan de collectief gefinancierde zorguitgaven. Uiteindelijk bleek dat de overheid er toch niet in kon slagen de kosten volledig te beheersen.<sup>6</sup> Hieruit bleek dat de vraag naar zorg zich onvoldoende liet reguleren via een aanbodgestuurd macro-economisch kader (Klompenhouwer & Vos-Deckers 2005, p.6). Toch wilde de overheid de wettelijke regelingen om de kosten in de zorg te beheersen nog niet loslaten voordat er aan een aantal voorwaarden zou zijn voldaan. Eén voorwaarde daarvan was het ontwikkelen van een bekostigingssysteem van productdefinities, honorering en kostprijzen (Van der Grinten en Kasdorp 1999, p. 29).

#### *DBC-systeem*

In 1993 kwam het rapport 'Gedeelde zorg: Betere zorg' van de commissie Biesheuvel uit waarin gepleit werd voor integratie van de professionals in het ziekenhuis en voor de bekostiging van de ziekenhuiszorg op basis van DBC's.<sup>7</sup> Doordat er bij de FB-systematiek geen relatie meer was tussen het honorarium van de professionals en de inspanning van de professionals en de bekostiging op basis van verrichtingen haaks stond op het principe van doelmatigheid, moest er een nieuw systeem komen: het DBC-systeem.<sup>8</sup>

Een DBC typeert de medisch specialistische zorg volgens een methodiek waarbij de zorgvraag (diagnose) wordt gekoppeld aan de daartoe geleverde zorgprestaties (begeleiding, diagnostiek en behandeling) (Stuurgroep DBC2003 2003, p.1). De kapitaallasten van het ziekenhuis en de honoraria van de medische specialist worden ook aan deze producten toegerekend. Aan de DBC wordt dus een integrale prijs

---

<sup>5</sup> Het kabinet stelt binnen het Budgettair Kader Zorg de financiële grenzen vast waarbinnen de zorguitgaven moeten blijven. Het Budgettair Kader Zorg omvat vooral de premiegefinancierde zorg. De Zorgverzekeringswet en de AWBZ vallen hierbinnen. De definitie van het Budgettair Kader Zorg kan door beleid en politieke ontwikkelingen van jaar tot jaar verschillen ([www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)).

<sup>6</sup> Het beroep op de gezondheidszorg werd met de jaren steeds groter en de uitgaven kwamen jaarlijks boven het Budgettair Kader Zorg uit. De vraag naar zorg steeg in die jaren en stijgt nu nog steeds door de toenemende vergrijzing en de groeiende mogelijkheden van de medische technologie (Van der Veen 2005, p.17).

<sup>7</sup> Goede zorg was volgens de commissie afhankelijk van een goede samenwerking tussen de professionals en het ziekenhuis. De wederzijdse afhankelijkheid van professionals en professionele organisatie moesten ook organisatorisch vorm krijgen. Dat werd het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf ([www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)).

<sup>8</sup> [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

gekoppeld; er wordt betaald voor het hele zorgproduct met al de verschillende activiteiten die er onder vallen.

*'Een DiagnoseBehandelingCombinatie is het geheel van activiteiten van ziekenhuis en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee de patiënt de medisch specialist in het ziekenhuis consulteert.'* (Krabbe-Alkemade & Zuurbier 2007, p.15)

In het rapport van de commissie Biesheuvel werd ook vastgesteld dat er onder alle partijen (ziekenhuizen, professionals, verzekeraars) draagvlak was ontstaan voor een systeem van producttypering (Klompenhouwer en Vos-Deckers 2005). In 1994 wordt er door een aantal medisch specialisten gestart met de producttypering. Het doel was:

*'Een medisch samenhangende en economisch homogene clustering van zorgproducten te ontwikkelen die de basis kan vormen voor afspraken over volume, kwaliteit en verrekening tussen aanbieder en verzekeraars.'* (Klompenhouwer en Vos-Deckers 2005, p.9)

Om af te kunnen stappen van het systeem van aanbodregulering en om een goede basis te hebben voor contractering met betrekking tot de vraagsturing moest er een zorgproduct gecreëerd worden waar een prijs aan gehangen kon worden. Hierdoor kon er een nieuwe context gecreëerd worden waarbinnen de professionele zorgorganisaties hun contracten konden afsluiten. De DBC is dat nieuwe zorgproduct en moest als instrument dienen om deze veranderingen in te voeren en voort te zetten (zie tabel 1.1).

*Tabel 1.1: De contexten van de twee bekostigingssystemen*

<i>FB-systematiek</i>	<i>DBC-systematiek</i>
<i>aanbodsturing</i>	<i>vraagsturing</i>
<i>collectieve productieafspraken</i>	<i>afspraken met individuele ziekenhuizen</i>
<i>registratie van enkele parameters</i>	<i>registratie op basis van DBC's</i>
<i>extern budget op basis van parameters</i>	<i>financiering op basis van gedeclareerde DBC's</i>
<i>incremental budgetting</i>	<i>intern financieren op basis van de opbrengst en de zorgprofielen</i>
<i>onvoldoende prikkels</i>	<i>prikkels tot meer en efficiënte productie</i>
<i>lumpsumhonorering</i>	<i>prestatiebekostiging</i>
<i>direct overheidsingrijpen in tarieven en budgetten</i>	<i>decentraal sturingsmodel</i>

Alle wetenschappelijke verenigingen van de Orde van Medisch Specialististen ontwikkelden uiteindelijk de zorgproducten (DBC's) voor hun eigen specialisme. De overheid omarmde in 2000 pas het voorstel door een stuurgroep op te richten die ervoor moest zorgen dat de DBC's in 2003 ingevoerd konden gaan worden.

In 2001 ontwikkelde de stuurgroep een Gemeenschappelijk Plan van Aanpak met een gefaseerde invoering van de DBC-systematiek. In 2002 startten ziekenhuizen al met het registreren van DBC's en in 2003 werd het experiment 'Ruimte voor Resultaat' door het kabinet Balkenende I gestart waarbij de vrije prijsvorming van ruim 100 DBC's werd getest.

De DBC-systematiek werd ingevoerd in 2005. Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet ingevoerd waarmee een gedeelte van de plannen van de Commissie Dekker (één basisverzekering voor de hele bevolking) toch nog werkelijkheid werden. In dat zelfde jaar werd gestart met een vrij onderhandelbaar segment (het B-segment) dat tien procent van de ziekenhuiszorg omvatte. Het FB-systeem bleef voor de rest van de zorg (het A-segment) nog gehandhaafd.<sup>9</sup> Declaratie op basis van DBC's vond vanaf dat moment wel plaats voor de hele ziekenhuiszorg. Aan de voorwaarde van een systeem van productdefinities, honorering en kostprijzen was nu voldaan. DBC's moesten gaan zorgen voor een transparantere zorgverlening, maar vooral voor een vergemakkelijking van het administratieve proces tussen zorgaanbieder en verzekeraar.

## 1.2 De Zorgverzekeringswet en de DBC-systematiek

In deze paragraaf beschrijven we twee gevolgen van de Zorgverzekeringswet en het DBC-systeem voor de interne processen van de professionele zorgorganisatie. De Zorgverzekeringswet en het DBC-systeem worden beschreven zoals ze in theorie bedoeld zijn te werken. Later in de scriptie wordt ingegaan op de werking in de praktijk.

De Zorgverzekeringswet en de DBC-systematiek hebben belangrijke gevolgen voor de zorgorganisaties: ten eerste kunnen zorgverzekeraars selectief contracten gaan afsluiten met zorgorganisaties en ten tweede verandert de interne budgettering in interne financiering op basis van DBC's.

### *Selectieve contractering*

De verzekerden krijgen op de verzekeringsmarkt meer eigen verantwoordelijkheid en meer keuzevrijheid bij het kiezen van hun verzekering. Zorgverzekeraars moeten onderling gaan concurreren om de gunst van de verzekerden. De zorgverzekeraars krijgen met de Zorgverzekeringswet op de zorginkoopmarkt een belangrijke rol: die van zorginkoper. Ze onderhandelen met de zorgorganisaties over de zorg en kopen deze in voor hun verzekerden.

Een belangrijk onderdeel van de Zorgverzekeringswet is dat de onderhandelingen over de zorg onder gelijkere omstandigheden dan voorheen plaatsvinden (waardoor er gelijkwaardigere marktpartijen ontstaan). Vóór de Zorgverzekeringswet moesten verzekeraars nog collectieve contracten afsluiten met alle zorgorganisaties, 'de

---

<sup>9</sup> [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)



*contracteerplicht*'. Ze hadden geen keuzevrijheid waardoor de zorgorganisaties een machtige onderhandelingspositie hadden. Zorgaanbieders waren hierdoor overheersend in het Nederlandse zorgstelsel: ze bepaalden in belangrijke mate welke zorg werd geleverd en wat de kwaliteit ervan was.<sup>10</sup> Een prikkel om tot betere prestaties te komen was er amper. De Zorgverzekeringswet bracht hier dus verandering in. Zorgverzekeraars kunnen nu contracten selectief afsluiten, *'de contracteervrijheid'*. Ze hoeven niet meer met elke zorgaanbieder een contract af te sluiten, maar kunnen met de beste in zee gaan.<sup>11</sup> Zo worden de verzekerden door de zorgverzekeraars geleid naar bepaalde *'voorkeursaanbieders'* (Nza juni 2007). Dit geeft de zorgverzekeraars meer onderhandelingsmacht om, onder druk van hun verzekerden, effectieve en efficiënte zorg in te kopen.<sup>12</sup>

Door selectieve contractering ontstaat er een prikkel voor de zorgorganisatie om efficiënter te gaan werken, om kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren en om de wachtlijsten te minimaliseren om zodoende in aanmerking te komen voor een voorkeurscontract. Om te kunnen concurreren met andere zorgorganisaties dienen ze vraaggericht te gaan werken. De zorgorganisaties krijgen meer mogelijkheden om zich te profileren en zorg op maat te leveren.<sup>13</sup> Zorgorganisaties die niet goed presteren zullen daar nadeel van ondervinden, maar goed presterende zorgorganisaties zullen de voordelen van het nieuwe systeem ondervinden (VWS september 2006).

DBC's geven een beter inzicht in het zorgproces waardoor de zorgverzekeraar een instrument om producten en prijzen te vergelijken in handen heeft. Vergelijkingen tussen ziekenhuizen zijn nu beter te maken. Voorheen, tijdens de FB-systematiek, had de zorgverzekeraar geen inzicht in de doelmatigheid van de zorg en had ze geen sterke onderhandelingspositie. Nu worden ze geacht geen passieve schadeverzekeraars meer te zijn, maar actieve bewuste zorginkopers. Door de transparantie van de zorg die met DBC's gebracht wordt, kan de zorgverzekeraar een machtigere onderhandelaar worden. Voor de interne processen van de professionele zorgorganisatie betekent dit dat er meer aandacht moet komen voor efficiënte en goede zorgproductie.

### *Interne financiering*

Het DBC-systeem is noodzakelijk om de Zorgverzekeringswet te laten werken zoals bedoeld. Verzekeraars en zorgorganisaties krijgen duidelijker inzicht in de kosten, kwaliteit en kwantiteit van activiteiten binnen een zorginstelling om te kunnen onderhandelen over de zorg. Meerdere activiteiten en verrichtingen kunnen aan een DBC worden toegevoegd. Door te kijken naar het aantal activiteiten per DBC kan er

---

<sup>10</sup> [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

<sup>11</sup> [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

<sup>12</sup> Bij selectieve contractering heeft de overheid echter wel een randvoorwaarde ingesteld: de zorgverzekeraar moet aan de zorgplicht blijven voldoen.

<sup>13</sup> [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

bepaald worden of er efficiënt genoeg gewerkt wordt of dat er juist efficiënter gewerkt moet worden.

Door het grote aantal betrokkenen en door de omvang van de zorgsector is de overgang van de oude FB-systematiek naar de nieuwe DBC-systematiek een langdurig verandertraject. Voor de interne processen van de professionele zorgorganisatie betekent dit dat registratieprocessen omgevormd moeten worden: de registratie van FB-parameters moet vervangen worden door de registratie van DBC's. De zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten gaan onderhandelen op basis van de DBC-systematiek over het volume, de prijs en kwaliteit van de zorgverlening (OMS, 2006, p.38). Het externe budget van de FB-systematiek wordt vervangen door opbrengsten die volledig afhankelijk zijn van de in rekening gebrachte productie (Schaepkens 2004, p.7). In de DBC-systematiek worden ziekenhuizen extern gefinancierd (in het B-segment) op basis van het aantal geproduceerde en bij de zorgverzekeraar gedeclareerde DBC's.

Door deze verschuiving in de externe budgettering moet ook de interne budgettering veranderen. De interne budgetten werden in de FB-systematiek bepaald door mutaties aan te brengen in het budget van het jaar ervoor naar meer- en minderproductie. Dit wordt '*incremental budgetting*' genoemd (Krabbe-Alkemade en Zuurbier 2007, p.80). De basis waarop in eerste instantie de interne budgetten zijn vastgesteld, wordt daarbij niet ter discussie gesteld. In een volledig ingevoerde DBC-systematiek moet interne financiering de plaats innemen van interne budgettering. De interne financiering op basis van DBC's wordt dan bepaald door de opbrengst per DBC en het lokale standaard zorgprofiel.<sup>14</sup> Op basis hiervan kan het ziekenhuis intern variabel financieren, bijvoorbeeld naar vakgroep, maatschap of naar een andere decentrale eenheid. De afwijkingen tussen het variabele budget en de werkelijke kosten kunnen dan geanalyseerd worden door het management om zo de efficiëntie ten behoeve van de concurrentiepositie van de zorgorganisatie te vergroten.

### 1.3 Probleemstelling

Door de Zorgverzekeringswet wordt er veel meer gekeken naar resultaten van de ziekenhuisorganisaties. Ook binnen de ziekenhuisorganisatie wordt meer gekeken naar resultaten van afdelingen of individuen. Dit moet ook beter mogelijk zijn door de grotere veronderstelde transparantie van de zorg door het DBC-systeem. Er zal meer gelet moeten worden op de prijs en de kwaliteit van de verleende zorg. Dit brengt een andere manier van werken met zich mee in de professionele organisatie.

---

<sup>14</sup> Een DBC is gebaseerd op een gemiddeld aantal verrichtingen bij die zorgvraag. Het gebruik van de DBC-begrippen is landelijke vastgelegd, maar inhoudelijk kan het zorgprofiel en de prijs per ziekenhuis verschillen. Er zijn landelijk gemiddelde zorgprofielen van de DBC's opgesteld waar de lokale profielen (per ziekenhuis) naast gelegd kunnen worden. Het kan zijn dat in het ene ziekenhuis meer verrichtingen aan een DBC worden toegevoegd dan in het andere ziekenhuis (door bijvoorbeeld verschillen in patiëntenpopulaties of zorgwaarte).

De zorgaanbieder moet zijn zorg gaan verkopen. Waar hij voorheen altijd extern gebudgetteerd werd, moet hij nu zelf (voor het B-segment) op basis van zijn productie geld binnen halen. In het verleden was het budget gebaseerd op de externe parameters en niet in relatie met de werkelijke kosten van de instelling. Nu bepaalt, in het B-segment, het aantal geleverde producten de omzet. De zorgaanbieder loopt een omzetriscico: er is geen vast budget meer en ook geen nacalculatie (Krabbe-Alkemade en Zuurbier, 2007, p.31).

Daarenboven moeten DBC's ervoor zorgen dat de informatieasymmetrie tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders veel minder groot is. De veronderstelde heldere producttypering moet ervoor zorgen dat er door de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars over efficiëntie kan worden gepraat. Zorgaanbieders krijgen na de invoering van de Zorgverzekeringswet niet meer zomaar een contract, wat leidt tot meer prikkels voor hen tot doelmatige inspanningen. Een lagere kostprijs verschaft bijvoorbeeld een betere onderhandelpositie met de zorgverzekeraar.

De veranderende contractering tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder en de veranderende interne verdeling van de gelden hebben ook gevolgen voor de werkprocessen van de managers en de professionals binnen de zorgorganisatie. Binnen de zorginstelling moeten de managers er voor zorgen dat het werkproces zo ingericht wordt dat de afspraken met de zorgverzekeraar nagekomen kunnen worden of dat er bij de volgende onderhandelingen een nog gunstiger aanbod kan worden gedaan. De ziekenhuizen hebben er baat bij als specialisten zo efficiënt mogelijk gaan handelen. Op die manier kunnen ze de concurrentie voorblijven. DBC-registratie verschaft de managers informatie om de specialist binnen het ziekenhuis bij te sturen.

De manager moet zich dus richten op de concurrentiepositie van de zorginstelling en sturing geven, maar hij moet ook de professioneel-bureaucratische verhouding met de specialist onderhouden (Van der Veen, 2005, p.19). De specialisten houden zich immers bezig met het primaire proces; ze verlenen de zorg aan de patiënten. Specialisten zijn van oudsher gewend om afgeschermd te werken met een grote autonomie. De veronderstelde transparantie voortvloeiende uit het DBC-systeem zorgt er voor dat managers een betere houvast hebben om intern de specialisten aan te sturen op efficiëntie. Voorheen had de manager weinig zicht op het werkproces van de specialisten, maar nu worden de specialisten (door de veronderstelde transparantie) zichtbaarder. De specialist en de manager hebben verschillende belangen. De specialist is niet gebaat bij de transparantie. Hij is, uit hoofde van zijn positie alleen al, gebaat bij een zekere bescherming en ondoorzichtigheid (Van der Veen 2005, p.33). De onderlinge afspraken tussen specialisten en hun beroepsgroepen kunnen door het meer transparantere DBC-systeem worden getoetst. Met de vrije onderhandelingen kunnen zorgverzekeraars nu kritisch kijken naar de diverse behandelmethoden van de specialisten per ziekenhuis. Ook worden de specialisten binnen deze systematiek

beloond naar prestatie en krijgen dus geen lumpsum meer. Van vaste budgetten is geen sprake meer, ook niet voor de specialist.

De spanning tussen managers en professionals in zorginstellingen is de laatste jaren een veelbesproken thema. In deze scriptie wordt er toegespitst op de verhouding tussen de professional en de manager binnen de professionele zorgorganisatie. Dit tweetal opereert naast elkaar in de professionele zorgorganisatie. Beiden hebben ze op hun eigen manier te maken met de gevolgen van het DBC-systeem in de context van de Zorgverzekeringswet. Maar verandert het ook hun onderlinge verhouding?

De probleemstelling die centraal staat in deze scriptie is:

1: *‘Wat zijn de consequenties van het DBC-systeem in de context van de Zorgverzekeringswet (de selectieve contractering en de interne financiering) voor de werkprocessen van de manager en de professional? Beïnvloedt dit de onderlinge verhouding? Zo ja, wat zijn de gevolgen en hoe is dit te verklaren?’*

#### **1.4 Relevantie**

In deze paragraaf wordt stil gestaan bij het waarom van dit onderzoek. De probleemstelling is ontstaan uit nieuwsgierigheid van de onderzoeker naar de onderlinge verhoudingen binnen de zorgsector. In mijn omgeving werken een aantal mensen in de zorg; zij spreken met grote passie over hun vak, maar geven aan soms tegengehouden te worden door vaste hiërarchische structuren binnen de zorgorganisatie of door externe ontwikkelingen zoals DBC's en meer marktwerking in de zorg. Ik werd erdoor gegrepen en ging me steeds meer verdiepen in onderlinge verhoudingen in de zorgsector.

Het DBC-systeem is dus één van die grote externe ontwikkelingen. Ook is er wel enige literatuur beschikbaar over andere bekostigingssystemen in het buitenland, toch krijgt het DBC-systeem in deze vorm weinig wetenschappelijke aandacht. Een verklaring hiervoor is dat het DBC-systeem nog steeds ingevoerd wordt en het een vrij jong systeem is. Een verkennend onderzoek was in deze nodig. Het waarom van dit onderzoek heeft een wetenschappelijke en een maatschappelijke component: de wetenschappelijke relevantie en de maatschappelijke relevantie.

##### *Wetenschappelijke relevantie*

De wetenschappelijke relevantie geeft de betekenis aan voor de ontwikkeling van de wetenschap. De wetenschappelijke relevantie wordt volgens Boeije, Hart en Hox (2005, p.103) gestuurd door het motief te willen weten hoe de dingen werkelijk in elkaar zitten. Door een gedetailleerde casestudy wordt in deze scriptie getracht de mechanismen aan te geven die ten grondslag liggen aan de gevolgen van het DBC-systeem (in de context van de Zorgverzekeringswet) voor de verhouding tussen de manager en de professional.

### *Maatschappelijke relevantie*

De maatschappelijke relevantie geeft de betekenis aan voor de direct aanwijsbare betrokkenen (Boeije, Hart en Hox (2005, p.107). Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk is beschreven, staat de verhouding tussen de professionals en managers in de zorg de laatste jaren erg in de belangstelling. De resultaten van dit onderzoek geven een theoretisch onderlegd inzicht in de verhoudingen tussen de managers en de professionals in de huidige gezondheidszorg onder invloed van het DBC-systeem. De waarom-vraag van de probleemstelling legt mechanismen bloot die relevant kunnen zijn voor de zorgorganisaties.

### **1.5 Leeswijzer**

Na in dit hoofdstuk de belangrijke ontwikkelingen rondom de DBC-systematiek te hebben beschreven, wordt er in de komende twee hoofdstukken een theoretische basis gelegd.

In hoofdstuk 2 worden de professional en de manager gedefinieerd. Dit hoofdstuk wordt beëindigd met twee empirische onderzoeksvragen.

In hoofdstuk 3 worden de kenmerken van de professionele organisatie beschreven. Dit is de plek waar de managers en de professionals bij elkaar komen. De aard van de verhouding tussen de manager en de professional en de interne gezagsstructuur komen hier aan bod. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met vijf hypothesen over de veranderende verhouding.

Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de methoden van het onderzoek beschreven. Tevens wordt het analytisch model uiteengezet. Ook komen de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek aan bod.

In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de kenmerken van het DBC-systeem. De gevolgen van het DBC-systeem in theorie voor de werkprocessen van de manager en de professional worden beschreven. Ook is er aandacht voor de geleidelijke invoering.

In hoofdstuk 6, 7 en 8 wordt de casus beschreven. Hier worden de gevolgen van het DBC-systeem in de praktijk voor de werkprocessen van de manager en de professional beschreven. Tevens worden de twee empirische onderzoeksvragen beantwoord.

In hoofdstuk 9 wordt de conclusie van het onderzoek beschreven aan de hand van de vooraf geformuleerde hypothesen. Tot slot vindt er reflectie plaats.



## Hoofdstuk 2: De manager en de professional

De gezondheidszorg wordt gedomineerd door professionals. Ze zijn bevoegd om bepaalde verrichtingen uit te voeren die een ander niet kan doen. Dit komt omdat ze bepaalde kennis en vaardigheden bezitten. De positie van de professionals wordt bovendien beschermd. Dit gebeurt door de beroepsgroep, maar ook door de overheid. Alleen collega-professionals mogen de handelswijze van een professional beoordelen omdat zij daarvoor beschikken over de juiste kwalificaties en diploma's. De overheid biedt wettelijke bescherming aan de professionals omdat zij met hun dienstverlening bijdragen aan een maatschappelijk belang: het zorgen voor gezondheid. In ruil voor een goede kwaliteit van de dienstverlening krijgt de professional via de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) een erkende titel toegewezen.<sup>15</sup> Professionals in de gezondheidszorg kunnen hierdoor zelf de indeling van het werk bepalen en nemen daar zelf beslissingen over (Aakster en Groothoff 2003).

De beschermde positie van de professional neemt af door een verandering in de regulering. Met de Zorgverzekeringswet treedt de overheid terug en is er een grotere rol weggelegd voor de managers van de zorgorganisaties. Daarnaast claimen Zorgverzekeraars in steeds grotere mate de invloed op de zorgproductie en worden cliënten steeds mondiger. De managers moeten zich door de veranderingen met de Zorgverzekeringswet en het DBC-systeem, na een lange tijd vooral een faciliterende rol te hebben gehad, nu meer gaan bezighouden met principes als kostenbesparing en efficiëntie. Dat betekent dus ook dat de werkprocessen van de professionals op deze twee principes moeten worden gecontroleerd. Voor de manager van de publieke organisatie is dit een moeilijke taak omdat de nieuwe principes vanuit het bedrijfsleven niet passen binnen de ideologie van de professionals.

In dit hoofdstuk wordt een definiëring van de manager (2.1) en de professional (2.2) uiteengezet. De derde paragraaf betreft de verhouding tussen de professional en de manager (2.3) en het hoofdstuk wordt afgesloten met twee empirische onderzoeksvragen (2.4).

### 2.1 De manager

Het beroep van de manager is ontstaan vanuit de noodzaak van coördinatie in de steeds groter groeiende private bedrijven aan het begin van de twintigste eeuw. Deze grote bedrijven kwamen tot stand door de steeds verdere arbeidsdeling en technologische ontwikkelingen. De afzetmarkten werden groter als gevolg van de stijgende arbeidsproductiviteit. Wanneer de bedrijven boven een bepaalde schaalgrootte uitgroeiden, verloren de eigenaren cumulatief de controle. De efficiëntie nam hierdoor af. Dit terwijl efficiëntie juist een noodzaak werd omdat met de vergroting van de

---

<sup>15</sup> [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

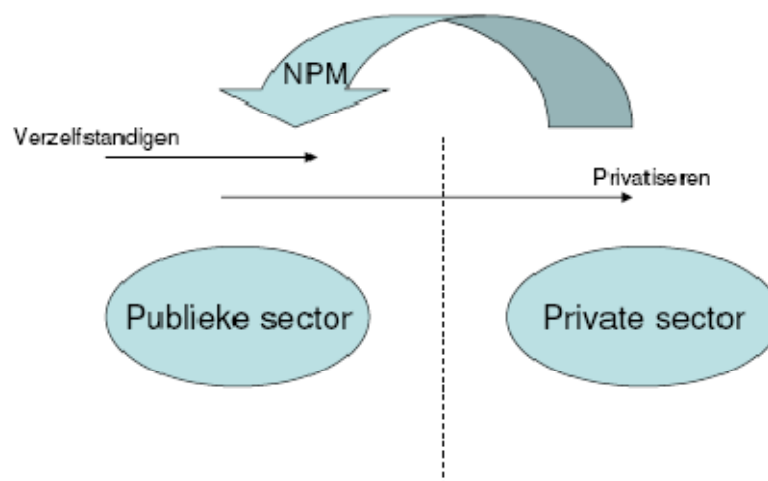
afzetmarkten ook de concurrentie tussen bedrijven toenam. Om te kunnen overleven als bedrijf werden managers aangetrokken. Zij moesten de interne processen zo coördineren dat efficiënt produceren centraal kwam te staan.

Door de steeds verdere verzelfstandiging van het beroep van de manager in de loop van de tijd ontstond er binnen de bedrijven een scheiding tussen het eigendom en het beheer. De eigenaar bezit de organisatie en de manager stuurt en beheerst de werkprocessen en werknemers. De manager stuurt met het idee dat de organisatie van bovenaf maakbaar is (Lammers 2000).

### *Management in de gezondheidszorg*

Zoals in hoofdstuk 1 is beschreven, was de overheid rond de jaren tachtig genoodzaakt een vraaggestuurde aanpak te introduceren in de publieke sector (waaronder ook de gezondheidszorg). De staat stuurde niet meer zelf alles aan, maar decentraliseerde een deel van haar taken naar de publieke organisaties. Dit beleid gaat gepaard met twee verschillende bewegingen richting het private domein: ten eerste privatisering en ten tweede verzelfstandiging (Noordegraaf 2006). Privatiseren is het op de private markt plaatsen van een publieke organisatie zodat er onder de invloed van marktwerking een goede prijs-kwaliteitverhouding van de producten kan ontstaan. Verzelfstandiging is het terugtreden van de overheid uit, of het afstoten van taken door de overheid aan, een organisatie binnen het publieke domein om redenen van efficiëntie, effectiviteit en transparantie.<sup>16</sup> De twee bewegingen richting het private domein staan weergegeven in de onderstaande figuur.

*Figuur 2.1 De twee bewegingen richting het private domein*



Bron: bewerkte figuur uit Noordegraaf 2006, p.86

In de gezondheidszorg is er sprake van verzelfstandiging. Er is geen sprake van volledige marktwerking, maar van gereguleerde marktwerking. Verzelfstandiging vindt volgens

<sup>16</sup> [www.bestuurskunde.nl](http://www.bestuurskunde.nl)



Noordegraaf (2006) plaats wanneer privatisering stuit op grenzen van de overheid. Zo stelt de overheid met de Zorgverzekeringswet, om het publieke belang te borgen in de zorgsector, enkele randvoorwaarden zoals de eerder genoemde acceptatieplicht en zorgplicht.

Onder de naam New Public Management (NPM) werden er werkwijzen vanuit de private sector overgenomen door onder andere de managers in de professionele zorgorganisaties. Principes vanuit het bedrijfsleven werden geïntroduceerd omdat de stijgende kosten beheerst moesten worden. Het is moeilijk een duidelijke definitie te geven van New Public Management. De samenhangende gedachte is volgens Willem Trommel (2006, p.144) dat de klassieke, bureaucratische manier van organiseren en sturen en de ondoelmatige inputfinanciering niet meer voldoet. Deze ondoelmatige inputfinanciering herkennen we bij de FB-systematiek, het systeem dat vooraf ging aan de DBC-systematiek.

Ondanks de moeilijkheid tracht Noordegraaf (2004, p.86) toch New Public Management te definiëren:

*'New Public Management is een verzameling van inzichten, modellen en praktijken die er op gericht zijn resultaatgerichtheid, coördinatie en efficiëntie te implementeren in het publieke domein.'*

De klassieke overheidsbureaucratieën met hun ondoelmatige inputfinancieringen moeten daardoor omgevormd worden tot een prestatiegericht stelsel. De principes van de manager in de zorg (resultaatgerichtheid, coördinatie en efficiëntie) krijgen een impuls door de selectieve contractering en de interne financiering op basis van DBC's.

#### *Definiëring*

Managen is een hiërarchische manier van beheersen van een organisatie en de mensen daarbinnen. Een manager stuurt mensen in de organisatie aan om werk gedaan te krijgen. De meest gebruikte definitie van managen is volgens Noordegraaf (2004): *'getting things done through others'* en het beïnvloeden van *'the cooperative effort'*. Hierbij legt hij de nadruk op het coördinatievermogen van de manager.

Naast coördinatie geeft Van der Veen (2007) nog twee belangrijke waarden binnen het managementdenken: rationaliteit en efficiëntie. De managers gebruiken rationele principes zoals berekendheid en handelen vanuit het nut voor de organisatie. Bij rationeel handelen gaat het om resultaatgerichtheid. Doelen, middelen en neveneffecten van die middelen worden weloverwogen gekozen (Lammers 2000, p.30). Ze hebben een doel voor ogen en kiezen het efficiëntste middel om tot dat doel te komen. Efficiëntie heeft betrekking op het omgaan met middelen. Wanneer de efficiëntie groot is, blijven de kosten relatief laag; *'efficiëntie is kosteneffectief werken'*. Voor efficiëntie in de organisatie is in theorie sturing nodig. Om efficiëntie te bewerkstelligen moet er richting

kunnen worden gegeven aan de resultaten (Van der Veen, 2005). Voor deze scriptie worden managers ideaaltypisch bekeken vanuit hun efficiëntiestreven en de (hiërarchische) sturing die zij daarvoor gebruiken.

## 2.2 De Professional

Al vroeg genoten de medische professionals een belangrijke maatschappelijke status vanwege de maatschappelijke belangenbehartiging waar zij zich al lange tijd mee bezig houden. Ze zorgen voor de gezondheid van de samenleving. Volgens Mok hangt statusdifferentiatie in de maatschappij af van het verschil in waardering van beroepen (1973). Professions zijn beroepen die hooggewaardeerd worden. Volgens de Durkheim waren professions tijdens de industrialisering nodig om de problemen van de samenleving op te lossen. De professionals zag hij als de dragers van de organische solidariteit (Muller 1994, p. 82). In de moderne samenleving krijgt status een andere betekenis. De status verkregen bij de geboorte werd steeds meer vervangen door status verkregen door prestaties en talenten (Muller, p.80). Omdat professionals beschikken over een grote '*body of knowledge*' blijft hun status ook in de moderne samenleving van hoog niveau.

In de tweede helft van de negentiende eeuw ontwikkelde de geneeskunde zich tot een wetenschap in positivistische zin. Deze verwetenschappelijking ging gepaard met een paternalistische beroepsethiek. Vanaf 1900 groeide het aanzien van artsen.<sup>17</sup> De arts wist het beste wat goed was voor de patiënt. Kennis en kunde waren de drijfveren van de professional, niet zijn eigen persoonlijke gewin of omzet. In ruil voor deze toegepaste kennis en kunde ontvingen professionals maatschappelijk aanzien en handelingsvrijheid (Trommel, W. 2006, p.137).

De groei in het aanzien van de arts kreeg een impuls na 1965. De ontzuiling zorgde er namelijk voor dat de professional een machtigere positie kreeg. De goede onderlinge samenwerking in de gezondheidszorg ging door de verzuiling gedeeltelijk verloren. Wanneer de binding met de confessionele achterban niet bepalend meer was, werd er meer belang gehecht aan de professionele identiteit (Grinten en Kasdorp 1999, p.12). Tegelijk kwamen professionele regimes op die de spelregels gingen bepalen in de gezondheidszorg. Volgens Talcott Parsons kan professionalisme als functionele specialisering geplaatst worden tegenover de afnemende vermogens van de staat en kapitaal (Van der Veen 2007, p.2).

Burgers vertrouwden op het professionalisme van de arts. Volgens Anthony Giddens (1990) is vertrouwen het middel om om te gaan met de vrijheid van anderen in termen van een tekort aan volledige informatie/kennis. De burger had immers geen kennis over medisch inhoudelijke zaken. Ideologie en religie maakten plaats voor wetenschappelijke kennis als basis voor vertrouwen. Het vertrouwen van de patiënt in het werk van de arts

---

<sup>17</sup> [www.filosofie.science.ru.nl](http://www.filosofie.science.ru.nl)

is voorwaardelijk voor zijn positie en zijn functioneren daarbinnen (Van der Veen 2007). Het verschaft hem een machtige positie.

#### *Drie manieren om professionals te definiëren*

Aakster en Groothof (2003) onderscheiden drie definiëringprocessen van professies: de functionele benadering, de kenmerkenbenadering en de machtsbenadering.

In de *functionele benadering* worden professies gedefinieerd naar hun functie in de samenleving. De professionals hebben een maatschappelijke functie. Zoals eerder in deze paragraaf genoemd was Durkheim van mening dat professionals nodig waren om de problemen van de samenleving op te lossen. Daarmee past deze socioloog goed binnen de functionele benadering. In een functioneel model hebben de arts en de patiënt rechten en plichten. De arts moet zonder aanzien des persoon medische hulp geven en de patiënt moet zich onderwerpen aan het medische regime. In de relatie arts - patiënt is de arts deskundig en neutraal en de patiënt ondeskundig en hulpbehoevend. De functionele benadering biedt inzicht in het maatschappelijke belang van professies. De kritiek op dit definiëringproces van de professional is dat het tekort doet aan het streven van professionals om macht en inkomen te verwerven en soms uit eigen belang te handelen (Aakster en Groothoff 2003, p.87).

In de *kenmerkenbenadering* worden professies gedefinieerd naar een aantal ideaaltypische kenmerken. Elliott Freidson komt in 2001 in zijn boek *'Professionalism, the third logic'* tot een ideaaltype van de professional. Freidsons ideaaltype kent vijf kenmerken:

1. *Professionele kennis en vaardigheden*: de professional kan gespecialiseerd werk doen door de vakinhoudelijke kennis die hij bezit.
2. *Arbeidsdeling*: professionals genieten de exclusieve rechtsbevoegdheid betreffende het oordeel over de handelingen van leden van de beroepsgroep. Ze verdelen het werk onderling en bepalen de kwaliteit ervan.
3. *Arbeidsmarkt*: professionals hebben een beschermd positie op de arbeidsmarkt doordat de beroepsgroep zelf de eisen tot toetreding creëert.
4. *Opleidingsprogramma*: professionals hebben een eigen opleidingsprogramma buiten de arbeidsmarkt.
5. *Ideologie*: de professional is betrokken bij zijn werk en wil dat werk zo goed mogelijk uitvoeren, zonder aanzien des persoon. Goed werk zal hij altijd boven economisch nut, efficiëntie of persoonlijk gewin stellen.

De professional kan gespecialiseerd werk doen door de kennis die hij bezit. Dit verschaft hem discretionaire ruimte waardoor hij zijn manier van werken kan bepalen en zijn eigen beslissingen kan nemen. Het privilege dat hij toegekend krijgt om zijn eigen werk te controleren onderscheid hem van andere beroepen. Deze autonomie is een vorm van monopolistische controle en is volgens Freidson essentieel voor het ideaaltype van de

professional. Volgens Mok (1973) is het moeilijk een definitie te geven van een professie. Een ideaaltype wordt vaker gemaakt, maar een exacte graad van professionalisering wordt zelden of nooit bepaald. Sommige beroepen bezitten maar een deel van de kenmerken. Zijn het dan semiprofessionals of halve professionals? Met de helft van de kenmerken en de helft van de status en beloning? En zijn zij dan op weg van wording van 'een hele' professional? Processen van deprofessionalisering kunnen ook plaatsvinden; kenmerken kunnen ook verloren gaan. Professionals heb je dus in allerlei soorten.

Ook Freidson vindt het lastig een eenduidige definitie te geven van een professional. Hij doet echter wel een veronderstelling: als er iets professie genoemd mag worden dan is het de medische professional (1981, p.20). In zijn boek *'De medische professie. Een studie van de sociologie van toegepaste kennis'* (1981) hield hij zich vooral bezig met de medische professional. De geneeskunde past volgens Freidson het beste bij het begrip professie. Tevens zijn alle kenmerken uit zijn ideaaltype (2001) van toepassing op de medische professional.

*'De medische professional is daardoor het prototype geworden, waar beroepen die een bevoorrechte status nastreven, zich tegenwoordig aan spiegelen.'* (Freidson 1981, p.14)

De derde benadering is de *machtsbenadering*. De nadruk ligt hierbij op de dominantie en de macht van de professional. De professionals worden hierbij gedefinieerd naar de hoeveelheid macht en autonomie. Macht kan volgens Weber gedefinieerd worden als:

*'De waarschijnlijkheid dat een actor binnen een sociale relatie in de positie verkeert zijn eigen wil door te zetten, ondanks de weerstand'. Macht die gelegitimeerd wordt geacht is gezag; de waarschijnlijkheid dat een bevel zal worden opgevolgd door een bepaalde groep van personen.'* (De Jong 1999, p.128)

De medische professional heeft veel macht op de werkvloer. Een voorbeeld hiervan wordt gegeven door Aakster en Groothoff (2003, p. 89):

*'Zo is de medische professie, beter dan andere beroepen, er in geslaagd veel routinewerk af te stoten naar de verpleging.'* (Aakster en Groothoff 2003, p.88)

De nadruk bij deze benadering ligt vooral op de 'hele' professies (de meest hoge beroepen) en niet op de semi-professionals. Beroepen die de strijd zijn aangegaan en niet tot professies zijn verheven hebben het machtsspel al verloren. Andrew Abbott kan getypeerd worden als aanhanger van de machtsbenadering en geeft in zijn boek *'The System of Professions'* (1988) aan dat het professionaliseringsproces gaat om competitie tussen beroepsgroepen die verschillen in hoeveelheid macht. De professies strijden met elkaar om *'jurisdiction'* (zeggenschap). Zeggenschap betekent het recht hebben om over iets te beslissen. De professionals hebben veel zeggenschap omdat zij de bevoegdheid

hebben zichzelf wetten en regels te geven. Deze autonomie is kenmerkend voor de professional, zij regelt zichzelf. Er zijn drie soorten autonomie: economische autonomie, politieke autonomie en klinische autonomie (Hulst en Schepers 1999). Economische autonomie is het recht om het honorarium zelf te bepalen en de politieke autonomie is het recht om bepaalde beleidsbeslissingen te nemen op het terrein waar de professional deskundig is. De klinische autonomie van de professional is de vrijheid in de keuze tot een bepaalde diagnose en behandeling naast het regelen van de toegang tot de beroepsgroep. Volgens Freidson is klinische autonomie de belangrijkste, de andere twee komen hier uit voort (Freidson 2001, p. 32).

Door de grote mate van zelfregulering en zelfbepaling van de beroepsgroep van professies kan, in tegenstelling tot andere minder hechte beroepen, het eigen belang ideologisch vervuld worden (Mok 1973, p.20).

*'De professie is een beroep dat een dominante positie in een arbeidsdeling heeft verworven, zodat zij de inhoud van haar werkzaamheden kan bepalen.'* (Freidson 1981,p.13)

In het onderstaande schema staan de drie benaderingen nogmaals overzichtelijk weergegeven.

*Tabel 2.1 Drie benaderingen ter definiëring van de professional*

<i>Benadering:</i>	<i>Gericht op:</i>	<i>Blinde vlek:</i>
<i>functionele benadering</i>	<i>de maatschappelijke functie van de professional</i>	<i>het eigen belang van de professional</i>
<i>kenmerkenbenadering</i>	<i>ideaaltypische kenmerken van de professional</i>	<i>de professionaliseringsgraad van de professional</i>
<i>machtsbenadering</i>	<i>autonomie en machtsstrijd van de professional</i>	<i>de semiprofessional</i>

Voor deze scriptie worden de professionals bekeken vanuit de machtsbenadering omdat deze benadering oog heeft voor onderlinge verhoudingen. Dit in tegenstelling tot de functionele benadering en de kenmerkenbenadering, die hoofdzakelijk betrekking hebben op de professionals zelf. Vanuit de machtsbenadering worden professies niet los van elkaar bekeken, maar juist in relatie met elkaar. Er is een voortdurende strijd tussen beroepsgroepen om de zeggenschap op verschillende werkterreinen en een gevecht voor het behoud van de autonomie, waardoor onderlinge verhoudingen kunnen veranderen (Abbott 1988). Zo kan de onderlinge verhouding tussen de manager en de professional ook in dit licht worden gezien.

### 2.3 De verhouding

Na de bestudering van de theorieën over de managers en de professionals kan geconcludeerd worden dat er duidelijke verschillen zijn tussen de twee. De verschillen op cognitief vlak bijvoorbeeld (Exworthy en Halford 2002, p. 14): professionals zijn ideaaltypisch voor hun positie afhankelijk van culturele aspecten (kennis) en managers zijn ideaaltypisch afhankelijk van organisationele aspecten (hiërarchie). In schema 2.2 staan de ideaaltypische kenmerken van de manager en de professional naast elkaar weergegeven.

Uitgaande van deze ideaaltyperingen van de manager en de professional moeten voor de controle (van de manager op de professional) inhoudelijke competenties afgebakend worden en regulerende kaders worden gevormd waarbinnen de professionals moeten werken (Noordegraaf 2006, p.156). De professional is echter moeilijk stuurbaar omdat zijn referentiepunt buiten de organisatie ligt, namelijk bij de beroepsgroep. Managers proberen manieren te vinden om de werkprocessen van de professional en de output te kunnen controleren. Hierdoor staat het klassieke idee van professionalisme zoals gedefinieerd door Freidson onder druk.

Tabel 2.2 ideaaltypisch onderscheid

	<i>Manager</i>	<i>Professional</i>
<i>legitimiteit</i>	<i>hiërarchische autoriteit</i>	<i>expertise</i>
<i>doelen</i>	<i>efficiëntie in termen van winstmaximalisatie</i>	<i>efficiëntie in termen van technische deskundigheid</i>
<i>basis van controle</i>	<i>regels en volgzzaamheid</i>	<i>vertrouwen en afhankelijkheid</i>
<i>referentie</i>	<i>bureaucratische superieuren</i>	<i>professionele gelijken</i>
<i>regulering</i>	<i>hiërarchisch</i>	<i>collegiaal of zelfregulering</i>

Bron: bewerkte tabel uit Exworthy en Halford 2002

Naast het ideaaltype van de professional beschrijft Freidson (2001) nog twee ideaaltypen, namelijk de bureaucratie en de markt.<sup>18</sup> Er vindt volgens Freidson een ontwikkeling plaats waarin de bureaucratie en de markt gaan overheersen over het professionalisme en het zelfs steeds verder weg drukken. Aan de macht die voortvloeit uit de expertise en kennis van de professional wordt steeds meer getwijfeld. De burger wordt steeds meer zelfredzaam en is zelf steeds meer verantwoordelijk voor de keuze van de zorg. Dit zet een vorm van deprofessionalisering in. Doordat het publiek beter geïnformeerd is, neemt het kennismonopolie van de professionals af (Aakster en Groothoff 2003, p.92). Het onvoorwaardelijke vertrouwen van de burger in de

<sup>18</sup> Daarbij geeft hij aan dat de realiteit een mix zal zijn van de drie ideaaltypen. Het managerialisme behoort binnen de logica van de bureaucratie en het consumentarisme (en het mondiger worden van de burger) past binnen de logica van de vrije markt (Tonkens 2003).

professional vermindert. Om goede keuzes te kunnen maken op de markt is transparantie van het werk van de arts een voorwaarde.

## 2.4 Onderzoeksvragen

Voor deze scriptie is het belangrijk om de veranderingen ten gevolge van het DBC-systeem in de werkprocessen van de manager en de professional in kaart te brengen omdat de probleemstelling een ontwikkeling betreft. In theoretisch opzicht moeten de werkprocessen van de professional en de manager ten tijde van de FB-systematiek vergeleken worden met de werkprocessen van de professional en de manager ten tijde van de DBC-systematiek. Daarbij moeten concreet de vragen worden gesteld: *‘Wie doet wat? Wanneer? En waarom?’* Op deze werkprocessen wordt nader ingegaan in hoofdstuk vijf.

De veranderende werkprocessen van de professional en de manager door de invoering van het DBC-systeem hebben gevolgen voor hun onderlinge verhouding. Van der Veen (2007, p.16) geeft aan dat professionals in de jaren '80 in hoge mate geïsoleerd van elkaar werkten. Er was bijna geen sprake van reflectie en verantwoording afleggen voor het werk. Ook was men niet gericht op resultaten. DBC's zullen ervoor zorgen dat het werk van de professional zichtbaarder wordt. Managers kunnen zien wat voor werk de arts doet, hoeveel en de kosten die daar aan verbonden zijn. Volgens Abbott (1988) kunnen ontwikkelingen in de externe omgeving grote gevolgen hebben voor de relatie tussen professies. De Zorgverzekeringswet en het DBC-systeem zijn twee externe ontwikkelingen en hebben nieuwe mogelijkheden gecreëerd in de zorgsector voor een professie: de managers. Door de selectieve contractering en de daaruit vloeiende concurrentie in de zorg, is er een groeiende behoefte aan financiële experts. In de nieuwe situatie zal de professional proberen zijn autonomie te behouden en de manager proberen te sturen om een efficiënte organisatie na te streven. De 'onafhankelijkheidsstrategieën', waarbij de professionals zelfregulering en zelfbepaling toepassen om speelruimte te verkrijgen of te behouden bij hun werk om de organisatie op hun eigen manier te vormen, proberen de managers door middel van 'beheersingsstrategieën' te elimineren of in ieder geval binnen bepaalde grenzen te houden (Lammers 2000, p.337). De eerste empirische onderzoeksvraag luidt dan ook:

*2A: ‘Wat zijn de gevolgen van de veranderende werkprocessen (ten gevolge van het DBC-systeem in de context van de Zorgverzekeringswet) voor de autonomie van de professional en voor het efficiëntiestreven van de manager?’*

Wanneer de manager één DBC van verschillende patiënten bekijkt dan kan hij komen tot een gemiddeld zorgprofiel betreffende de kwaliteit, prijs en tijd van de specifieke zorgvraag. Zo kan hij de professionals die boven dit gemiddelde zitten met het aantal activiteiten, zo nodig bijsturen. Door het betere inzicht in de werkprocessen kunnen eerder gemaakte afspraken door de beroepsgroepen en professionele grenzen worden

getoetst, waardoor de macht van de professionals afneemt (RVZ, 2003). De dominantie van het management op het gebied van kostenbeheersing en daarbij de gedachte de concurrentie met de zorgorganisatie voor te blijven, kan professionele autonomie ondermijnen (Van der Veen 2005). Echter, de officiële verantwoordelijkheidsverdeling tussen de manager en de professional kan in de praktijk geheel anders uitpakken. Abbott (1988) geeft aan dat op de werkvloer nog veel wordt onderhandeld over de eindverantwoordelijkheid op verschillende terreinen. Is er wel sprake van een te grote controle en inperking van de autonomie van professionals? Uit het artikel *'Naar een discursief professionalisme. De rol van professionals in een veranderende verzorgingsstaat'* van Van der Veen (2007) komt naar voren dat er niet altijd sprake is van een opmars van managers en dat professionals nog steeds een grote 'hindermacht' hebben. Managers moeten richting kunnen geven aan de resultaten om goed te kunnen onderhandelen (Van der Veen, 2005, p.32). Doordat professionals niet altijd handelen vanuit een economisch denken, zal kostenbeheersing moeilijker zijn. Deze botsende belangen kunnen de beoogde resultaten (kostenbeheersing, handhaving van kwaliteit en minder centrale sturing) van de Zorgverzekeringswet in de weg zitten.

Volgens Hutschemaekers (Duyvendak, Knijn & Kremer, p.31) zouden de professionals de protocollen en richtlijnen vanuit de managers moeten zien als middelen en instrumenten om goede zorg te verlenen en niet alleen als managementinstrumenten. Niet alleen de manager, maar ook de professional krijgt meer inzicht in de bedrijfsvoering. Vanuit de ideologie van de professional zou hij dit gegeven, door middel van zelfsturing, moeten gebruiken om de zorg zo goed mogelijk te maken. Zelfsturing verschilt in deze scriptie van autonomie. Autonomie betreft het recht om zelf beslissingen te nemen en zelfregulering. De beslissingen betreffen beleidsbeslissingen op het gebied van de deskundigheid van de professional. Zelfregulering betreft het kunnen herroepen van regels en besluiten en het onafhankelijk (met vrijheid en bevoegdheid) kunnen handelen binnen de vastgestelde regels en normen van de beroepsgroep. Daarentegen, bij zelfsturing kiest de professional uit rationele overwegingen zijn eigen koers, rekening houdend met winst en verlies van de gedane zorgproductie. Zelfsturing wordt in deze scriptie gedefinieerd als het overnemen van managementtaken door de praktiserende professional en het sturen op efficiëntie ten aanzien van het eigen werkproces en/of dat van collega-professionals. De tweede empirische onderzoeksvraag luidt dan ook:

*2B: 'Wat zijn de gevolgen van de veranderende werkprocessen (ten gevolge van het DBC-systeem in de context van de Zorgverzekeringswet) voor de sturing van de manager en voor de zelfsturing van de professional?'*

In het volgende hoofdstuk wordt nader ingegaan op de logica van de professionele zorgorganisatie.



## Hoofdstuk 3: De logica van de professionele zorgorganisatie

De professionele zorgorganisatie is ontstaan met de opkomst van de verzorgingsstaat. De overgang van private dienstverlening naar publieke dienstverlening werd ingezet (Hasenfeld, 1983, p.7). Bepaalde zorgtaken vonden niet meer binnen gezinnen plaats en moesten verricht worden door organisaties. De overheid zorgde voor een universele rechtmatigheid voor bepaalde diensten in de samenleving. Dit betrof echter complexe materie waardoor er in deze organisaties behoefte was aan hoogopgeleiden, de professionals. Vanaf die tijd werken professionals met een wettelijk mandaat om te zorgen voor het welzijn van burgers.

In dit hoofdstuk wordt de logica van de professionele zorgorganisatie verder uitgediept. In de eerste paragraaf wordt de puur professionele organisatie beschreven (3.1). Dit betreft de professionele organisatie zonder de 'grote' intrede/opkomst van de managers. De werking van de puur professionele organisatie wordt aan de hand van de theorieën over de '*Professionele Bureaucratie*' van Mintzberg en de '*Human Service Organization*' van Hasenfeld uitgelegd. In de tweede paragraaf wordt de overgang beschreven van de puur professionele organisatie naar de integratie van de zorgmanager in de professionele organisatie (3.2). In de derde paragraaf worden het partijenmodel en het systeemmodel van Lammers beschreven (3.3). Daarna wordt de vermenging van de rollen van de professional en de manager en de toekomst van het professionalisme besproken in paragraaf 3.4. Ten slotte wordt het hoofdstuk beëindigd met een conclusie; de vijf hypothesen worden geformuleerd.

### 3.1 De puur professionele zorgorganisatie

Vóór de introductie van de nieuwe managementprincipes in de zorgsector (zoals besproken in paragraaf 2.1) waren de managers dienstbaar aan de professional. De zorgorganisatie kon toen nog ideaaltypisch beschreven worden als de '*Professionele Bureaucratie*' van Mintzberg (Jacques en Scholten 2007). Management in de zorg kon tot de late jaren tachtig gezien worden als een praktijk van diplomatie. Managers hadden kleine invloed over professionals en waren gericht op de eisen binnen de organisatie en niet zo zeer gericht op verandering (Exworthy en Halford 2002, p. 52).

#### *Professionele Bureaucratie van Mintzberg*

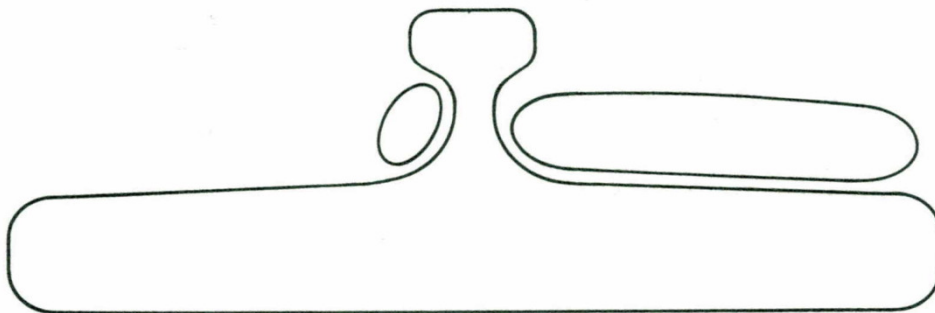
De professionele bureaucratie van Mintzberg is zowel horizontaal als verticaal sterk gedecentraliseerd. Het belangrijkste onderdeel van de professionele bureaucratie is volgens Mintzberg (2001) de uitvoerende kern. Het middenkader en de technestructuur zijn niet ver ontwikkeld omdat de behoefte aan planning en regulering van het werk van

de professional klein is.<sup>19</sup> Nog een belangrijk onderdeel van de professionele bureaucratie is de ondersteunende dienst. Die dienst houdt zich bezig met concrete, zeer specifieke taken ten dienste aan de uitvoerende kern; de professionals. Ze neemt de simpelere, gereguleerde routineklussen over van de professional (Mintzberg 2001, p. 204).

*'De professionele organisatie heeft een platte structuur met een dun middenkader, een piepkleine technostructuur en volledig ontwikkelde ondersteunende diensten.'* (Mintzberg 2001, p.205)

In figuur 3.1 wordt de platte structuur van de professionele bureaucratie weergegeven.

*Figuur 3.1 De professionele bureaucratie*



Bron: Mintzberg 2001, p.205

De coördinatie binnen de professionele bureaucratie vindt plaats doordat de vaardigheden en kennis zijn gestandaardiseerd als het soort training dat vereist is voor de uitvoering van het werk. Echter, hoe gestandaardiseerd de vaardigheden ook zijn, er blijft altijd plaats voor de professional om ze naar eigen inzicht te gebruiken. Omdat het werk dat de professionals doen erg complex is, moeten ze zelf rechtstreekse zeggenschap hebben (Mintzberg 2001, p. 199).

Om goed te functioneren is de organisatie afhankelijk van de vaardigheden en kennis van de professional. Dit in tegenstelling tot de professional, die relatief onafhankelijk is van de rest van de organisatie. De professional is *wel* afhankelijk van de onafhankelijke beroepsgroep buiten de structuur van de professionele bureaucratie. Binnen deze beroepsgroep worden de normen bepaald die de voorwaarden vormen voor de standaardisatie van vaardigheden (Mintzberg 2001, p.201).

---

<sup>19</sup> De technostructuur wordt gevormd door controle-analysten, die de taak hebben bepaalde vormen van standaardisatie in de organisatie tot stand te brengen. Hierbij kan gedacht worden aan kwaliteitscontroles of het aanstellen van trainers (Mintzberg 2001, p.17).

### *Human Service Organization van Hasenfeld*

Een ziekenhuis kan volgens Hasenfeld, getypeerd worden als een *'Human Service Organization'*. De human service organization onderscheidt zich op twee vlakken van andere organisaties (Hasenfeld 1974). Ten eerste bestaat de input en output van de organisatie uit mensen en ten tweede wordt er een dienst verleend binnen de organisatie die gericht is op het verbeteren van het welzijn en het functioneren van mensen. De effecten van het verbeteren van het welzijn binnen professionele organisaties zijn volgens Hasenfeld onduidelijk. Dit heeft te maken met twee kenmerken van een publieke dienstverlenende organisatie:

1. De doelstellingen binnen de organisatie zijn vaak vaag, dubbelzinnig en problematisch. De organisaties opereren in een turbulente omgeving waarin belangengroepen hun eigen doelen nastreven. Ook zijn er geen duidelijke richtlijnen over hoe het beste het welzijn van burgers kan worden bereikt.
2. Publieke dienstverlenende organisaties gebruiken vaak werkmethoden die controversieel zijn. Professionals hebben een afgezonderde plek in de organisatie. De prestaties van de professionals kunnen niet goed gemeten of geobserveerd worden (Hasenfeld in de reader van *Organisatie en Beleid 2006/2007*, p.11). Buitenstaanders hebben daarom geen goed zicht op de effectiviteit en efficiëntie.

Het grote probleem binnen de puur professionele organisatie is volgens Mintzberg en Hasenfeld dat er bijna geen controle is op het werk van de professional. Omdat de controle wordt uitgevoerd door de professionals zelf, kunnen bepaalde faalfactoren door hen zelf door de vingers worden gezien (Mintzberg 2001, p.217).

### **3.2 De integratie van de manager**

In de klassieke zorgorganisatie, zoals omschreven door Mintzberg, staan de professional en zijn patiënt centraal. Andere elementen van de organisatie, zoals de ondersteunende diensten, worden aangestuurd door de professional. Deze centrale positie van professional en patiënt beschrijft de werkelijkheid van organisaties in de zorg echter niet meer (Jacques en Scholten 2007, p.162). Bij de verlening van zorg komt de manager als interveniërende kracht erbij. Hij opereert tussen de patiënt die verwachtingen heeft van de zorg en de professionals die de zorg produceren. De manager moet nu onder invloed van de Zorgverzekeringswet en het DBC-systeem de zorgorganisatie beter beheersbaar en efficiënt maken.

*'De opdracht aan het zorgmanagement ligt in het integreren van het organisatiebeleid, de professionele waarden en werkwijzen en de bedrijfsmatige mogelijkheden en beperkingen.'* (Jacques en Scholten 2007, p. 163).

Het streven naar de controle van prestaties van de professionals in de professionele organisaties bewerkstelligde de komst van de managers in de zorg in de jaren tachtig. De managers moesten niet langer dienstbaar zijn aan de professional, maar aan de organisatie (Jacques en Scholten, 2007). Vanuit het managerialisme worden steeds meer controles uitgevoerd op het werk van de professional. Wanneer de zorgsector nu met de Zorgverzekeringswet steeds meer gaat verzelfstandigen en een door private organisaties beïnvloede aanpak gaat hanteren, worden principes als winst en efficiëntie extra belangrijk.

#### *Medebeheersing van professionals*

Exworthy en Halford beschrijven in hun boek: *'Professionals and the New Managerialism in the Public Sector'* dat de professionele privileges in de gezondheidszorg sterk beschermd worden door de staat. Ze hebben het recht te praktiseren. Dokters blijken effectief in het beschermen van hun territorium en autoriteit ten opzichte van de managers. Dit staat in contrast met de semi-professionals in het sociale werk (welzijnswerk): de professional heeft daar nooit dezelfde mate van autonomie en status gehad. Het professionalisme kon daar grondiger afgebroken worden door het management. Belangrijk is om hierbij op te merken dat de professionals in de gezondheidszorg hun positie dus beter kunnen behouden ook al is de marktwerking in de gezondheidszorg met de Zorgverzekeringswet en het DBC-systeem verder ingetreden dan in het sociale werk (Exworthy en Halford 2002, p.122).<sup>20</sup>

De professionele organisatie wordt nog steeds gekenmerkt door een sterke medebeheersing van de professionals. De grote mate van autonomie zorgt voor moeilijkheden voor extern toezicht en controle. Professionele bureaucratieën worden volgens Mintzberg ook wel collegiale organisaties genoemd. Sommige professionals schetsen de organisatiestructuur van hun organisatie nog steeds als die van een omgekeerde piramide. De professionals bevinden zich dan bovenin de hiërarchie en de bestuurders onderin. De bestuurders zijn dan dienstig aan de professional (Mintzberg 2001, p.208). De verantwoordelijkheid voor het primaire proces ligt op de werkvloer en niet zoals bij industriële organisaties bij de top (Boot en Klinkert, 1994, p.4).

Binnen de industriële organisatie is er sprake van een monocratisch model. Er is één gezagslijn die gedelegeerd en gedifferentieerd wordt naar taak (Freidson 1981, p.115). De verantwoordingslijn is duidelijk. Iedereen is verantwoording schuldig aan enkele dezelfde bestuurders. Bovenaan in de hiërarchie staat één bestuurder van de totale organisatie. Voor het autonome werk van de professional kan deze organisatievorm niet opgaan. Ziekenhuizen hebben volgens de econoom Smith twee gezagslijnen in plaats van één. Er is een bestuurlijke en een medische gezagslijn (Freidson 1981, p.115).

---

<sup>20</sup> Exworthy en Halford duiden met 'social work' op *an expertise to resolve expensive and recurring social problems through casework methods undertaken by skilled social workers* (p.38). Hiermee wordt duidelijk dat Exworthy en Halford bijvoorbeeld maatschappelijk werkers bedoelen.

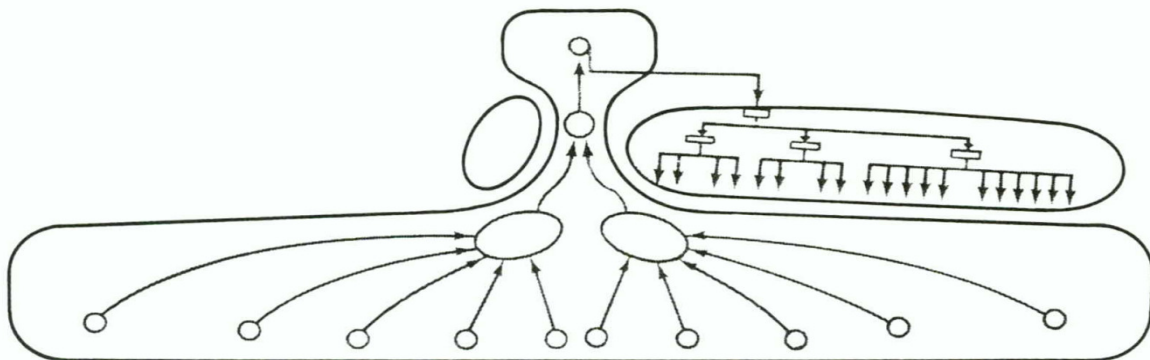
*'Het functioneren van ziekenhuizen kan gezien worden als verdeeld en onderbroken, met een duidelijk eenlijnige autoriteit missend.'* (Freidson 1981, p.116)

De medische professional heeft invloed op delen in de organisatie waar hij formeel geen zeggenschap over heeft. De professional kan bevelen geven aan ander personeel ook al heeft hij geen vastgelegde hogere positie. De eisen van de medische professional worden meestal gerechtvaardigd door te wijzen naar het welzijn van de patiënt (Freidson 1981, p.115). Ook trachten professionals collectieve vrijheid van handelen te verkrijgen over de administratieve processen die hen aangaan, bijvoorbeeld beslissingen om collega's aan te nemen en om hulpbronnen te verdelen (Mintzberg 2001, p.207). Om deze zeggenschap toch te verkrijgen, dringen professionals door tot in het middenkader en de top van de organisatie en nemen daar zelf ook functies aan. Tegelijkertijd worden de ondersteunende diensten, zoals het operationeel management of de keuken in een ziekenhuis, via de bestuurlijke gezagslijn geïnstrueerd. Mintzberg (2001, p.208) definieert dit als:

*'Machinebureaucratische constellaties binnen de professionele bureaucratie.'*<sup>21</sup>

De professionele gezagslijn is democratisch en bottom up; de tweede voor de ondersteunende diensten is een topdown machinebureaucratie (Mintzberg 2001). In de onderstaande figuur staan de parallelle hiërarchieën in de professionele organisatie volgens Mintzberg weergegeven.

*Figuur 3.2 De parallelle hiërarchieën in de professionele organisatie*



Bron: Mintzberg 2001, p.209

<sup>21</sup> Een machinebureaucratische constellatie wordt gekenmerkt door sterk gespecialiseerde routinewerkzaamheden, sterk geformuleerde procedures in de uitvoerende kern, een overvloed van regels, voorschriften en geformaliseerde communicatie, grootschalige eenheden op productniveau, groepering van taken op functionele basis, relatief gecentraliseerde beslissingsbevoegdheden en een uitgebreide bestuurlijke structuur met een sterk onderscheid tussen lijn en staf (Mintzberg, 2001, p.172-173).

### 3.3 Strijdige belangen binnen de professionele organisatie

De parallelle hiërarchieën binnen de professionele organisatie zorgen voor strijd tussen de managers en de professionals om de macht. De verhouding tussen de manager en de professional wordt dan ook vaak afgeschilderd (in de literatuur en in de media) als een bron van conflict. Er bestaat een potentieel spanningsveld tussen de professional en de manager (Grit en Meurs 2005, p.7). De professional is gericht op de patiënt en probeert vanuit zijn ideologie de beste dienstverlening te geven. De manager is gericht op de organisatie en handelt vanuit principes van efficiëntie en beheersbaarheid. Echter, de verhouding tussen de professional en de manager hoeft niet conflictueus te zijn. Het nieuwe managerialisme betreft niet alleen de controle vanuit het management op de professional, maar ook nieuwe patronen van compromissen sluiten en collaboratie (Exworthy en Halford 2002, p. 13).

Lammers (2000) laat in zijn boek *'Organisaties vergelijkenderwijs. Ontwikkeling en relevantie van het sociologisch denken over organisaties'* zien dat de organisatie zowel een gevecht is als een gezamenlijk project. De organisatie (dus ook de professionele organisatie) is een mengsel van beide. Lammers benadrukt deze twee kanten van de medaille door middel van twee modellen: het systeemmodel en het partijenmodel.

*'Een model is een zienswijze, een bepaalde 'kijk' op de werkelijkheid. Een model is geen theorie, maar vormt een denkkader voor allerlei theorieën.'* (Kuhn 1970, In: Lammers 2000, p.511)

Vanuit het partijenmodel is vooral aandacht voor de macht en de belangen van de manager en de professional. Vanuit het systeemmodel wordt de nadruk daarentegen gelegd op de organisatie als geheel en het norm- en samenhorighedsbesef van de manager en de professional. In tabel 3.1 worden de polair geformuleerde kerneigenschappen van de twee modellen weergegeven.

Tabel 3.1 De eigenschappen van het systeemmodel en het partijenmodel

	het partijenmodel	het systeemmodel
eenheid van analyse	deelgroeperingen met eigen belangen	de organisatie als geheel met functionele vereisten
duurzaamheid	labiel; een belangengemeenschap of coalitie	stabiel; inherente krachten tot zelfhandhaving
drijfkrachten	dwang- en lokmiddelen	norm- en samenhorighedsbesef
mensbeeld	koel-berekenend, op eigen belang gericht wezen	een sociaal wezen, gericht op het organisatiebelang
gevoelstoon	cynisch/realistisch	idealistisch

Bron: Lammers 2000, p.515

Volgens Lammers hebben organisaties een dubbel karakter; een *'systeemmodel-karakter'* en een *'partijenmodel-karakter'*.

*'Een socioloog die de organisatie als samenlevingsverband wil bestuderen, kan niet om het 'systeemachtige' van zo'n doelverband heen en kan zich het evenmin permitteren om de macht- en conflictprocessen die zich binnen dat kader afspelen als 'quantité négligeable' te beschouwen.'* (Lammers 2000, p.554)

Binnen het partijenmodel wordt de professionele zorgorganisatie geanalyseerd als een 'conglomeraat van partijen' die hun eigen doelen en belangen najagen (Lammers 2000, p.511). De professionele organisatie is een 'belangengemeenschap' van eenheden (Lammers 2000, p.514). De regels worden volgens het partijenmodel niet lang nageleefd. Wanneer de regels een partij beperken of wanneer een partij ziet dat er een betere mogelijkheid is, worden de regels herroepen of genegeerd (Lammers 2000). Het algemene vage doel, de patiënt beter maken bijvoorbeeld, wordt gebruikt als speelbal van de concurrerende partijen om het eigen belang na te streven (Lammers, 2000, p.514). Over de verschillende manieren om tot het algemene doel te komen, zijn de partijen het oneens. De partijen blijven alleen dan bij elkaar als de voordelen van het bij elkaar blijven groter zijn dan de nadelen van het uiteen gaan of omdat men gedwongen is bij elkaar te blijven. Deze lokmiddelen (wat heeft men elkaar te bieden) en dwangmiddelen (waarmee kan men elkaar bedreigen of bestraffen) zijn de lijm in de organisatie (Lammers 2000, p.514). Bij dit model behoort het beeld dat mensen berekenend en op het eigen belang gericht zijn. Samenwerkingsverbanden worden gesloten op basis van belangen waardoor de organisatie getypeerd kan worden als labiel.

In de professionele organisatie vindt een voortdurende strijd om de macht plaats. Het partijenmodel wordt in deze scriptie gebruikt om de spanningsbalans tussen de manager en de professional weer te geven. Daarmee past de machtsbenadering van Andrew Abbott goed binnen het partijenmodel.<sup>22</sup>

De tegenhanger van het partijenmodel, *'het systeemmodel'*, benadrukt de organisatie als geheel. De organisatie ontleent zijn stabiliteit aan een gemeenschappelijke cultuur en systematiek die dwingend aan de deelnemers van de organisatie worden opgelegd (Lammers 2000, p.514). De gemeenschappelijke cultuur binnen de organisatie is een afgeleide van de cultuur in de maatschappij; de organisatie bevindt zich immers in deze maatschappij. De organisatie heeft functionele vereisten en de deelnemers aan de organisatie zijn sociale wezens die aan deze eisen willen voldoen. Dit norm- en samenhorigheidbesef zorgt er via deze zelfhandhaving voor dat de organisatie stabiel is. Het systeemmodel legt de nadruk op de samenwerking tussen de manager en de

---

<sup>22</sup> Abbot heeft vanuit de machtsbenadering vooral aandacht voor strijd, verdeling van taken en probleemgebieden. Het partijenmodel heeft hier ook aandacht voor, maar voegt daar oog voor veranderprocessen aan toe.

professional op de manier dat zij handelen om samen een collectieve doelstelling van de organisatie te bereiken. Het systeemmodel is een functionalistisch model. Samenwerking is daarbij een inherente kracht tot zelfhandhaving (Lammers 2000, p.513).

Ook al is er in de professionele organisatie veel strijd en hebben professionals en managers vaak hun eigen belangen, toch doen ze ook nog iets samen. De manager en de professional willen gezamenlijk goed werk verrichten én ze zijn tegelijkertijd met elkaar in conflict.

### **3.4 Strategieën om macht te behouden of te verkrijgen**

Strijd en perceptie van belangen en samenwerking en wederkerige afhankelijkheid kenmerken de professionele organisatie. In dit onderzoek wordt dan ook aandacht besteed aan zowel strijd en perceptie van belangen als samenwerking en wederkerige afhankelijkheid. Lammers spreekt dan van een integratie van de twee modellen. Waar het om gaat bij integratie is dat de eigenschappen van het systeemmodel én de eigenschappen van het partijenmodel (zoals weergegeven in tabel 3.1) allen toepasbaar zijn.

In deze scriptie wordt gekeken naar de veranderende verhouding tussen de manager en de professional ten gevolge van het DBC-systeem. Bij een verandering staat de machtsverdeling ter discussie. Vanuit het strijdelement van de professionele organisatie zal elke partij strijden voor zijn eigen belang, maar vanuit de wederkerige afhankelijkheid of samenwerking gezien zal elke partij het beste doen voor de organisatie als geheel. In de werkelijkheid zal het een combinatie zijn.

#### *Vermenging van rollen*

In de professionele zorgorganisatie gebruiken managers en professionals verschillende strategieën om de macht te verkrijgen of te behouden. Ze kunnen daarbij ook eigenschappen en/of taken van elkaar overnemen; de manager als professional en de professional als manager.

Noordegraaf en Meurs (2002) doen in het artikel *'Verwarde managers'* onderzoek naar de professionalisering van managers. De managers streven ernaar professionals te worden om de legitimiteit van hun positie te verbeteren en daardoor effectiever te kunnen handelen. De legitimiteit van hun positie staat onder druk. Ze balanceren tussen de rol van de diplomatieke manager (zoals in de professionele bureaucratie) en de rol van de zelfstandige en ondernemende manager. Ook de complexiteit van de vraagstukken (een van de kenmerken van de Human Service Organization) die resulteert in onduidelijkheid over hun taak en hun effectiviteit, voedt de professionaliseringstendens (Noordegraaf en Meurs 2002, p.24). Het managen van professionals is door de ideologische lading en de benodigde specifieke kennis over het



primaire proces een kunst apart. Echter, zoals eerder gezien in hoofdstuk 2, ben je niet zomaar professional. Aan een aantal kenmerken moet worden voldaan. In de zorg wordt er echter wel al een ontwikkeling ingezet waar directeuren van ziekenhuizen een deel van die kenmerken eigen maken; ze hebben hun eigen beroepsgroep en eigen trainingen op universiteiten (Noordegraaf en Meurs 2002, p.24).

Noordegraaf en Meurs noemen de zorgmanagers geen echte professionals, maar '*hybride professionals en verwarde professionals*'. De contacten van de manager blijken grotendeels op de interne organisatie gericht. Op dit moment winnen de interne krachten het van de externe. Voor de ondernemingsgezinde of bestuurlijke professionele manager is nog niet veel ruimte. Dit schept verwarring voor de zorgmanagers. De manager is volgens Noordegraaf en Meurs naast verward ook hybride. Deze hybride managers hebben geen duidelijk managerial of medisch profiel omdat ten eerste medici gedeeltelijk tot manager worden omgevormd en omdat ten tweede managers gedeeltelijk tot zorgmanagers worden omgevormd (Noordegraaf en Meurs 2002, p.36-37). Noordegraaf en Meurs maken in hun artikel een onderscheid tussen directeuren van ziekenhuizen met een medische achtergrond en directeuren van ziekenhuizen zonder medische achtergrond. Ze blijken in de praktijk in vele opzichten op elkaar te lijken in hun gedrag. Directeuren met een bestuurlijke achtergrond maken zich de zorginhoudelijke issues eigen en directeuren met een zorginhoudelijke achtergrond maken zich de management issues eigen (2002, p.36). De hybridisering hoeft bovendien niet door te zetten; wanneer de druk op de principes van efficiëntie en rationaliteit van het management toe blijft nemen, kunnen zorginhoudelijke betrokkenheid en maatschappelijke oriëntatie onder druk komen te staan (Noordegraaf en Meurs 2002, p.37). Het managerial profiel neemt dan de overhand ten opzichte van het medisch profiel van de manager. De spanning tussen management en professional kan op een gegeven moment hierdoor een grote impuls krijgen.<sup>23</sup>

Sommige professionals nemen op hun beurt juist eigenschappen en taken van de manager over. Volgens Mintzberg (2001) zijn managende professionals erg machtig. Ze hebben controle over het bestuurlijke en het professionele werk. De '*managing professional role*' zorgt voor '*continuing medical dominance*' (Exworthy en Halford 2002, p.91). De functie van manager is echter bij de medische professie zelf traditioneel van minder waarde (Exworthy en Halford 2002, p.85). Ook al hebben veel dokters een managementtaak, toch is het niet het voorbeeld van een typische medische carrière. Veel managende professionals zijn praktiserend gebleven met behoud van de hoge status en beloning. Het controleprobleem binnen de professionele organisatie kan volgens Exworthy en Halford (2002) opgelost worden door de manager niet sterker te maken en

---

<sup>23</sup> In deze complexe omgeving zal het voor de manager moeilijk zijn professionalisering door kunnen zetten. Het onvoltooide karakter van de professionele manager zouden Mok en Freidson beschrijven als semi-professioneel (Jacques en Scholten 2007, p.167).

de professional te controleren, maar de professional zelf managementtaken te geven of manager te maken. Het zelf evalueren van prestaties (zelfmanagement) door de professionals blijkt effectiever dan het ze extern op te leggen. Deze stratificatie van professionals heeft echter ook gevolgen voor de aard van de professie: professionals werden juist bij elkaar gehouden door de gelijkheid van competenties (Freidson geciteerd door (Exworthy en Halford 2002, p. 85).

#### *Toekomst van het professionalisme*

In een zorgorganisatie werken groepen professionals met verschillende specialisaties. Dokters zijn onderling erg competitief ingesteld en proberen zich in een concurrerende omgeving steeds meer te differentiëren en specialiseren. Verschillende visies op de toekomst van het professionalisme onder invloed van de steeds verdergaande bureaucratisering vanuit het management of zelfmanagement worden hieronder beschreven; '*internal combustion*', '*hybriditeit*' en '*re-professionalisering*'.

Volgens Freidson (in Exworthy en Halford 2002, p.15) wordt de toekomst van het professionalisme gekenmerkt door '*internal combustion*'. Kortom, de interne verbranding van het professionalisme. Freidson denkt dat - door de verdere bureaucratisering van professioneel werk (als deel van het verdere geloofwaardige zelfmanagement) en door grotere specialisatie van individuele professies - de samenhangende kracht die de professionals bijeenhoudt, wordt ondermijnd of zelfs verdwijnt wanneer de leden niet meer dezelfde interesses hebben.

Noordegraaf en Meurs (2002) zijn van mening dat de toekomst van het professionalisme (net als nu bij de managers) wordt gekenmerkt door '*hybriditeit*'. De professionele en organisationele kenmerken zullen beide de professionals in de toekomst beïnvloeden.

Het professionalisme kan in de toekomst ook gherdefinierd worden, ook wel '*re-professionalisering*' genoemd. Er is dan geen sprake van interne verbranding, maar van een nieuw soort professionalisme. Het klassieke professionalisme van Freidson zal zijn uitwerking blijven houden, maar daarnaast moeten professionals op zoek naar nieuwe manieren om hun exclusieve maatschappelijke positie te rechtvaardigen. De bestuurssocioloog Trommel zegt dat de rechtvaardiging van de maatschappelijke positie van de professionals dan zal plaatsvinden op basis van de nieuwe liberale prestatiemoraal. Er zullen echter professionals zijn die zich tegen de stroom in vasthouden aan oude waarden en professionals die meegaan met de nieuwe stroom van het management (Trommel 2006, p.146).

### **3.5 Hypothesen**

In deze paragraaf worden vijf hypothesen geformuleerd ten aanzien van de probleemstelling. Hierbij wordt gebruik gemaakt van observeerbare termen die beschreven zijn in dit hoofdstuk. De veranderende werkprocessen ten gevolge van het

DBC-systeem zullen gevolgen hebben voor de verhouding tussen de manager en de professional. Deze verhouding wordt beïnvloed door strijd en perceptie van belangen en door wederkerige afhankelijkheid en samenwerking. Soms speelt het gemeenschappelijke belang van de organisatie een grotere rol, soms het individuele belang en soms het belang van de professie.

#### *Observeerbare termen*

Lange tijd waren de managers in de professionele zorgorganisatie dienstbaar aan de professional. Met de introductie van de nieuwe managementprincipes in de zorg kreeg de manager een meer centrale positie. Managers streefden naar de controle van de prestaties van de professionals in de zorg. Toch wordt de professionele zorgorganisatie nog steeds gekenmerkt door een erg sterke medebeheersing van professionals. De medische en de bestuurlijke gezagslijn functioneren naast elkaar.

Onder invloed van de Zorgverzekeringswet en het DBC-systeem moet de manager de zorgorganisatie nu nog beter stuurbaar en efficiënt maken. Principes als winst en efficiëntie worden nog belangrijker, ook voor de professional. De veranderende verhouding tussen de manager en de professional ten gevolge van het DBC-systeem wordt in deze scriptie bekeken vanuit de strijd en vanuit de samenwerking binnen de professionele organisatie. In de empirie zal consequent worden gekeken naar aspecten van deze kenmerken. Vanuit de strijd binnen de professionele organisatie is er in de empirie aandacht voor de perceptie van de belangen van de professional en van de belangen van de manager. Daardoor kunnen conflicten of spanningen worden achterhaald. Vanuit de samenwerking binnen de professionele organisatie is er in de empirie aandacht voor wederkerige afhankelijkheid tussen de professional en de manager. Daarnaast wordt in de empirie, omdat er sprake is van een geleidelijke invoering van het systeem, de situatie in de overgangsfase en de situatie in de toekomst besproken.

#### *Vijf hypothesen*

Met het DBC-systeem wordt het werk van de professional transparanter en is er meer sturingsinformatie beschikbaar voor de manager. Dit betekent dat er steeds meer druk op de professional staat om zijn keuzes in zijn werk te verantwoorden. Dit maakt de professionals meer zichtbaar en hun positie meer kwetsbaar. Managers krijgen meer verantwoordelijkheden en hebben zodoende een betere positie in de strijd om de zeggenschap. De eerste hypothese luidt dan ook:

*3a: 'Door het DBC-systeem (in de context van de Zorgverzekeringswet) treedt er een verschuiving op in de machtsbalans van de professionals naar de managers.'*

De professional in de professionele zorgorganisatie heeft met een eigen medische gezagslijn, gebaseerd op zijn expertise en gespecialiseerde kennis, veel macht. De macht bleef voorheen altijd relatief goed behouden doordat het werk van de professional te

ingewikkeld was om door managers te worden gecontroleerd of gestandaardiseerd, terwijl er tegelijkertijd veel vraag bleef naar zijn zorgverlening. Met het DBC-systeem is er voor de managers meer duidelijke informatie over het werk van de professional. De macht van de zorgmanager ontleend hij aan de bestuurlijke gezagslijn. Zijn macht wordt niet als vanzelfsprekend ervaren door professionals. Professionals accepteren de macht van de manager niet zomaar. De manager heeft dus te kampen met een legitimiteitprobleem. De formele macht van de zorgmanager komt niet overeen met zijn werkelijke macht (Jacques en Scholten 2007). Echter, de manager kan nu wel beter onderbouwd de professional aanspreken over zijn werk. De reguleringstendens vanuit de bureaucratie van de managers kan botsen met de dienstverlening van de arts (Mintzberg, 2001, p.209). Dit zal voor conflicten gaan zorgen omdat de professional van oudsher gewend is om autonoom te werken. De tweede hypothese luidt dan ook:

*3b: 'Door deze verschuiving van de machtsbalans is er een grotere basis voor conflict.'*

Het omgekeerde van macht is afhankelijkheid. Om goed te functioneren is de organisatie afhankelijk van de vaardigheden en kennis van de professional. De professional was lange tijd relatief onafhankelijk van zijn collega's. Echter, de professional heeft de manager in steeds grotere mate nodig om bestuurlijke taken voor hem te doen zodat hij zijn beroep in rust kan uitoefenen (Mintzberg 2001, p.210). Een ziekenhuis wordt, met de Zorgverzekeringswet, alleen dan gecontracteerd wanneer het een gunstige prijs-kwaliteit verhouding aan kan bieden. Ook de professionals zullen er last van ondervinden wanneer het ziekenhuis buiten de boot valt. Om dit proces zo goed mogelijk in kaart te krijgen, hebben ook artsen inzicht nodig in hun bedrijfsvoering. Bovendien hangt het honorarium van de arts sinds 2008 af van de geproduceerde DBC's. Inzicht in de productie wordt voor de vrijgevestigde specialisten belangrijk om te kunnen zien wat hun honorarium wordt. De artsen moeten zelf dus ook in het geweer komen. Ten tijde van de FB-systematiek konden de artsen en managers nog prima los van elkaar en langs elkaar heen werken. Met het DBC-systeem hebben de professionals en managers hetzelfde begrippenkader gekregen (Zuurbier, de Groot & Spanjers 2004, p.1). De manager is van de arts afhankelijk om informatie te krijgen om te sturen en de arts is voor zijn registratie en zicht op zijn bedrijfsvoering afhankelijk van de manager. De mate waarin de professional en de manager anderen bij hun werk nodig hebben en/of de mate waarin ze samenwerken neemt toe. De wederkerige afhankelijkheid komt hierdoor meer in balans. De derde hypothese luidt dan ook:

*3c: 'Met het DBC-systeem is er sprake van een overgang van een situatie met lage interdependentie naar een situatie met hoge interdependentie.'*

Strijd en samenwerking hebben allebei hun waarde bij het kijken naar de professionele zorgorganisatie. Ze zijn in dit geval ook geschikt voor de verschillende fasen van de invoering van het DBC-systeem. Het DBC-systeem wordt geleidelijk ingevoerd en vindt lange tijd plaats naast het FB-systeem. In de begintijd zullen de veranderingen strijd en

conflicten veroorzaken. Nieuwe taken moeten worden aangeleerd en nieuwe verantwoordelijkheden moeten worden verdeeld. De vierde hypothese luidt dan ook:

*3d: 'In de overgangsfase (van het FB-systeem naar het DBC-systeem) is er vooral sprake van conflict tussen de manager en de professional omdat nieuwe machtsverhoudingen uitgevochten moeten worden.'*

Later, wanneer de verhoudingen zijn uitgevochten en/of wanneer iedereen de nieuwe taken en verantwoordelijkheden heeft eigen gemaakt, zal er meer aandacht zijn voor samenwerking. De vijfde en laatste hypothese luidt dan ook:

*3e: 'De toegenomen interdependentie zal op langere termijn leiden tot samenwerking.'*

In het volgende hoofdstuk wordt het analytisch model besproken dat gebaseerd is op de theoretische uiteenzettingen in dit hoofdstuk en in hoofdstuk 2. Vervolgens worden ook de onderzoeksmethode, de onderzoekspopulatie en de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek besproken.



## Hoofdstuk 4: Methodologie

In hoofdstuk één is al eerder aangegeven dat deze scriptie een verkennend onderzoek betreft. Er ontbrak aan het begin van het onderzoek nog veel kennis voor een goede volledige theoretische basis. Bij verkennend onderzoek worden door de onderzoeker steeds nieuwe relevante verschijnselen uitgelicht en in relatie tot elkaar gebracht. Regelmatigheden en gewoontes worden benoemd. De werkwijze ligt van te voren niet vast.

*'Verschillende mogelijke verbanden worden nagegaan, ideeën kristalliseren meer uit, veronderstellingen worden aangepast aan de tussentijdse resultaten, enzovoort. Het komt erop aan het onderzoeksmateriaal voor zichzelf te laten spreken en eruit te halen wat er in zit.'* (Baarda en de Goede 2001, p.94)

Op deze wijze, in wisselwerking met de verzamelde data, zijn het theoretisch kader en de hypothesen tot stand gekomen (hoofdstuk 2 en 3). Een verkennend onderzoek zit tussen beschrijvend en verklarend onderzoek in. Het was aan het begin van het onderzoek nog te vroeg om een nieuwe theorie te ontwikkelen of een bestaande theorie toe te passen en in het verlengde daarvan scherpe hypothesen te formuleren (Baarda en de Goede 2001). Tijdens het onderzoeksproces werden steeds nieuwe veronderstellingen gedaan of exploratieve hypothesen benoemd, omdat er nog gezocht werd naar een duidelijkere, vast omkaderde theorie (Boeije, Hart en Hox 2005, p.75).

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk (6.1) wordt het analytisch model beschreven. In paragraaf 6.2 wordt dieper ingegaan op de gehanteerde onderzoeksmethoden. De onderzoekspopulatie wordt beschreven in paragraaf 6.3. Ten slotte worden de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek besproken in paragraaf 6.4.

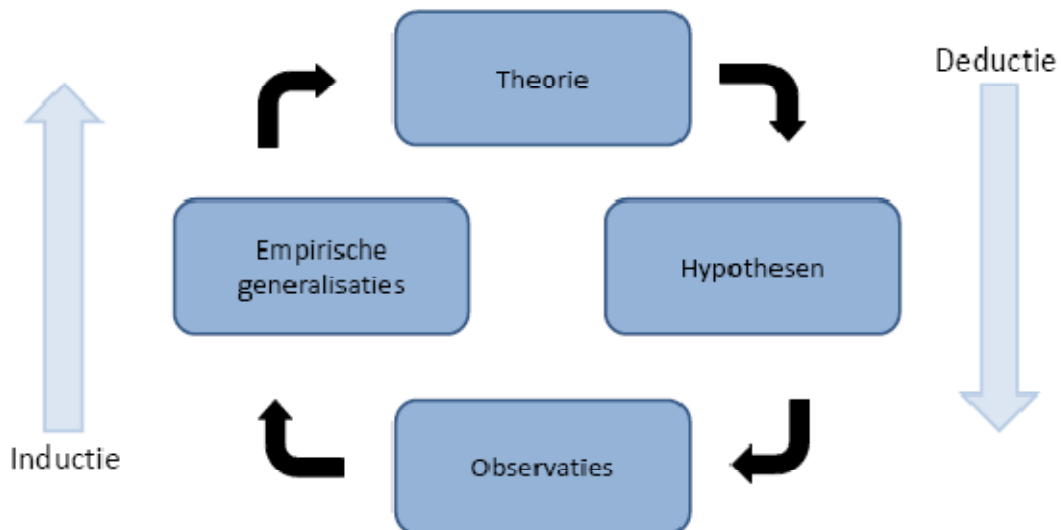
### 4.1 Het analytisch model

De vele data die is verzameld moet systematisch geordend worden. Om de uiteindelijke conclusies terug te kunnen beredeneren is een analytisch model nodig. Het analytisch model is ontwikkeld na voortdurende herschikking en herinterpretatie van de data. Het onderzoek is kwalitatief en inductief en past daarom goed binnen de 'Grounded Theory' van Barney G. Glaser en Anselm L. Strauss. Bij de Grounded Theory wordt een theorie ontwikkeld met behulp van de gevonden data (Glaser & Strauss, 1999). Dit onderzoeksproces verloopt dan ook geheel anders dan bij traditioneel onderzoek waar een theorie wordt getoetst aan de werkelijkheid. In figuur 6.1 worden de onderzoeksstappen van inductief en deductief onderzoek weergegeven.

Dit onderzoek is begonnen met een maatschappelijk vraagstuk en vervolgens is er data verzameld omtrent dit vraagstuk. Theorie werd betrokken bij het analyseproces, maar

er was geen specifiek geformuleerde theorie die over de data kan worden gelegd (Braster, 2000, p.112). In de onderzoeksfase kwamen belangrijke begrippen naar boven die later met behulp van meer data verder uitgediept zijn. Dit zijn gegevens die gerangschikt kunnen worden en die voor de theorievorming belangrijk zijn. Deze methode wordt aangeduid als *'the general method of comparative analysis'* (Glaser & Strauss, 1999).

*Figuur 4.1: Inductief en deductief onderzoek*



Bron: Braster 2000, p.28

Deze scriptie startte in hoofdstuk 1 met de probleemstelling:

*1: 'Wat zijn de consequenties van het DBC-systeem in de context van de Zorgverzekeringswet (de selectieve contractering en de interne financiering) voor de werkprocessen van de manager en de professional? Beïnvloedt dit de onderlinge verhouding? Zo ja, wat zijn de gevolgen en hoe is dit te verklaren?'*

Er zijn daarbij twee empirische onderzoeksvragen geformuleerd:

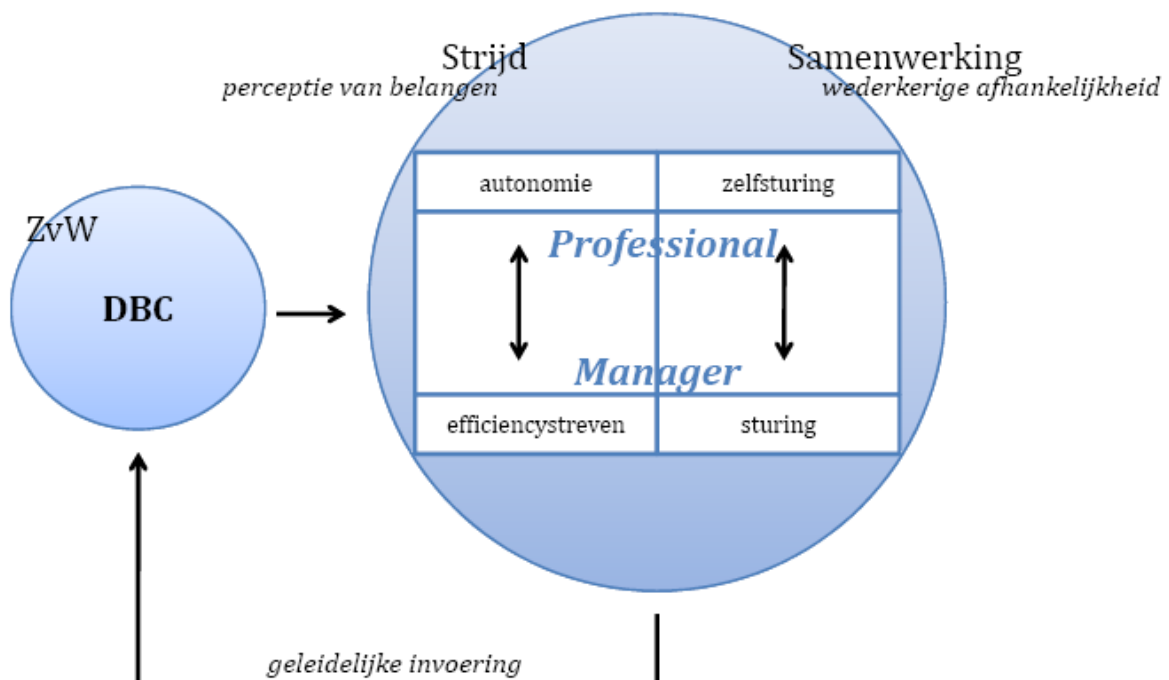
*2A: 'Wat zijn de gevolgen van de veranderende werkprocessen (ten gevolge van het DBC-systeem in de context van de Zorgverzekeringswet) voor de autonomie van de professional en voor het efficiëntiestreven van de manager?'*

*2B: 'Wat zijn de gevolgen van de veranderende werkprocessen (ten gevolge van het DBC-systeem in de context van de Zorgverzekeringswet) voor de sturing van de manager en voor de zelfsturing van de professional?'*

Door de theoretische fundering gelegd in hoofdstuk 2 en 3 kan een analytisch model gevormd worden. In figuur 4.1 wordt het analytisch model weergegeven.



*Figuur 4.2: Het analytisch model*



De gevolgen van het DBC-systeem (in de context van de Zorgverzekeringswet) voor de verhouding tussen de manager en de professional worden onderzocht (zie de kleine zwarte pijl van de kleine cirkel naar de grote cirkel). De twee blauwe cirkels geven de contexten weer: het DBC-systeem in de context van de Zorgverzekeringswet en de professional en de manager in de context van de twee aspecten van de professionele organisatie. We kijken naar de professional en de manager vanuit de strijd en de samenwerking binnen de professionele organisatie. De zwarte verticale pijlen in de grote cirkel geven de verhouding weer. De twee empirische onderzoeksvragen staan weergegeven in het linkerveld: autonomie en efficiëntie (2A) en het rechterveld: zelfsturing en sturing (2B). In het analytisch model staat ook een lange zwarte pijl van de grote cirkel naar de kleine cirkel. Deze pijl zorgt voor een terugkoppeling. Het DBC-systeem wordt geleidelijk ingevoerd; de voortgang in de zorg wordt in de gaten gehouden door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en op basis daarvan worden stappen ondernomen bij de verdere invoering/vorming van het DBC-systeem. Hierbij moet opgemerkt worden dat de pijl ook betrekking heeft op de invloed van de verschillende partijen in de zorg op de verdere invoering/vorming van het DBC-systeem.

Ten slotte zijn er vijf hypothesen geformuleerd. Dit zijn verwachtingen ten aanzien van de verhouding tussen de manager en de professional:

*3a: 'Door het DBC-systeem (in de context van de Zorgverzekeringswet) treedt er een verschuiving op in de machtsbalans van de professionals naar de managers.'*

*3b: 'Door deze verschuiving van de machtsbalans is er een grotere basis voor conflict.'*

*3c: 'Met het DBC-systeem is er sprake van een overgang van een situatie met lage interdependentie naar een situatie met hoge interdependentie.'*

*3d: 'In de overgangsfase (van het FB-systeem naar het DBC-systeem) is er vooral sprake van conflict tussen de manager en de professional omdat nieuwe machtsverhoudingen uitgevochten moeten worden.'*

*3e: 'De toegenomen interdependentie zal op langere termijn leiden tot samenwerking.'*

#### **4.2 Onderzoeksmethoden**

Ook al is het onderzoek verkennend, toch begint een onderzoeker niet helemaal blanco aan de dataverzameling. Vandaar dat voor deze scriptie een uitgebreid vooronderzoek is verricht. Naast literatuuronderzoek op het gebied van de professional, de manager en de professionele organisatie, zijn er gesprekken gevoerd met deskundigen. Deze deskundigen waren allen betrokken bij de ontwikkelingen van DBC's. Er zijn diepte-interviews afgenomen bij een afgevaardigde van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, een afgevaardigde van de Orde van Medisch Specialisten, een afgevaardigde van het College voor Zorgverzekeringen en een afgevaardigde van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Verder is ook een diepte-interview afgenomen met iemand die direct betrokken was bij de invoering van DBC's in een ziekenhuis. Deze respondenten zijn door middel van de sneeuwbalmethode verkregen: de onderzoekseenheden waren aan elkaar verbonden (Braster, 2000). Na het vooronderzoek was er een goede basis om te starten met het onderzoek in de praktijk.

Het onderzoek is uitgevoerd als een casestudy. Diepere vragen moesten gesteld kunnen worden over de gevolgen van de DBC-systematiek voor professionals en managers en hun onderlinge relatie. Een casestudy geeft de mogelijkheid om een sociaal verschijnsel bij een onderzoekseenheid intensief te bestuderen (Braster, 2000). Het sociale verschijnsel kan niet worden onttrokken van de context en moet daarom in die context onderzocht worden. Detaillering, precisie en het ontdekken van onderliggende mechanismen moet dan het uitgangspunt zijn.

Door het uitgebreide vooronderzoek kon een goede case geselecteerd worden. Het eerste criteria voor het selecteren van een casus was dat het een ziekenhuis moest zijn. Een ziekenhuis is een grote instelling met veel professionals en managers. Ziekenhuizen werken bovendien, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Geestelijke Gezondheidszorg, langer met het DBC-systeem. Het tweede criteria was dat het ziekenhuis als kernfunctie basiszorg moest leveren. In academische ziekenhuizen houdt men zich voornamelijk bezig met ingewikkeldere zorg, wat het onderzoeksproces onnodig zou bemoeilijken. Het derde criteria was dat er artsen in loondienst moesten werken en artsen die vrijgevestigd zijn. Dit is een belangrijk criteria, aangezien de verschillende belangen van

de twee groepen artsen bij het DBC-systeem in verband met de prestatiebekostiging interessant is. Een vierde en laatste criteria was de toegankelijkheid. Er is uiteindelijk een ziekenhuis geselecteerd dat relatief beter toegankelijk was door eerder contact met een afgevaardigde in het vooronderzoek.

Bij een casestudy wordt een sociaal verschijnsel gedetailleerd onderzocht binnen één onderzoekseenheid met behulp van verschillende onderzoeksmethoden (Braster, 2000). Participerende observaties, diepte-interviews en het gebruik van bestaande gegevens zijn toegepast als methoden om data te verzamelen. Op gedetailleerde wijze is het DBC-systeem en de gevolgen daarvan voor de verhouding tussen de manager en de professional onderzocht. Bij deze casestudy gaat het vooral om het beantwoorden van de verklaringsvraag: de waaromvraag. Een gedetailleerde beschrijving van de werkelijkheid is dan ondersteunend aan deze vraag. Daarom zullen beschrijvende vragen ook beantwoord moeten worden. Dit zijn vragen als: wat gebeurt er? En hoe kan iets worden beschreven? (Braster, 2000, p.44).

De interviews waren halfgestructureerd: er werd een lijn aangegeven rakende aan verschillende veronderstellingen op basis van het vooronderzoek. Om rekening te houden met uiteenlopende antwoorden en onverwachte antwoorden waren de interviews open. De interviews werden door de onderzoeker zelf afgenomen en opgenomen op een memorecorder. De uitgewerkte antwoorden konden ingezien worden wanneer de respondent dat op prijs stelde. De interviews werden allen afgenomen op de werklocatie van de respondent.

#### 4.3 Onderzoekspopulatie

De geselecteerde onderzoekseenheid (het ziekenhuis, met de geanonimiseerde naam: 'Asclepius') is de drager van het te bestuderen sociale verschijnsel. Daarbinnen moeten waarnemingseenheden geselecteerd worden (Braster 2000, p.84). Dit zijn bijvoorbeeld de geïnterviewden of bepaalde bestaande gegevens.

##### *Theoretical sampling*

Bij de selectie van de waarnemingseenheden is gebruik gemaakt van 'theoretical sampling'. Deze manier van selecteren past goed binnen de Grounded Theory. Daarbij wordt een eerste waarnemingseenheid gekozen op basis van de tot dan toe verkregen theorie. Op basis van de data voortvloeiende uit deze eerste waarnemingseenheid worden selectiecriteria gevormd voor de tweede waarnemingseenheid, enzovoorts. Dit selectieproces gaat door tot er een bepaald verzadigingspunt is bereikt. Langzaam wordt het theoretisch kader vollediger gemaakt en de verklaringen voor de gevolgen van het DBC-systeem voor de verhouding tussen de professional en de manager achterhaald. De selectie heeft plaatsgevonden op meerdere niveaus van analyse: de organisatie als geheel, divisies en de specialismen binnen de divisies. In Asclepius zijn vier mensen geïnterviewd die op organisatieniveau met het DBC-systeem te maken hebben. Zeven

professionals en zes managers zijn geïnterviewd om een beeld te krijgen van de veranderende verhouding. Daarnaast zijn nog twee participerende observaties gehouden: een dag bij iemand van de onafhankelijke medische registratieafdeling en een dag bij een professional.

#### *Achtergrond van de respondenten*

De geïnterviewden zijn geselecteerd op een aantal theoretische veronderstellingen. In Bijlage 1 is een respondentenoverzicht opgenomen. Om een beschrijving te kunnen maken van de inrichting van het DBC-systeem in Asclepius zijn vier interviews gehouden: met iemand van de onafhankelijke medische registratieafdeling, de onafhankelijke interne controleur, het hoofd van de afdeling Administratieve Organisatie en Interne controle en iemand van de afdeling Financieringen. De werking van het systeem en het financiële proces kon zo (met behulp van bestaande gegevens) in kaart worden gebracht.

De artsen zijn op verschillende criteria geselecteerd: op divisie, het werken in loondienst of vrijgevestigd zijn, het werken met A- en/of B-DBC's en het bekend staan met het specialisme om een heel goede of een heel slechte DBC-registratie. In Asclepius zijn de verschillende specialismen verdeeld over vier divisies naar gelijksoortige zorg: snijdende specialismen, niet-snijdende specialismen, beschouwende specialismen en ondersteunende specialismen. Ik heb gekozen om de interviews organisatiebreed af te nemen om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de gevolgen van het DBC-systeem.

De managers zijn geselecteerd op rangorde in de organisatie. Er zijn drie gesprekken gevoerd met Operationeel Managers (niveau van de werkvloer), twee met Divisiemanagers (niveau van de divisie) en één met een lid van de Raad van Bestuur (niveau van de top van de organisatie).

Elke respondent is geanonimiseerd. De artsen krijgen de code A, de managers de code M en de mensen die geïnterviewd zijn voor de inrichting van het systeem krijgen de code S.

#### **4.4 Betrouwbaarheid en validiteit**

Aandacht voor de betrouwbaarheid en de validiteit is belangrijk om als lezer er vanuit te kunnen gaan dat de eindconclusie van dit onderzoek correct is.

##### *Betrouwbaarheid*

Met de betrouwbaarheid van een onderzoek wordt gedomd op de herhaalbaarheid van de meetuitslagen. De resultaten moeten stabiel zijn wanneer er opnieuw gemeten zou worden (Braster 2000, p.74). Bij een casestudy is dit lastig te bewerkstelligen omdat er gewerkt wordt met een hoog abstractieniveau van de variabelen. Deze variabelen zijn lastig te meten. Bovendien wordt, zoals eerder opgemerkt in dit hoofdstuk, gestart met globale veronderstellingen. Het analytisch model en het theoretisch kader worden

tijdens het onderzoeksproces verder uitgekristalliseerd. Het is daarom moeilijk om in een tweede onderzoek tot dezelfde meetuitslagen te komen.

Op twee manieren is getracht de betrouwbaarheid te vergroten. Ten eerste zijn de interviews afgenomen met respondenten met verschillende invalshoeken. De geïnterviewden bevinden zich verspreid over de verschillende lagen van de organisatie. Hierdoor ontstaat er geen eenzijdig beeld en is de kans op overeenstemming met de herhaalde meting groter. Ten tweede zijn de onderzoeks aanpak, de selectie van de respondenten, de primaire en secundaire onderzoeksgegevens en de codes ten aanzien van de analyse nauwkeurig vastgelegd. De aanpak van de meting is dus goed na te gaan.

Eén enkele onderzoeker heeft alle data verzameld. Er hoefde dus geen overeenstemming te worden bereikt in de manier van waarnemen. De interviews werden zoveel mogelijk onder dezelfde omstandigheden afgenomen: in een ruimte waar het rustig was en men niet gestoord kon worden.

### *Validiteit*

Met de validiteit van een onderzoek wordt gerefereerd op de trefzekerheid van de meting. Meet de onderzoeker wel wat hij behoort te meten? Door de nog niet scherp omliggende concepten bij de uitvoering de casestudy kunnen geen gestandaardiseerde meetinstrumenten op een bepaald gebied uitgezet worden. Bovendien bestaat deze casestudy maar uit één onderzoekseenheid waarin het sociale verschijnsel niet los van de context kan worden bestudeerd. Hierdoor is de trefzekerheid in het geding en kunnen omgevingsfactoren een onduidelijke rol spelen in de resultaten.

Er zijn drie soorten validiteit (Braster 2000, p.62-74):

1. *Construct validiteit*: de adequate vertaling van theoretische begrippen naar empirische variabelen.
2. *Interne validiteit*: het kunnen vaststellen van causale relaties tussen theoretische concepten in de empirische werkelijkheid.
3. *Externe validiteit*: de generaliseerbaarheid van die relaties naar andere personen, plaatsen en tijden.

De construct validiteit is in dit onderzoek vergroot door onder andere het gebruik van datatriangulatie en methodetriangulatie. Er zijn meerdere databronnen gebruikt zoals diepte-interviews en bestaande gegevens en er zijn meerdere methoden gebruikt zoals participerende observatie en inhoudsanalyse. Door deze triangulatie kan worden vastgesteld of de theoretische veronderstellingen op een goede manier in de praktijk zijn vastgesteld (Braster 2000, p.65). Tijdens het onderzoeksproces was er de mogelijkheid om de interpretaties en bevindingen van het onderzoek voor te leggen aan onderzoekers die op hetzelfde terrein onderzoek deden. In de scriptiegroep onder leiding van Van der Veen bespraken we onze bevindingen en waren we kritisch op elkaars werk. Tevens zijn de onderzoeksbevindingen tussentijds voorgelegd aan de

onderzochte respondenten zelf. Hierdoor was niet alleen de onderzoeker betrokken bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten en werd de construct validiteit verhoogd.

Door de Grounded theory-aanpak van Glaser en Strauss (1999) kunnen de probleemstelling en onderzoeksopzet tijdens het onderzoeksproces beter op elkaar afgestemd worden. Dit komt de interne validiteit ten goede. Door een langdurige en intensieve bestudering van de waarnemingseenheden kon een goede wisselwerking ontstaan tussen theorie en praktijk. Het meten wat je beoogt te meten komt op deze manier tot stand.

Bij het uitvoeren van deze casestudy is het niet van groot belang om de onderzoeksresultaten te kunnen generaliseren naar andere personen, plaatsen en tijden. Het betreft hier immers een enkelvoudige casestudy. De generaliseerbaarheid naar een grotere theoretische kennis over deze specifieke situatie is belangrijker.

In het volgende hoofdstuk wordt verder ingegaan op de kenmerken van het DBC-systeem. Ook is er aandacht voor de geleidelijke invoering.

## Hoofdstuk 5: Het DBC-systeem

In dit hoofdstuk worden de kenmerken van het DBC-systeem en de gevolgen van de invoering van dit systeem voor de werkprocessen van de manager en de professional besproken. De informatie is verkregen op basis van de bestudering van de aanwezige literatuur over het DBC-systeem en op basis van de gesprekken met de deskundigen (zoals besproken in paragraaf 4.2). Door deze gesprekken werd duidelijk wat de actuele stand van zaken rond de DBC-systematiek is en werd achterhaald hoe de betrokkenen het vraagstuk benoemen.

In de eerste paragraaf wordt het DBC-systeem in de context van het toenemende contractualisme geplaatst. De drie processtappen; de registratie, de validatie en de declaratie, komen ter sprake in paragraaf 5.2. Vervolgens worden de prestatiebekostiging (5.3) en de geleidelijke invoering van het DBC-systeem (5.4) besproken. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie over de veranderende werkprocessen van de professional en de manager ten gevolge van het DBC-systeem.

### 5.1 Het DBC-systeem als noodzaak van het contractualisme

De overgang van aanbodregulering naar vraagsturing in de gezondheidszorg zorgde ervoor dat er een nieuwe manier gevonden moest worden voor een verantwoorde omgang en verdeling van publieke middelen. Deze nieuwe manier werd gevonden in het contractualisme. Trudie Knijn en Peter Selten spreken in hun artikel: *'The Rise of Contractualisation in Public Services'* over een overgang van vertrouwen van de burger op basis van status en ideologie naar vertrouwen van de burger op basis van een rationele berekening.

#### *Onderhandelen*

In hoofdstuk 1 zijn twee gevolgen van de Zorgverzekeringswet en de DBC-systematiek beschreven: de selectieve contractering en de interne financiering. Het aantal contractuele relaties in de zorg neemt toe; met de Zorgverzekeringswet worden er door zorgverzekeraars selectieve contracten afgesloten met de zorgorganisaties. Er wordt niet meer alleen onderhandeld over de grootte van de zorgproductie in termen van FB-parameters, maar ook gedetailleerder over de inhoud van de zorg, de kwaliteit en de prijs. De rol van de zorgverzekeraar verandert, maar ook voor de ziekenhuizen brengt dit een veranderende manier van onderhandelen met zich mee.

#### *Transparantie*

Het contractualisme dwingt tot standaardisering van processen en procedures en tot zorgvuldig formuleren van doelen en resultaten, anders is het nauwelijks mogelijk om contracten af te sluiten (Van der Veen 2007, p.12). De prijs-kwaliteit verhoudingen en de prestaties moeten gemeten kunnen worden. Managers worden steeds meer gedwongen

om de primaire processen in de organisatie transparant te maken (Noordegraaf 2004, p.133). Welke producten levert de organisatie? Welke kosten zijn er in de organisatie? Welke prijzen moeten er aan de producten worden toegekend?

Er zijn kostenhomogene en medisch herkenbare producten nodig om de onderhandelingen over prijs, kwaliteit en volume van de zorg te faciliteren (Noordegraaf 2004, p.137). Een belangrijke stap hierin is gemaakt met de introductie van het DBC-systeem, waar de prijzen zijn gebaseerd op het productieproces en niet zoals in de oude FB-systematiek op basis van budgetten en regels (Folmer en Mot 2003, p.52).

Het DBC-systeem is een vorm van *'activity-based costing'* (Noordegraaf, 2004). Aan elke productieactiviteit wordt een prijs gekoppeld. Een DBC bestaat uit de zorgvraag van de patiënt, de diagnose en de daarbij horende behandeling. Daarbij wordt elke activiteit in de behandeling van de patiënt benoemd, van het eerste contact tot en met de laatste controle.<sup>24</sup> De prijs van de DBC bestaat uit de opgetelde kosten van alle losse productieactiviteiten voor de desbetreffende zorgvraag. De primaire processen in de ziekenhuizen worden op deze manier gestandaardiseerd. De kosten en de productie van het ziekenhuis kunnen hierdoor beter in kaart worden gebracht. Dit is noodzakelijk wanneer het interne budget wordt vervangen door financiering op basis van opbrengsten uit gedeclareerde producten.

*'Deze kosten-batenanalyse benadrukt interne transparantie en rationalisatie van beleid.'*  
(Noordegraaf 2004, p.137)

## 5.2 De DBC-processtappen

Bij de ontwikkeling van het DBC-systeem kon er een les getrokken worden uit het in het buitenland al eerder ingevoerde Diagnosis Related Groups (DRG)-systeem. De DRG's komen oorspronkelijk uit de Verenigde Staten. Al in 1983 werden de DRG's gebruikt om patiëntengroepen te categoriseren op International Classification of Diseases (ICD)-diagnose, behandeling, leeftijd, sekse en de aanwezigheid van comorbiditeit (VWS juni 2006, p.9).<sup>25</sup> Dit systeem wordt vooral gebruikt om patiënten achteraf te classificeren. Het doel van het DBC-systeem in Nederland is echter breder: het nieuwe bekostigingssysteem moet ook gebruikt worden voor het sluiten van contracten op de zorginkoopmarkt en moeten als financieringssysteem dienen voor het ziekenhuis en voor de specialist. Een DBC is een transparanter zorgproduct doordat de diagnose en behandeling vooraf worden geregistreerd (inclusief het onderscheid tussen de werklust van de specialist en de andere kosten van het ziekenhuis).

---

<sup>24</sup> [www.dbconderhoud.nl](http://www.dbconderhoud.nl)

<sup>25</sup> Het ICD is een internationaal gehanteerde lijst van ziektebeelden.  
Comorbiditeit is dat de patiënt twee of meer aandoeningen tegelijk heeft.



Veelgenoemde functies van het DBC-systeem zijn, naast een heldere financiering van ziekenhuis en specialist, dat het moet zorgen voor het verhogen van de transparantie, de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg. Er gaat echter geen directe sturing uit van het DBC-systeem op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Het DBC-systeem is vooral een administratief systeem. De zorgprocessen worden door de wijze van registreren wel transparanter. Uiteindelijk kan (indirect), door de beschikbaarheid van deze transparantere informatie, de manager beter en gericht sturen op kwaliteit en doelmatigheid. Er wordt onderscheid gemaakt tussen drie (administratieve) DBC-processtappen:<sup>26</sup>

1. *Registratie*: het vaststellen van DBC's door de medisch specialist met behulp van typeringslijsten en de daarbij behorende zorgactiviteiten.
2. *Validatie*: het controleren of de gekozen DBC-typering past bij de uitgevoerde zorgactiviteiten.
3. *Declaratie*: het koppelen van een tarief aan een gevalideerde DBC ten behoeve van de rekening die ingediend kan worden bij de zorgverzekeraar (of direct bij de patiënt).

### *Registratie*

Wanneer een patiënt met een zorgvraag bij de specialist komt, definieert en registreert die specialist al voor de behandeling een DBC. De vooraf geregistreerde DBC geeft het gemiddelde zorgproduct aan bij die desbetreffende zorgvraag. Later, na de volledige behandeling, kunnen er eventueel wijzigingen worden aangebracht.

De professionals krijgen met de DBC-systematiek verantwoordelijkheid voor de registratie. Ze registreren direct wat ze aan het doen zijn. Voorheen (bij de FB-systematiek) werd elke parameter apart geregistreerd en aan een code verbonden door de polikliniekassistenten, maar nu is alleen de arts bevoegd om met zijn kennis de juiste diagnose en behandeling te registreren. Met behulp van de typeringslijsten registreren de poortspecialisten DBC's. Poortspecialismen zijn de specialismen waar de patiënt als eerste ('aan de poort') mee in aanraking komt na een verwijzing door de huisarts (Crom, 2005).<sup>27</sup> Typeringslijsten zijn de basis van de DBC-registratie. Per poortspecialisme zijn deze lijsten met zorgtypes, diagnoses en behandelingen opgesteld. Na het invullen van deze typeringslijst is de DBC vastgelegd. In bijlage 2 is een voorbeeld van een typeringslijst van het specialisme cardiologie opgenomen.

---

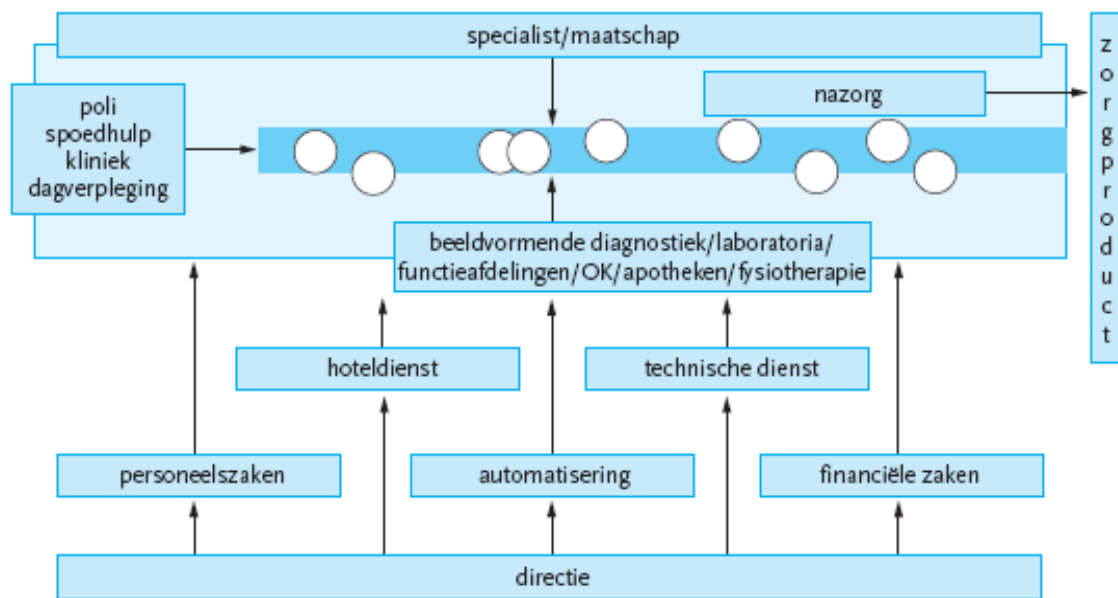
<sup>26</sup> Leergang DBC onderhoud 2007

<sup>27</sup> De productie van de ondersteunende specialismen maakt deel uit van het zorgtraject van de (door de poortspecialist geregistreerde) DBC. Voorbeelden van ondersteunende specialismen zijn radiologie of nucleaire geneeskunde.

'Een DBC typeert de medisch specialistische zorg volgens een methodiek waarbij de zorgvraag (diagnose) wordt gekoppeld aan de daartoe geleverde zorgprestaties (begeleiding, diagnostiek en behandeling).' (Stuurgroep DBC2003 2003, p.1)

Er is dus sprake van integrale prijzen per DBC. In figuur 5.1 wordt het DBC-proces beschreven; de activiteiten/zorgprestaties worden aan een DBC (het zorgproduct) toegevoegd. Te zien is dat er, naast het consult (op de polikliniek) en de werklast van de medisch specialist, ook andere activiteiten aan de DBC worden toegevoegd, zoals ondersteunende diensten (beeldvormende diagnostiek/laboratoria/OK-activiteiten) en nazorg.

Figuur 5.1: Het DBC-proces



Bron: Krabbe-Alkemade en Zuurbier 2007, p.29

Alle bijbehorende verrichtingen worden geregistreerd onder een DBC in het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS). Wanneer bijvoorbeeld een patiënt geopereerd wordt of onderzoeken in het lab plaatsvinden, worden deze activiteiten in aparte subsystemen vastgelegd, verbonden aan de ZIS (Folpmers & de Bruijn 2005).

In de DBC-systematiek registreert en sluit de specialist zelf de DBC. Hierdoor kan hij de tijd (die hij aan de DBC kwijt was) registreren en kan hier een uurloon aan gekoppeld worden. Het zorgprofiel (met alle geregistreerde activiteiten van de specialist en andere afdelingen van het ziekenhuis) wordt op deze manier zichtbaar zodat in de DBC-systematiek de processen transparanter zijn.

De DBC is gebaseerd op een gemiddeld aantal handelingen bij de desbetreffende zorgvraag. Het gebruik van de DBC-begrippen is landelijke vastgelegd, maar inhoudelijk kan het zorgprofiel en de prijs per ziekenhuis verschillen. Er zijn landelijk gemiddelde

zorgprofielen van DBC's opgesteld waar de lokale profielen (per ziekenhuis) naast gelegd kunnen worden. Het kan zijn dat in het ene ziekenhuis meer verrichtingen aan een DBC worden toegevoegd dan in het andere ziekenhuis. Deze verschillen moeten goed inzichtelijk worden gemaakt om te komen tot een goede kostprijs en een goede verkoopprijs, maar tevens om te kijken naar de efficiëntie van de zorgprocessen in een ziekenhuis.

### *Validatie*

Wanneer een DBC door de specialist wordt afgesloten gaat deze de (landelijk geldende en verplichte) validatiemodule in. Eind juli 2004 is de beleidsregel *'Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle betreffende DBC-registratie en facturering'* goedgekeurd (Klompenhouwer & Vos-Deckers, p.25). Hierin staat dat er een functiescheiding moet plaatsvinden: in elk ziekenhuis moet er een onafhankelijke medische registratieafdeling zijn en een onafhankelijke interne controleur op de registratie (Folpmers & de Bruijn 2005, p.19).<sup>28</sup> Deze regeling is één van de drie maatregelen die zijn genomen om upcoding tegen te gaan. Bij upcoding wordt de diagnose gekozen met de hoogste vergoeding. In een systeem met volledige prestatiebekostiging hebben het ziekenhuis en de specialist er beide baat bij om die DBC te registreren waar de meeste winst op te maken is (qua honorarium en qua opbrengst voor het ziekenhuis). De diagnose past dan wel bij de zorgvraag van de patiënt, maar er is een goedkope diagnose die ook geregistreerd kan worden. Upcoding wordt door Schaepkens (2004, p.8) gedefinieerd als:

*'A deliberate and systematic shift in hospital's reported casemix in order to improve reimbursement.'*

De tweede maatregel tegen upcoding betreft de landelijk verplichte validatiemodule. DBC's worden door middel van de validatiemodule gecontroleerd op fouten.<sup>29</sup> Er wordt onder meer gekeken of er geen essentiële activiteiten ontbreken en of de typering overeen komt met de inhoud van het zorgproces (Folpmers & de Bruijn 2005). DBC's die niet door de validatiemodule komen (de uitval), worden teruggekoppeld door de registratieafdeling aan de specialist (die verantwoordelijk is voor die DBC's), waarna de specialist de fout herstelt.

---

<sup>28</sup> Op basis hiervan geeft de Raad van Bestuur de bestuursverklaring over de DBC-registratie en facturatie: de bedrijfsvoering is hiermee van zodanige kwaliteit dat de registratie en facturatie van DBC's betrouwbaar zijn. In het Model Toelatingsovereenkomst staat ook dat de arts moet meewerken aan kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis door middel van registratie en adequate afsluiting van DBC's. Zo draagt de specialist bij aan de tijdigheid, betrouwbaarheid en juistheid van het DBC-systeem en daarmee aan de totstandkoming van een goede administratieve organisatie en interne controle (Klompenhouwer & Vos-Deckers, p.25).

<sup>29</sup> De fouten kunnen bijvoorbeeld technische systeemfouten zijn, fouten gemaakt door de specialist of door iemand op één van de andere afdelingen die activiteiten aan de DBC toevoegen.

De derde maatregel, waar later in dit hoofdstuk nog op wordt teruggekomen, is dat het DBC-systeem geleidelijk ingevoerd wordt. Hierdoor heeft upcoding maar een minimaal effect op het inkomen van het ziekenhuis en de specialist.

#### *Declaratie*

De gevalideerde DBC met zijn verrichtingen wordt uiteindelijk, ten behoeve van de systeemoptimalisatie, aangeleverd bij het DBC Informatie Systeem (DIS). Ten behoeve van de transparantie worden de landelijk uniform gedefinieerde DBC's wettelijk verankerd. De organisatie DBC-onderhoud draagt hier verantwoordelijkheid voor. Ze levert kennis aan de betrokken partijen en genereert kennis van deze partijen om het systeem te optimaliseren. De DBC-codes met de verrichtingen worden ten behoeve van deze systeemoptimalisatie door ziekenhuizen aangeleverd bij het DBC Informatie Systeem (DIS).

De door de validatiemodule goedgekeurde DBC's kunnen gedeclareerd worden bij de patiënt of bij de verzekeraar. De zorgverzekeraars voeren daarop nog een laatste controle uit. Zij sturen de lijsten met de (volgens hen) onterechte declaraties terug naar het ziekenhuis. Deze declaraties worden nog een keer gecontroleerd door de registratieafdeling.

### **5.3 De prestatiebekostiging**

Nog een belangrijke reden om in Nederland met het DBC-systeem te werken in plaats van het DRG-systeem betreft de fiscale positie van de specialisten (Krabbe-Alkemade en Zuurbier 2007). Veel medisch specialisten werken vrijgevestigd, als ondernemer in een maatschap, in een ziekenhuis. Om deze positie te behouden, moet de specialist 'een herkenbare bijdrage' leveren aan het zorgproduct. In de DRG-systematiek is dit niet mogelijk omdat de DRG wordt afgeleid uit gegevens die door het ziekenhuis worden vastgelegd en uit de instellingskosten die als geheel in het product zijn opgenomen (Krabbe-Alkemade en Zuurbier 2007, p.28).

De individuele specialist in Nederland levert zijn bijdrage aan de DBC door precies te registreren wat hij doet. Daarnaast is het DBC-systeem in samenwerking met de collectieve specialist (in de wetenschappelijke vereniging) tot stand gekomen. Volgens Mintzberg (2001) komen veranderingen in de professionele bureaucratie niet gemakkelijk van de grond wanneer ze aangevoerd worden door de overheid of door de bestuurder van de zorgorganisatie. Er kan beter een beroep gedaan worden op de externe beroepsorganisaties van de professionals (zoals gedaan is bij het DBC-systeem). Het categoriseren van de zorg blijkt volgens Mintzberg (2001, p.209) een bron van veel conflicten in de professionele organisatie te zijn. Daarenboven wordt er aan een DBC een geldelijke vergoeding gekoppeld, waardoor de typering nog ingewikkelder van aard is. Bij de typering van DBC's en bij het bepalen van het uurtarief en de normtijden hebben de specialisten in Nederland een flinke vinger in de pap gehad.

### *Financiële positie van de specialist*

Tot 2008 was er binnen de FB-systematiek sprake van de lumpsumhonorering voor medisch specialisten. Via de lumpsum werden de medisch specialisten (apart van het ziekenhuis) door de overheid extern gebudgetteerd. De overheid stortte een gewogen bedrag op de rekening van het ziekenhuis, waarna er een herverdeling plaats vond. Een vertegenwoordiging van medisch specialisten herverdeelde dit budget zelf over de verschillende maatschappen op basis van historisch gegroeide principes. Binnen de maatschappen werd het geld op één hoop gegooid en verdeeld naar het aantal uren werk, ongeacht de productie per specialist. Doordat specialisten in ieder geval lumpsum kregen voor het werk, was er geen prikkel aanwezig tot betrouwbare registratie en efficiëntere en kwalitatief betere zorg. Door het ontbreken van de directe relatie tussen de honorering van medisch specialisten en het werk dat er voor werd geleverd, zijn er ook onverklaarbare (en onrechtvaardige) inkomensverschillen ontstaan tussen de specialisten van verschillende maatschappen.

Per 1 januari 2008 werd met de DBC-systematiek de lumpsum afgeschaft en het normatief uurtarief ingevoerd.<sup>30</sup> Naast het ziekenhuiskostendeel bevat het DBC-tarief ook een honorariumcomponent (OMS, 2007). De prestaties van de vrijgevestigde specialisten worden vastgelegd in DBC's. Loon naar werken is één van de belangrijkste uitgangspunten van de DBC-systematiek. De vrijgevestigde medisch specialist ontvangt een reële beloning per geleverd product op basis van normtijd (de tijd die nodig is voor een DBC) vermenigvuldigd met het uurtarief. Door het uurtarief kan de werklast van de vrijgevestigde specialist worden toegekend aan de DBC. Zo kan de bijdrage van de vrijgevestigde specialist aan de productie precies bepaald worden; de vrijgevestigde specialisten krijgen betaald voor wat ze daadwerkelijk produceren.

In algemene ziekenhuizen werken vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst. Specialisten in loondienst krijgen op basis van hun CAO elke maand een vast salaris. Het aantal artsen in loondienst beperkt zich meestal maar tot een paar vakgroepen. Het salaris is voor specialisten in loondienst dus niet productiegebonden.

### **5.4 De geleidelijke invoering**

De huidige werking van het DBC-systeem komt nog niet overeen met de oorspronkelijke uitgangspunten. Er is in 2003 namelijk gekozen voor een *'gefaseerd invoeringsmodel op weg naar transparantie, prestatiebekostiging en marktwerking'* (VWS, 12 juni 2006). De

---

<sup>30</sup> Tot 2008 hadden de medisch specialisten samen met de tandartspecialisten geen onderbouwd uurtarief. Dit in tegenstelling tot andere beroepsgroepen in de zorg (Het Witte Boek III 2007, p.10). In dit jaar, 2008, is de lumpsum afgeschaft. Tegelijkertijd is er een honorariumverlaging ingevoerd naar € 132,50. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het bestuur van de Orde van Medisch Specialisten hebben overeenstemming bereikt over het normtarief, uurtarief en over de wijze van toepassing van dit onderbouwd uurtarief. Tussen de grenzen van €126,50 en €138,50 kunnen medisch specialisten vrije afspraken maken (VWS, 17 januari 2007). Verschillen in beloning van medische specialisten zijn hierdoor mogelijk. Binnen de bandbreedten zullen er per DBC afspraken gemaakt moeten worden tussen het ziekenhuis en de medische specialist.

DBC-systematiek moet geleidelijk de FB-systematiek gaan vervangen. Momenteel opereren deze twee systemen nog naast elkaar.

### *Budgettering en financiering*

Budgettering betreft het vooraf toekennen van een maximaal bedrag voor een periode, met afspraken over de tegenprestaties. 'Externe budgettering' vindt binnen de FB-systematiek plaats via de zorgverzekeraars (bijvoorbeeld voor de geneesmiddelen en de FB-parameters) en via de overheid (bijvoorbeeld het beschikbaarheidscomponent van de spoedeisende behandelingen). Tevens wordt dit budget intern gesplitst in een ziekenhuisdeel en een (als gevolg van lokale initiatieven) honorariumdeel voor de medisch specialisten. De ziekenhuizen streven binnen de FB-systematiek naar een maximalisatie van het budget. Het budget heeft bij deze systematiek immers geen relatie met de daadwerkelijke kosten van het ziekenhuis. Dit schetst een dilemma: de patiënt is gebaat bij een zo goed mogelijke en betaalbare zorg, maar efficiëntieverbeteringen worden bestraft met een lager extern budget (Schaepkens 2004, p.7). Bijvoorbeeld: wanneer het aantal ligdagen bij een bepaalde zorgvraag kan worden beperkt (dit is goed voor de patiënt), neemt het aantal parameters (ligdagen) af die als basis dienen voor de hoogte van het budget voor het ziekenhuis.

In de DBC-systematiek moeten ziekenhuizen geld krijgen op basis van het aantal geproduceerde en bij de zorgverzekeraar (of patiënt) gedeclareerde DBC's. Achteraf krijgen ziekenhuizen een bedrag van de patiënt of de verzekeraar op basis van de geleverde prestaties. Ook al wordt er binnen het DBC-systeem zo veel mogelijk gestreefd naar deze manier van '*externe financiering*', toch zullen sommige onderdelen van de zorg nog apart extern gebudgetteerd blijven. In de DBC-systematiek is er daarom een onderscheid gemaakt tussen twee segmenten: het A-segment en het B-segment. Een deel van de zorg, opgenomen in het A-segment, komt niet in aanmerking voor deze manier van financieren. Deze zorg laat zich niet goed in een aan de individuele patiënt gerelateerde 'prestatie' beschrijven. Voorbeelden hiervan zijn de beschikbaarheidscomponent voor de spoedeisende hulp, topreferente zorg en opleidingen (VWS, 13 juni 2007, p.6). Hier geldt de budgettering zoals in de FB-systematiek en is er een contracteerplicht.<sup>31</sup> In het B-segment daarentegen wordt er vrij onderhandeld met de zorgverzekeraars over de prijs, kwaliteit en volume van DBC's. De prijs van de B-DBC bestaat uit een vrij te onderhandelen kostendeel voor het ziekenhuis en een vast tarief voor de honoraria van de medisch specialisten per B-DBC.

---

<sup>31</sup> Het ziekenhuis moet 24 uur per dag beschikbaar zijn voor spoedeisende zorg, los van het aantal te behandelen patiënten (VWS, 13 juni 2007, p.7). De kosten die hieraan verbonden zijn, zullen niet worden terugverdiend uit de inkomsten van de behandelingen. Daarom is de beschikbaarheidscomponent van de spoedeisende hulp apart opgenomen in het A-segment.

Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met uitzonderlijke diagnose en behandeling, waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is (VWS, 13 juni 2007, p.11).

### *Invoeringsmodel*

Bij de invoering van de DBC-systematiek in 2005 werd er gestart met een B-segment van 10%. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) constateerde in hun jaarlijkse monitor ziekenhuiszorg dat er een lichte daling in de wachtlijsten te constateren was.<sup>32</sup> Deze trend zette door in 2006 en 2007 (VWS 2008, p.2). In het B-segment hadden de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars namelijk meer vrijheid om een groter volume af te spreken. Dit volume wordt echter wel nog steeds ingeperkt door het Budgettair Kader Zorg.<sup>33</sup>

Aanvankelijk was het de bedoeling om het B-segment in de jaren tot 2008 uit te breiden. Echter, het DBC-systeem ging gepaard met enkele kinderziektes en het politieke draagvlak voor de uitbreiding van het B-segment was, uit angst voor prijsstijgingen, niet groot. De prioriteit werd in de jaren tot 2008 daarom gegeven aan de verbetering van het systeem zelf (OMS 2007, p.6). In 2006 en 2007 werden enkele imperfecties ten aanzien van de vrije onderhandelingen geconstateerd: het kleine B-segment, weinig kwaliteitinformatie over DBC's en een te kleine rol voor keuzeondersteuning (het leiden van de verzekerden door de zorgverzekeraar naar een voorkeursaanbieder) (NZa 2008, p.7). Tot dan toe liepen zorgverzekeraars ook weinig risico en vond er via het zorgverzekeringsfonds jaarlijks een verevening plaats. Die verevening wordt in de komende jaren langzaam afgebouwd (OMS 2007, p.10).<sup>34</sup>

In 2008 werd het B-segment vergroot naar 20% van de ziekenhuiszorg.<sup>35</sup> Zorgverzekeraars groeien in hun rol als zorginkoper en ze onderhandelen kritischer over prijs en kwaliteit (VWS 2008, p.2). Keuzeondersteuning gaat een grotere rol spelen. De onderhandelingen verlopen echter moeizaam; pas erg laat in het jaar werden er afspraken gemaakt. Een reden hiervoor is dat de prijsverschillen waar zorgverzekeraars en ziekenhuizen mee inzetten te groot zijn (NZa 2008, p.8).

Door ongelijke prikkels in het A-segment is er in 2008 sprake van een spanning tussen het ziekenhuis en de specialisten. Voor de specialisten geldt prestatiebekostiging voor

---

<sup>32</sup> De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt de kostprijzen van de DBC's in het A-segment vast. Naast het vaststellen van deze kostprijzen is de NZa als onafhankelijk orgaan (gericht op zowel de verzekeraar als de zorgaanbieder) marktmeester en zodoende zorgdragend voor een goede werking van zorgmarkten. De Zorgautoriteit heeft door de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) meer bevoegdheden om in te grijpen en om concurrentie te bevorderen (VWS, september 2006, p.4). Tevens onderzoekt zij in de jaarlijkse monitor ziekenhuiszorg een goede overgang naar een groter B-segment (Zuurbier, Groot en Spanjers 2004, p.17).

<sup>33</sup> De prikkel tot efficiënter produceren wordt hierdoor nog niet helemaal doorgezet. De overheid wil toch de kosten van de zorg in de gaten blijven houden. Nog niet zeker is bovendien of de extra zorg die momenteel geleverd wordt in het B-segment wel helemaal vergoed gaat worden.

<sup>34</sup> De verzekeringsmarkt wordt gereguleerd. Voor erg zieke mensen krijgt een verzekeraar een compensatie uit het vereveningsfonds. De verzekeraars met veel gezonde verzekerden moeten een bijdrage storten in het vereveningsfonds.

<sup>35</sup> Het bouwregime werd ook afgeschaft in dit jaar; de B-DBC's bevatten nu ook een deel kapitaallasten.

alle DBC's, terwijl het ziekenhuis maar voor 20% van de zorg (het B-segment) op basis van prestaties bekostigd wordt. De externe financiering van de professionals vindt plaats via DBC's en ziekenhuizen krijgen voor het A-segment nog FB-budget. In principe worden medisch specialisten gehonoreerd op basis van *'normtijd x uurtarief x volume aan zorg'*, maar ze worden nog geconfronteerd met de beperkingen van het ziekenhuisbudget (OMS 2007, p.7).

*'Door het FB-budget zijn expliciet de productiegrenzen van de zorg vastgelegd.'* (OMS 2007, p.7)

Minister Klink van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft met onderbouwing van de ziekenhuismonitor (NZa 2008) plannen om in 2009 het B-segment te vergroten naar 34%. Daarnaast wordt er gebouwd aan een prijsbeheersinginstrument/maatstaf. De inzet van dit instrument hangt af van de ontwikkelingen in het B-segment in 2008 en 2009. Wanneer het instrument nog niet klaar is in 2010 zal het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, na 2009, niet over gaan tot een uitbreiding van het B-segment (VWS 2008). Tevens moeten er in 2011 voor 80 aandoeningen (dat is 80% van de ziekenhuiszorg) indicatoren zijn opgesteld om beter te kunnen onderhandelen over kwaliteit (VWS 2008, p.2).

Hierbij moet in ogenschouw genomen worden dat het beleid van de overheid veranderlijk is. De voortgang hangt af van politiek draagvlak en van de ontwikkelingen in het B-segment.

## **5.5 De veranderende werkprocessen**

Zoals eerder besproken, betreft de probleemstelling een ontwikkeling. De consequenties van het DBC-systeem voor de werkprocessen van de professional en de manager moeten in kaart worden gebracht. In theoretisch opzicht moeten de werkprocessen van de professional en de manager ten tijde van de FB-systematiek (tijdstip 0) vergeleken worden met de werkprocessen van de professional en de manager ten tijde van de DBC-systematiek (tijdstip 1).

De veranderende contractering tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder en de veranderende interne verdeling van de gelden hebben gevolgen voor de werkprocessen binnen de zorgorganisatie. De selectieve contractering heeft bijvoorbeeld gevolgen voor de manier van onderhandelen in de organisatie en met de zorgverzekeraar. En wanneer het interne budget wordt vervangen door financiering op basis van opbrengsten, moet de DBC-productie volledig en goed worden geregistreerd en de primaire processen transparant worden gemaakt. De transparantie is daarnaast voorwaardelijk aan sturing om de concurrentie als ziekenhuis voor te blijven. Ten slotte verandert de verdeling van de honoraria; op basis van de daadwerkelijke productie krijgen de vrijgevestigde



specialisten betaald. In tabel 5.1 worden de werkprocessen van de professional voor (tijdstip 0) en na (tijdstip 1) de invoering van het DBC-systeem weergegeven.

*Tabel 5.1: De veranderende werkprocessen*

<i>Tijdstip 0</i>	<i>Tijdstip 1</i>
<b><i>registratie</i></b>	
<i>registratie van FB-parameters door de polikliniekassistenten</i>	<i>registratie van DBC's, openen en sluiten door specialisten</i>
<i>geen terugkoppeling</i>	<i>terugkoppeling van uitval door de registratieafdeling naar de specialist</i>
<b><i>transparantie</i></b>	
<i>de manager en de professional kunnen prima langs elkaar heen werken; de specialist werkt afgeschermd en de manager heeft informatie over de parameters gekregen van de polikliniekassistenten</i>	<i>de manager en de professional werken samen; ze wisselen informatie uit over de primaire processen</i>
<i>de manager heeft alleen FB-parameters om de zorg inzichtelijk mee te maken.</i>	<i>de manager maakt de primaire processen (kostprijzen en lokale zorgprofielen) inzichtelijk op basis van DBC's</i>
<i>sturen met behulp van weinig transparante FB-informatie</i>	<i>sturen met behulp van transparante DBC-informatie</i>
<b><i>onderhandelen</i></b>	
<i>intern en extern onderhandelen op basis van FB-parameters</i>	<i>intern en extern onderhandelen op basis van DBC's</i>
<b><i>verdeling van de honoraria</i></b>	
<i>op historische principes gebaseerde verdeling van de lumpsum door een vertegenwoordiging van specialisten</i>	<i>een inzichtelijke verdeling op basis van daadwerkelijke productie per vrijgevestigde specialist</i>

Nu de veranderende werkprocessen van de professional en de manager ten gevolge van het DBC-systeem in theorie in kaart zijn gebracht, kunnen deze worden vergeleken met de veranderende werkprocessen van de professional en de manager ten gevolge van het DBC-systeem in de praktijk. In het volgende hoofdstuk worden de veranderingen in de werkprocessen van de professional en de manager ten gevolge van het DBC-systeem in de praktijk (het ziekenhuis, met de geanonimiseerde naam: 'Asclepius') besproken.

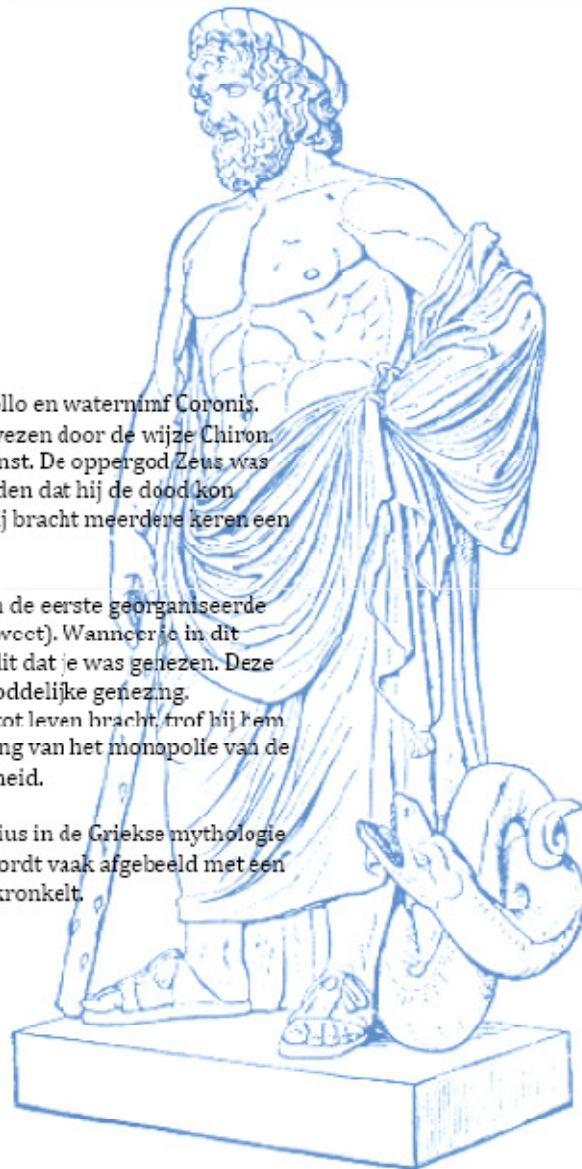


### Asclepius

Asclepius was de zoon van de Griekse god Apollo en waternimf Coronis. Tijdens zijn kinderjaren werd Asclepius onderwezen door de wijze Chiron. Chiron leerde Asclepius alles over de geneeskunst. De oppergod Zeus was daarom bang dat Asclepius zo wijs zou worden dat hij de dood kon overwinnen. Dit lukte Asclepius inderdaad en hij bracht meerdere keren een dode tot leven.

Asclepius groeide op en ging werken in één van de eerste georganiseerde ziekenhuizen (waarvan men het bestaan af weet). Wanneer je in dit ziekenhuis droomde van een slang, betekende dit dat je was genezen. Deze heilige slang stond symbool voor een goddelijke genezing. Wanneer Zeus ontdekte dat Asclepius de doden tot leven bracht, trof hij hem met zijn bliksem. Hij strafte hem voor de aantasting van het monopolie van de goden op de onsterfelijkheid.

Vanaf de vijfde eeuw voor Christus wordt Asclepius in de Griekse mythologie vereerd als god van de geneeskunst. Asclepius wordt vaak afgebeeld met een staf waar een slang omheen kronkelt.



<sup>36</sup> Bewerkt plaatje, bron: [www.ancienthistory.com](http://www.ancienthistory.com)  
Bron tekst: [www.encyclo.nl](http://www.encyclo.nl)



## Hoofdstuk 6: Asclepius: een introductie

Het ziekenhuis 'Asclepius' is geselecteerd als onderzoekseenheid. In dit hoofdstuk en de volgende twee wordt deze casus uiteengezet. In hoofdstuk 7 en 8 worden de autonomie van de professional (7.1), de efficiëntie van de manager (7.2), de sturing van de manager (8.1) en de zelfsturing van de professional (8.2) besproken aan de hand van de observeerbare termen die geformuleerd zijn in hoofdstuk 3; perceptie van belangen, wederkerige afhankelijkheid, de overgangsfase van het DBC-systeem en de toekomst.

Eerst wordt in dit hoofdstuk Asclepius geïntroduceerd (6.1). Daarna worden de veranderende werkprocessen ten gevolge van het DBC-systeem in theorie vergeleken met de veranderende werkprocessen in Asclepius: registratie (6.2), transparantie (6.3), onderhandelingen (6.4) en verdeling van de honoraria (6.5). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie (6.6).

### 6.1 inleiding

Asclepius is één van de grootste algemene ziekenhuizen in Nederland en bestaat sinds 1999. Het is ontstaan uit een fusie van vier ziekenhuizen. Vanuit deze vier verschillende locaties wordt er zorg geleverd. Elke locatie heeft zijn eigen profiel (één locatie is bijvoorbeeld gericht op de klinische en poliklinische basiszorg terwijl er op een andere locatie meer aandacht wordt besteed aan complexe en hoogwaardige zorg), maar Asclepius houdt zich vooral bezig met basiszorg. Asclepius bevindt zich in een gebied met een grote concentratie van aanbod van zorg. Ze wil dan ook graag de eerste keuze voor de bevolking uit de regio zijn.<sup>37</sup> Het ziekenhuis houdt zich bezig met een uitgebreide externe marktstrategie. Er worden regelmatig folders en digitale nieuwsbrieven verspreid in de regio. Daarnaast is het ziekenhuis bezig met de bouw van een grootschalig gezondheidspark (en diverse zorgparken) bestaande uit onder andere een sportboulevard, een ziekenhuiszone, een spoedeisende hulp, een observatiecentrum, nieuwe poliklinieken, een zorg- en kraamhotel, een huisartsenpost, een bloedbank en een apotheek. Ook samenwerkende partners, zoals de GGD, vestigen zich op dit park. Verder speelt Asclepius in op diverse doelgroepen door bijvoorbeeld de bouw van een kenniscentrum voor oudergeneeskunde met een geheugencentrum en door bijvoorbeeld de parkeerruimten op de verschillende locaties uit te breiden.

In Asclepius werken ongeveer 200 poortspecialisten en ongeveer 4.000 medewerkers. Een klein deel van de medisch specialisten is werkzaam in dienstverband; de

---

<sup>37</sup> Website Asclepius.

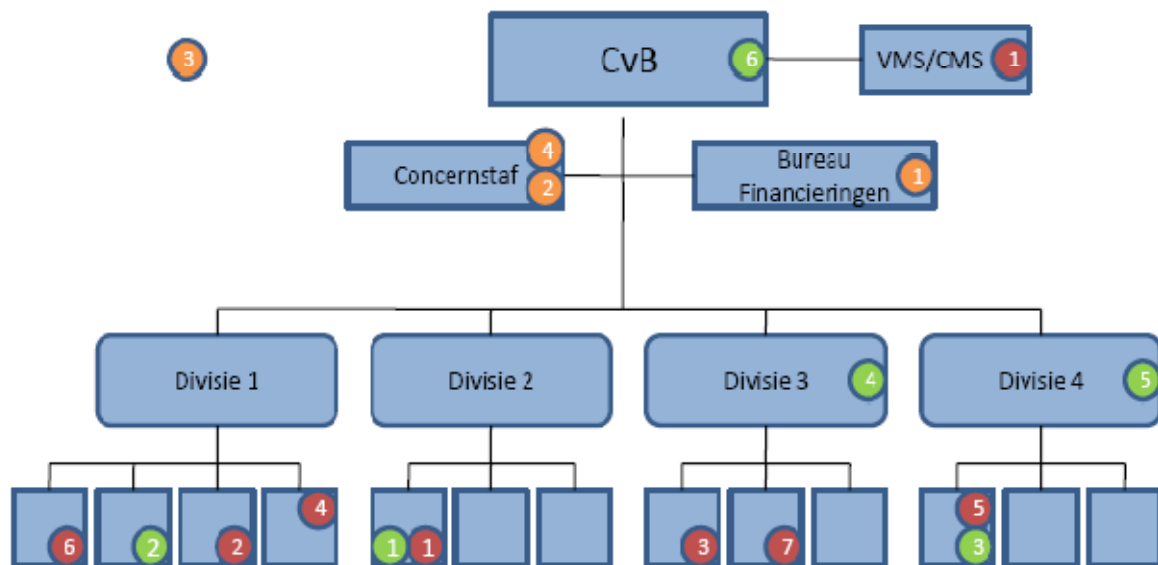
vakgroepen geriatrie, kindergeneeskunde en psychiatrie. De rest van de medisch specialisten zijn vrijgevestigd en werken in maatschappen.<sup>38</sup>

### Divisiestructuur

In figuur 6.1 ziet u het organogram van Asclepius. Alleen de respondenten zijn in deze figuur opgenomen door middel van de gekleurde rondjes; de specialisten rood, de managers groen en de mensen die geïnterviewd zijn voor de werking van het systeem oranje.<sup>39</sup> Voor uitleg van de nummers kunt u bijlage 1 raadplegen.

Asclepius heeft een duale bestuursstructuur. Het College van Bestuur (CvB) bestaat uit de Raad van Bestuur (RvB) en uit twee leden van het dagelijkse bestuur van de Vereniging Medische Staf (VMS). Het CvB maakt onderling afspraken over de gang van zaken in het ziekenhuis. De twee afgevaardigden van de VMS zijn de medische tak van het ziekenhuis en vertegenwoordigen al de medici in het bestuur. Alle specialisten zijn lid van de VMS. De Coöperatie Medische Staf (CMS) bestaat alleen uit vrijgevestigde specialisten. Binnen de CMS werd de lumpsum verdeeld, voordat er sprake was van prestatiebekostiging.

*Figuur 6.1: Het organogram met alle respondenten*



De patiëntenzorg is opgedeeld in vier divisies: drie divisies (divisie 1, 2 en 3) omvatten de directe patiëntenzorg en één divisie (divisie 4) de indirecte patiëntenzorg. De indirecte patiëntenzorg omvat de zorgondersteuning, zoals radiologie en nucleaire geneeskunde. De divisie managers (manager 4 en 5) geven leiding aan de divisies. Ze zijn

<sup>38</sup> Een maatschap kan ook wel vakgroep genoemd worden, maar een vakgroep is geen maatschap. Om verwarring te voorkomen wordt hier het onderscheid gemaakt tussen vakgroep en maatschap: de specialisten in loondienst werken in vakgroepen en de vrijgevestigde specialisten in maatschappen.

<sup>39</sup> Arts 1 (rood rondje met een 1 erin) staat twee keer weergegeven; hij is namelijk de voorzitter van de CMS, maar maakt ook deel uit van een maatschap in divisie 2.

verantwoordelijk voor de kosten en de opbrengsten, maar ook voor de kwaliteit en de onderlinge relaties.

Een divisie is samengesteld uit meerdere vakgroepen of maatschappen.<sup>40</sup> De vakgroepen en maatschappen die in het primaire proces veel op elkaar lijken zijn geclusterd in divisies. De geïnterviewde medisch managers (specialist 4 en 5) staan in het organogram bovenaan de vakgroep of maatschap weergegeven. De medisch manager ondersteunt de divisie manager. Alle medisch managers binnen een divisie vormen samen met de divisie manager het managementteam van de divisie. De medisch manager is gemandateerd door de vakgroep of de maatschap. Hij of zij praat namens de vakgroep of maatschap met de divisie manager en het bestuur.

In het organogram staan de geïnterviewde operationeel managers weergegeven op vakgroep/maatschapsniveau (manager 1, manager 2 en manager 3). Ze maken geen deel uit van de vakgroepen of maatschappen, maar zij werken op de afdelingen en de poliklinieken. Zij zorgen dat de bedrijfsvoering goed loopt en houden zich bezig met het personeel op de afdelingen, de inzet van materiaal en het beheer daarvan.

Het bestuur wordt ondersteund door de Concernstaf en Bureau Financieringen. De Concernstaf geeft advies op het gebied van ziekenhuisbrede en strategische vraagstukken op de beleidsterreinen HRM, financiën, management development en informatie- en technologiebeleid, maar ook de registratieafdeling valt hier onder. Binnen het Bureau Financieringen worden alle opbrengstenstromen geregistreerd. Zij zijn verantwoordelijk voor alle externe contacten, bijvoorbeeld met zorgverzekeraars en banken. De onafhankelijke interne controleur (oranje rondje met een 3 er in) is buiten het organogram geplaatst. Deze functie is ingesteld na de *'Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle betreffende DBC-registratie en facturering'* in 2004 (zie paragraaf 5.2). Zij controleert onafhankelijk zijnde van het ziekenhuis de registratie.

### *Tijdsbeeld*

De interviews zijn eind 2007 afgenomen. Asclepius stond aan het begin van een periode waarin de aandacht verschoof van sturing op de kwaliteit van de registratie (sneller openen en sluiten van DBC's en het beperken van de uitval) naar sturing, door middel van de registratiegegevens, op efficiëntie van de werkprocessen.

## **6.2 Registratie**

Ten tijde van de FB-systematiek registreerden de polikliniekassistenten de FB-parameters. In theorie moet binnen de DBC-systematiek de specialist nu DBC's registreren, openen en sluiten. Ook moet de uitval van de validatiemodule nu teruggekoppeld worden naar de specialist, zodat hij of zij deze DBC's kan corrigeren.

---

<sup>40</sup> Dit zijn de vierkantjes onder de divisie.

De specialisten binnen Asclepius geven aan dat hun taken amper zijn veranderd na de gedeeltelijke invoering van de DBC-systematiek. De reden hiervoor is dat de registratietaak binnen Asclepius vaak niet in geheel bij de specialisten ligt. Soms worden DBC's wel rechtstreeks door de specialisten geregistreerd, maar het gebeurt vaak via een uitgeprinte typeringslijst. Deze lijst geven de specialisten aan de polikliniekassistente om later in de computer in te voeren. Een voorbeeld van een typeringslijst vindt u in bijlage 2.

*A2: 'Nou je moet die getalletjes steeds invullen, dat is administratief eh, ietsje meer werk zal ik maar zeggen. Op papier, en de assistente vult die dan in.'*

Hierdoor zijn ze minder tijd kwijt aan de registratie en vullen zij zelf dus niet direct de DBC in de computer in. De specialist bepaalt op deze wijze nog wel de diagnose en de behandeling. Echter, naast het invullen van de gegevens vanaf de typeringslijst, houden polikliniekassistenten zich vaak ook grotendeels bezig met de registratietaak zelf. Polikliniekassistenten vullen bij sommige specialismen gehele DBC's op eigen initiatief in; de diagnose, de behandeling en de afsluiting van DBC's.

*A5: 'De diagnose en de behandeling doen de assistenten ook, bij ons is dat vrij standaard [...] Die verrichtingen worden aangevinkt en worden uiteindelijk door de secretaresses aan de juiste DBC gekoppeld. We hebben formulieren, die kunnen wij invullen maar zij doen het ook. We hebben daar als arts geen controle op. Als je het feitelijk wilt zien: zet ik mijn handtekening onder het formulier?, nee!'*

### *Terugkoppeling*

De uitval wordt in Asclepius niet direct teruggekoppeld naar de specialist. De validatiemodule geeft in het geval van afkeuring namelijk een geschatte juiste DBC-code. In Asclepius wordt de uitval op de medische registratieafdeling daardoor gecorrigeerd naar systeemfouten, fouten die gemaakt worden op de afdelingen en fouten van de specialist. Fouten die gemaakt worden op de afdelingen houden meestal in dat vergeten is om een activiteit aan de DBC toe te voegen.<sup>41</sup> De registratieafdeling neemt dan direct contact op met de desbetreffende afdeling en niet met de specialist die verantwoordelijk is voor de DBC. Zo resteren de foute DBC's die betrekking hebben op de diagnose en behandeling, maar ook deze fouten worden op de medische registratieafdeling geminimaliseerd.

*S2: 'Inmiddels weten we van: in dat en dat geval mag ik de diagnose veranderen, de dokter heeft dat dan al tien keer gezegd en ik blijf niet bellen. Dan leg ik dat vast: we hebben met de specialisten van bijvoorbeeld de dermatologie afgesproken dat in die en die gevallen....'*

---

<sup>41</sup> Verschillende afdelingen zijn bij de registratie van een DBC betrokken. De specialist is wel verantwoordelijk voor zijn DBC (openen en sluiten) en de diagnose en de behandeling in het bijzonder, maar hij voert niet zelf alle verrichtingen in. De verpleegafdelingen en de poliklinieken voegen ook verrichtingen toe (zie figuur 5.1).



De geminimaliseerde uitval wordt vervolgens teruggekoppeld per maatschap/vakgroep. In veel gevallen neemt één specialist binnen de vakgroep of maatschap (medisch manager of benoemd als DBC-verantwoordelijke) dit op zich, maar het komt ook regelmatig voor dat de operationeel manager of de polikliniekassistenten zich met de terugkoppeling bezig houden.<sup>42</sup>

*A4: 'We hebben heel veel uitval. Daarom laten we het nu helemaal handmatig door twee administratief medewerkers doen.'*

Kortom, de registratie vindt plaats op basis van de FB-parameters en op basis van DBC's. De registratie, het openen en het sluiten van de DBC's wordt door specialisten, maar ook door polikliniekassistenten gedaan. Daarnaast is er geminimaliseerde terugkoppeling van uitval door de registratieafdeling naar de specialist, maar ook naar de polikliniekassistenten en de operationeel managers.

Het belang van een goede registratie werd door een groot deel van de specialisten in Asclepius (ten tijde van de afname van de interviews) niet ingezien. Eind 2007 was er echter een piek te zien in de registratie. Steeds meer specialisten kwamen toen tot het besef dat de DBC-registratie in 2008 van invloed zou gaan zijn op het honorarium (en gingen daarom beter registreren).

### 6.3 Transparantie

Ten tijde van de FB-systematiek konden specialisten en managers prima langs elkaar heen werken. De professional werkte afgeschermd en de manager deed zijn bedrijfsvoering op basis van FB-parameters. In theorie moet het DBC-systeem transparantere zorg bewerkstelligen. De gezondheidszorg heeft altijd te maken gehad met globale budgetten, maar nu worden de primaire processen (kostprijzen en lokale zorgprofielen) inzichtelijker gemaakt door de hechtere samenwerking tussen de managers en de professionals. De zorg is beter kwantificeerbaar waardoor de bedrijfsvoering in ziekenhuizen transparanter wordt. Deze transparantere zorgprocessen zijn voor de manager beter stuurbaar. Maar is er daadwerkelijk sprake van transparantie in de praktijk?

#### *Struikelblokken*

In de periode vanaf de invoering van DBC's heeft Asclepius enkele processen inzichtelijker gemaakt. Er is gewerkt aan goede registratie van DBC's waardoor de totaaloverzichten van de productie betrouwbaarder zijn. Ook zijn er enkele verbeteringen in de transparantie van kostprijzen en de profielen van DBC's. Toch loopt

---

<sup>42</sup> Elk specialisme heeft naast zijn eigen medisch manager ook een DBC-verantwoordelijke. Deze functies kunnen soms samenvallen. De DBC-verantwoordelijke geldt als aanspreekpunt betreffende de DBC's.

het proces van de verbetering van de transparantie erg traag; terwijl de middelen om processen en kosten inzichtelijk te maken, zoals een goede ICT, wel aanwezig zijn.

*A5: 'Je moet als arts individueel je beslissingen kunnen maken, maar je moet als organisatie over de hele linie weten wat er gemiddeld in je pand gebeurt. Binnen de DBC. Maar dat is nu niet zo. Het is niet na te gaan.'*

De reden hiervoor is dat de verschillende partijen het belang niet in zien van de transparantie. Het ziekenhuis wordt nog voor het grootste deel van de zorg gebudgetteerd op basis van FB-parameters waardoor de aandacht voor de transparantie in termen van DBC's nog niet groot is. Naast de DBC-registratie worden namelijk ook nog de FB-parameters geregistreerd.

*A1: 'Het ziekenhuis wordt nog gebudgetteerd op FB-parameters. Denk je dat ze iets op het gebied van DBC's inzichtelijk maken? Dat is hun belang toch niet! [...] Het belang om productielijsten te verspreiden met DBC's erop is er niet.'*

*S2: 'Veel specialisten zijn gewoon niet geïnteresseerd in registratie, zelfs niet bij de B-segmenten... Een specialist die niet geïnteresseerd is in de registratie van DBC's doet dat ook niet bij B-DBC's.'*

Ook sluimeren de kinderziekten van het relatief nieuwe systeem nog steeds door, waardoor bepaalde zorg niet goed te registreren is.

*A3: 'Laatst kregen we weer zo'n lijst met foute DBC's teruggekoppeld en hebben we de lijst opgeschoond. Maar er was een probleem: we wilden de patiënt wel terugzien, maar we konden nog geen afspraak in de toekomst plannen. Tegen de patiënt hebben we gezegd: bel maar op over een half jaar. Maar een DBC zonder vervolgspraak moet normaal gesproken worden afgesloten.'*

#### *Profielen en kostprijzen*

De managers en de professionals hebben nog geen informatie uitgewisseld over de lokale zorgprofielen of de kostprijzen. Ook al zijn de kostprijzen voor een groot gedeelte door de afdeling Financieringen al wel inzichtelijk gemaakt, nog niet alle specialisten zijn hiervan op de hoogte.

*A4: 'In dit ziekenhuis is de kostprijs niet eens te berekenen, dus apart onderhandelen over B-DBC's heeft geen zin. We weten niet eens of we winst maken op spataderen. Dat kunnen ze niet. Ze zijn eindeloos bezig ermee. De werkelijke kosten kunnen we niet berekenen. Onze ICT kan het niet berekenen. Overigens is dat in veel ziekenhuizen zo, ik heb op een beurs laatst eens links en rechts gepraat.'*

De kostprijsberekening binnen bepaalde afdelingen, zoals van de Operatie Kamers (OK) en van de zorgondersteuning, zijn niet inzichtelijk gemaakt.

Bij de OK en bij de zorgondersteuning worden activiteiten uitgevoerd die vallen onder een DBC van de poortspecialismen. De kosten van de OK worden verdeeld over de activiteiten die daar worden uitgevoerd; de kosten van de activiteiten kunnen zo worden doorbelast naar de desbetreffende DBC's van de poortspecialismen. Op de OK worden daarnaast echter ook werknemers en vast kapitaal voor algemene doeleinden ingezet. Dit kan niet aan een bepaalde DBC gekoppeld worden, waardoor de kosten niet goed inzichtelijk zijn.

Het grootste deel van de activiteiten van de zorgondersteuning bestaat uit onderzoeken die worden aangevraagd vanuit de poortspecialismen. Deze activiteiten behoren toegevoegd te worden aan DBC's van die specialismen. Dit is echter niet altijd het geval. Soms weten de zorgondersteuners niet of het onderzoek uiteindelijk onderdeel is geworden van een DBC. Sommige activiteiten worden niet geregistreerd of op een foute manier geregistreerd. Dit worden 'zwevende verrichtingen' genoemd. Omdat de lokale profielen van de poortspecialismen nog niet duidelijk zijn, is het moeilijk te bepalen hoeveel verrichtingen er nodig zijn voor een bepaalde DBC. Is een specialist op een efficiënte manier aan het werken of houdt hij geen rekening met de kosten bij zijn aanvraaggedrag?

*A5: 'Wij kunnen heel moeilijk als zorgondersteuners vooraf aantonen wat er nou precies aan diagnostiek in de DBC's zit. Soms staat er dat twee van de tien patiënten een MRI krijgen, je kan niet zeggen ienemienemutten!'*

*M3: 'De vraag is vaak gesteld. Laat zien hoe we het doen. We kunnen niet aantonen dat verrichtingen die wij in een bepaald tijdvak hebben gedaan of die ook valide zijn geweest en waar die in de DBC's terecht zijn gekomen. Dat is gevaarlijk, de verrichtingen verdwijnen. [...] We hebben het gehad dat het systeem maar 600 verrichtingen zag, dat moeten er veel meer zijn. Dan heb je nog het manco: waar gaan die verrichtingen dan naartoe? Zitten die wel onder de juiste DBC?'*

*M5: 'Het is niet meer dan normaal wanneer je in een commerciële omgeving zit: wat je doet dat moet je betalen! Ik heb altijd gezegd: het is hier proletarisch winkelen bij de zorgondersteuning. Bij de bakker reken je toch ook gewoon wat er gebeurt? Wat jullie doen is: je gaat op zaterdag naar de bakker, je koopt maar wat, je koopt niet wat je nodig hebt. Je zegt tegen de bakker: bedankt hé, want er is een vast bedrag afgesproken waarvoor je voor het driedubbele mag winkelen.'*

Op de werkvloer is nauwelijks verschil te merken in hoe de kostprijs tot stand komt en hoe de zorgprofielen er uit zien. Managers hebben alleen erg ruwe informatie over de zorgprofielen, gebaseerd op de registraties. Betrouwbare lokale profielen kunnen,

enerzijds door fouten in registratie en anderzijds doordat er niet duidelijk is wat de norm is voor het aantal activiteiten per DBC, niet worden bepaald. Alleen specialisten kunnen, met hun klinische autonomie, deze norm bepalen. Dit is in vele gevallen echter nog niet gebeurd. Hierdoor raken sommige activiteiten zoek en zijn dus niet aan een (goede) DBC gekoppeld of zijn er activiteiten aan een DBC gekoppeld die niet hebben plaatsgevonden. De vergelijking tussen landelijke profielen en lokale profielen kan dus vaak niet (op een betrouwbare wijze) gemaakt worden. Dit gaat ten koste van de transparantie.

*A2: 'De anesthesie en de radiologie zitten met activiteiten in ons landelijke DBC-profiel, als ik een vuiltje verwijder dan zit daar 40 euro voor de anesthesie bij, terwijl ze er niet eens aan te pas komen.'*

*A5 '20% van de activiteiten raken we kwijt, dat komt omdat het lokale profiel niet overeen komt met het landelijke profiel. Of omdat sommige onderzoeken die we doen nog niet in de standaard profielen zijn opgenomen. Voorbeeld: iemand heeft galstenen, dan moet de galblaas er uit. Door middel van een echo kan je dat aantonen. Dat is een 1 op 1 relatie. Maar bij 60% wordt die foto gemaakt, dus bij 40% zijn die echo's op een ander plaats gemaakt of zo... en in ieder geval niet aan de DBC gekoppeld. Zo zit het dus in elkaar. Dat komt omdat een deel via andere plekken wordt geregistreerd, bijvoorbeeld op de Spoed Eisende Hulp. Er zitten dus heel veel dingen in die niet kloppen. Dat is een groot probleem.'*

Kortom, de transparantie is nog te beperkt. De manager en de professional praten minimaal en op een ad hoc-wijze over de primaire processen. De manager kan, door de weinige samenwerking met de professional, de primaire processen niet goed in kaart brengen. De sturing vindt plaats op basis van de nog niet heel transparante DBC-informatie.

## **6.4 Onderhandelingen**

Ten tijde van de FB-systematiek werd er intern en extern onderhandeld op basis van FB-parameters. In theorie moet in de DBC-systematiek intern en extern onderhandeld worden op basis van DBC's.

Doordat de profielen en de kostprijzen in termen van DBC's in Asclepius nog niet transparant zijn, wordt er vooral nog onderhandeld in termen van FB-parameters. Wel worden DBC's steeds meer betrokken bij de onderhandelingen en eisen zorgverzekeraars steeds meer gedetailleerde informatie.

*Wie onderhandelt?*

Het onderhandelingsproces bestaat in Asclepius uit twee fasen: de interne onderhandeling en de externe onderhandeling. Bij de interne onderhandeling vindt er overleg plaats; een afgevaardigde van Bureau Financieringen en het CvB praten met de

divisiemanagers en de medisch managers over de productie van het komende jaar. Deze overleggen gaan vooral over productie in termen van FB-parameters.

A4 *'[...] daar beargumenteren we hoe we de productie zien in het komende jaar. En dat doen we nog steeds aan de hand van de FB-systematiek. Ook niet voor de .... {bepaald type zorg in het B-segment}. Bij de productieafspraken moet je namelijk een bepaalde lijst volgen die je opgestuurd krijgt van te voren en die is volgens de FB. Wij hebben ons beleid ook niet veranderd bij de B-DBC's dus er is geen reden om daar een apart soort afspraak voor te maken.'*

De uitkomst van deze besprekingen is de insteek voor de externe onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Een afgevaardigde van Bureau Financieringen en de voorzitter van de Coöperatie zitten met de zorgverzekeraars om de tafel en voeren de onderhandeling. DBC's voeren hierin wederom de ondertoon.

*Hoe wordt er onderhandeld?*

In de eerste drie jaar vanaf de invoering van DBC's is er in Asclepius erg eenvoudig onderhandeld. Er werd nog vastgehouden aan oude prijzen en er werd in één keer over alle zorg onderhandeld in plaats van apart te onderhandelen voor het A-segment en het B-segment.

S1: *'We hebben momenteel DBC's in het B-segment waar we verlies op draaien en waar we winst op draaien. Nu draaien we in totaal verlies op het B-segment en winst op het A-segment en op die manier is het wel recht te trekken.'*

Het ziekenhuis ondervindt geen directe gevolgen van slecht onderhandelde kostprijs in het B-segment. Dit komt omdat het B-segment nog erg klein is ten opzichte van het A-segment en er zodoende gecompenseerd kan worden met het FB-budget. De noodzaak van goed onderhandelen op basis van B-DBC's ziet men in Asclepius daarom nog niet.

M6: *'In het B-segment deden we wat er aan aanbod was. Tot nu toe is de discussie over verlies en winst B-DBC's nog niet heel scherp. Dat gaat een keer komen. Het is moeilijk want je wordt zelf als ziekenhuis volgens de FB-systematiek betaald. Het belang is nog niet heel groot, ook als je als ziekenhuis kijkt naar de winstgevendheid.'*

A7: *'Als het gaat om het B-segment. Bij ons was dat de .... {bepaald type zorg in het B-segment}. Daar hebben ze niks mee gedaan, omdat het in zo'n groot pakket zat. Misschien wordt er dit jaar wat mee gedaan. Het ziekenhuis kijkt voor zichzelf wat de meest efficiënte en handige manier is om zoveel mogelijk geld binnen te halen.'*

Bij de onderhandelingen voor het jaar 2008 is er pas voor het eerst wat gedetailleerder onderhandeld. Zo nu en dan werd er bijvoorbeeld om informatie gevraagd aan een

specialist. DBC's zijn nu ook als een apart item opgenomen bij de interne onderhandelingen en er wordt op een ad hoc manier gesproken over de profielen.

*S1: 'Zo zaten we bijvoorbeeld van de week met de gynaecologie. Daar hebben we al een tijdje een behandeling in huis voor sterilisatie van vrouwen. En dat kan nu via een hele patiëntvriendelijke methode, maar dat instrument kost €900 per behandeling. De reguliere DBC die kent een prijs in zijn totaliteit van €900. Die gaat nog uit van de oude behandelmethodes (die minder gebruiksvriendelijk is). Dat was altijd een A-DBC, dus daar kon je niet zoveel mee, ja of het verlies pakken en dat deden we dan maar. Maar nu is hij overgeheveld naar het B-segment en kun je daar echte afspraken over maken. Dus in de bespreking hebben we de voordelen van de behandeling besproken en gekeken naar de verschillende hulpmiddelen. Op basis van deze informatie kun je een beter aanbod doen aan de zorgverzekering. We leggen dan een keuze voor: dit is de oude DBC met de oude behandeling, daar vragen we €900 voor en dit is de nieuwe behandeling die een stuk gebruiksvriendelijker is en die kost €1.700.'*

Kortom, interne en extern wordt er vooral onderhandeld op basis van FB-parameters, de DBC's voeren de ondertoon. Wel is er een lichte toename te zien in de aandacht voor de DBC's bij de onderhandelingen.

## **6.5 Verdeling van de honoraria**

Ten tijde van de FB-systematiek werd de lumpsum verdeeld op basis van onderlinge historische afspraken tussen de specialisten. In theorie moet binnen de DBC-systematiek elke specialist worden betaald naar wat hij of zij daadwerkelijk produceert.

Door de geleidelijke invoering van het DBC-systeem is de prestatiebekostiging van de medisch specialisten pas ingevoerd in 2008. Het honorarium van de specialist hangt vanaf dit jaar rechtstreeks af van de registratie. Hoewel de interviews nog voor 2008 werden afgenomen, namelijk eind 2007, waren er wel al plannen rondom de verdeling van de gelden. Deze plannen wijken af van de verdeling van de honoraria onder het DBC-systeem in theorie: de verschillende maatschappen krijgen namelijk wel betaald naar productie, maar daarbinnen worden de gelden niet naar productie per specialist verdeeld. De gelden worden binnen de maatschap verdeeld naar het aantal uren werk.

Het CvB en de rest van het management in de organisatie bemoeit zich niet met deze verdeling. Velen wisten eind 2007 niet hoe het verdeelmodel van de honoraria er uit ging zien.

Kortom, de honoraria worden inzichtelijk verdeeld op basis van daadwerkelijke productie per maatschap. Per specialist wordt het geld verdeeld naar aantal uren werk.

## 6.6 Conclusie

Na de bespreking van de veranderende werkprocessen ten gevolge van het DBC-systeem in Asclepius kunnen deze worden vergeleken met de werkprocessen in theorie. In tabel 6.1 wordt deze vergelijking overzichtelijk weergegeven. In theorie moeten de werkprocessen zijn zoals in de linkerkolom, maar in Asclepius, de rechterkolom, vallen er duidelijk gaten.

Het DBC-systeem moet zorgen voor transparantie. Asclepius is bezig met het transparanter maken van zorgprocessen. Echter, dit gebeurt erg langzaam en mondjesmaat.

Tabel 6.1: De werkprocessen; theorie versus praktijk

theorie	Tijdstip 1: praktijk
<b>registratie</b>	
registratie van DBC's, openen en sluiten door specialisten	registratie op basis van FB-parameters en op basis van DBC's  registratie van DBC's, openen en sluiten door specialisten en polikliniekassistenten
terugkoppeling van uitval door de registratieafdeling naar de specialist	geminimaliseerde terugkoppeling van uitval door de registratieafdeling naar de specialist, de polikliniekassistenten en operationeel managers
<b>transparantie</b>	
de manager en de professional werken samen; ze wisselen informatie uit over de primaire processen	de manager en de professional praten minimaal en op een ad hoc-wijze over de primaire processen
de manager maakt de primaire processen (kostprijzen en lokale zorgprofielen) inzichtelijk op basis van DBC's	de manager kan door de weinige samenwerking moeilijk de primaire processen inzichtelijk maken
sturen met behulp van transparante DBC-informatie	sturing met behulp van nog niet heel transparante DBC-informatie (nog onbetrouwbare lokale profielen)
<b>onderhandelen</b>	
intern en extern onderhandelen op basis van DBC's	intern en extern wordt er vooral onderhandeld op basis van FB-parameters; DBC's voeren de ondertoon
<b>verdeling van de honoraria</b>	
een inzichtelijke verdeling op basis van daadwerkelijke productie per vrijgevestigde specialist	een inzichtelijke verdeling op basis van daadwerkelijke productie per maatschap; per specialist wordt het geld verdeeld naar aantal uren werk

De managers en de specialisten zien beiden het belang niet van de transparantie doordat het ziekenhuis nog wordt gebudgetteerd op basis van FB-parameters (en de specialisten ook nog ten tijde van de interviews gehonoreerd werden via de lumpsum). Hierdoor zijn lokale zorgprofielen en kostprijzen nog niet geheel inzichtelijk gemaakt. De

onderhandelingen worden ook voornamelijk gevoerd in termen van de FB-parameters; DBC's (en het onderscheid tussen A- en B-DBC's) spelen een erg kleine rol.

Deze beperkte transparantie zorgt voor beperkte gevolgen van het DBC-systeem voor de verhouding tussen de manager en de professional. Toch kon er in de interviews, met het oog op de toekomst gericht, wel het een en ander gezegd worden. Te voorspellen is, dat met de verdere invoering van het DBC-systeem, de werkprocessen in de praktijk steeds meer gaan lijken op de werkprocessen in theorie. In Asclepius zijn er al diverse maatregelen genomen op het gebied van efficiëntie en sturing.

*A6: 'Wij hebben geen aparte afspraken met de zorgverzekeraars. Dat gebeurt door onze financiële afdeling van het ziekenhuis. In de toekomst gaat mogelijk worden dat er apart onderhandeld wordt met een specialisme.'*

*M4: 'Naar de toekomst probeer je geld wel te labelen aan nieuwe dingen, want het verleden is altijd op basis van historie. Waarom er op een poli vijf mensen moeten zitten, ja dat is altijd zo geweest. Er worden wel budgetten aangepast naar groei of geen groei, maar je uitgangspositie klopt niet. Ga maar eens op een polikliniek kijken, de ene zit met drie mensen, de andere met vijf. Het is goed, op basis van DBC's. Je krijgt dan geld voor de werkelijke productie.'*

Langzaam sijpelt het besef binnen dat de verdeling van middelen op basis van DBC's gaat gebeuren in de toekomst. De managers en de professionals zullen dan ook het belang gaan inzien van een goede registratie, transparantie van de zorg, het onderhandelen op basis van DBC's en het verdelen van de gelden op basis van daadwerkelijke productie per specialist.



## Hoofdstuk 7: Asclepius: autonomie en efficiëntie

In dit hoofdstuk worden de gevolgen van de veranderende werkprocessen voor de autonomie van de professional en het efficiëntiestreven van de manager binnen Asclepius beschreven. De eerste empirische onderzoeksvraag van deze scriptie is in dit hoofdstuk zodoende leidend:

*Wat zijn de gevolgen van de veranderende werkprocessen (ten gevolge van het DBC-systeem in de context van de Zorgverzekeringswet) voor de autonomie van de professional en voor het efficiëntiestreven van de manager?’*

Ook al zijn de werkprocessen in de praktijk (nog) niet dezelfde als die in theorie, toch zijn de gevolgen in termen van autonomie en efficiëntie al wel te zien. In de eerste paragraaf worden de gevolgen voor de autonomie van de professional besproken (7.1). De gevolgen voor het efficiëntiestreven van de manager komen in de tweede paragraaf aan bod (7.2). In paragraaf 7.3 gaan we dieper in op de onderlinge verhouding. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie (7.3) aan de hand van de eerder geformuleerde observeerbare termen.

### 7.1 Autonomie

Meerdere keren wordt door managers of mensen die geïnterviewd zijn over de werking van het systeem aangegeven dat de autonomie van de specialisten als te groot wordt ervaren.

*S1: ‘Het autonoom zijn is leuk, tot op zekere hoogte. Op het moment dat de verpleegafdeling om half negen klaar staat om visite te gaan lopen; er staat dan dus een team van verpleegkundigen en alle karren staan opgesteld, patiënten zijn klaargelegd, bedden zijn netjes opgemaakt. En die arts besluit heel autonoom dat hij om 11 uur ook wel visite kan lopen.... Dat schiet zijn rol compleet voorbij. Dat autonome geldt op medisch beleid, behandeling en diagnose. Organisatietechnisch heb je het met zijn allen te doen. Ze zijn compleet losgeslagen soms hier!’*

De invoering van het DBC-systeem brengt een andere manier van werken met zich mee voor de specialist. Wanneer hij een nieuwe DBC opent, worden automatisch afspraken gepland en een voorstel gedaan voor de sluitingsdatum. Hierdoor heeft de specialist minder vrijheid in de indeling van zijn tijd. Daarnaast moet de specialist langzaam aan voor steeds meer handelingen binnen zijn werk verantwoording afleggen aan het management van Asclepius.

*M6: ‘Het wordt tijd voor verantwoording. Iedereen moet nu zijn productie maximaliseren, terwijl het vroeger ging om het maximaliseren van de vrije tijd!’*

Aan de hand van de drie soorten autonomie (politieke, economische en klinische autonomie) worden de gevolgen van de veranderde werkprocessen voor de autonomie van de professional besproken.

#### *Politieke autonomie*

Politieke autonomie is het recht om bepaalde beleidsbeslissingen te nemen zonder inmenging van collega's. De specialisten in Asclepius hebben veel invloed en nemen zelf veel beslissingen over hun werk. Ze hebben weinig contacten met de operationeel managers en de divisie managers. Dit geldt voor zowel vrijgevestigde specialisten als voor specialisten in loondienst.

*M3: 'Op de werkvloer bij spoed. Dat is minimaal, de contacten. Ik heb weinig contacten met specialisten.'*

*A2: 'De relatie tussen de medisch manager en de operationeel manager? Zoals ik het bekijk werken we min of meer autonoom, we werken al jaren zo. Zolang iedereen het hier naar zijn zin heeft, wil ik ook geen manager zien. Bij onze afdeling hebben we weinig aansturing van boven nodig. Iedereen weet wat hij moet doen. [...] Met de divisie manager praten we in het maatschapoverleg, over investeringen bijvoorbeeld, protocollen. Het gaat zelden om problemen moet ik zeggen. Een keer in de twee/drie maanden is er overleg. Meestal zijn het ook onzinverhalen. We hebben weinig met ze te maken.'*

Toch neemt het contact tussen de manager en de professional sinds de DBC-systematiek wel toe; de managers benaderen de professional soms op basis van efficiëntie van werkprocessen en vaak op basis van een kwalitatief goede registratie. De grote meerderheid van de specialisten heeft echter door hun politieke autonomie een manier gevonden om met de nieuwe registratietaak om te gaan; (een deel van) de registratietaken hebben veel specialisten overgeheveld naar secretaresses of operationeel managers. Dit ondanks het feit dat de specialist verantwoordelijk is en officieel alleen hij de diagnose en behandeling kan vastleggen. DBC's worden regelmatig geopend en gesloten door secretaresses. Daarnaast wordt de terugkoppeling van de foute DBC's vanuit de validatiemodule vaak genegeerd of afgehandeld door operationeel managers. Er is in hoofdstuk 2 besproken dat volgens Aakster en Groothoff (2003) medische professies er, beter dan andere beroepen, in geslaagd zijn veel routinewerk af te stoten.

*M1: 'Toen de DBC's werden geïntroduceerd, ben ik min of meer degene geweest die bepaalde zaken moest introduceren. Het was niet helemaal duidelijk, maar er moest wel een aanspreekpunt zijn per specialisme. En de specialisten deden het niet. Sommige vinden dat ik er te veel op zit als operationeel manager. Maar zoals ik zei heb ik dat aan het begin niet gedaan, maar dan is het een groot zootje. Ik weet ook niet waarom, het was een verrassing dat dit er ook bij hoorde. Dus nu ben ik maar de DBC-trol (lacherig).'*

De specialist gebruikt zijn macht om zijn eigen belang te dienen. De formele regels (de specialist moet de registratietoekening vervullen) worden genegeerd of herroepen en nieuwe mogelijkheden worden gecreëerd.

#### *Economische autonomie*

Economische autonomie is het recht op bepaling van het honorarium. De prestatiebekostiging is ingevoerd op 1 januari 2008, maar tijdens de interviews (eind 2007) was het al een veelbesproken onderwerp voor managers en specialisten. Voor 2008 hadden de vrijgevestigde specialisten nog invloed op de verdeling van de lumpsum. De honoraria werden verdeeld naar procenten dat men werkte en op basis van samen overeengekomen afspraken. Met de overgang naar de prestatiebekostiging moet op basis van de theorie de economische autonomie afnemen. De specialisten hebben immers minder grip op de hoogte en verdeling van de honoraria omdat het uurtarief is ingesteld en omdat elke specialist betaald wordt naar productie. Echter, in Asclepius gaan de vrijgevestigde specialisten in 2008 weer zelf het geld verdelen. Alle honoraria (wel op basis van productie) worden binnen een maatschap bij elkaar gevoegd en verdeeld naar aantal uren werk en niet naar productie per specialist. Daarmee neemt de economische autonomie wel af omdat het uurtarief is bepaald, maar niet in grote mate omdat de vrijgevestigde specialisten het honorarium naar eigen inzicht binnen de maatschap gaan herverdelen. Wederom spelen de specialisten hier met de regels en kijken ze naar mogelijkheden tussen de regels om toch hun economische macht te kunnen behouden.

De managers grijpen bij de verdeling van de honoraria van de vrijgevestigde specialisten expres niet in; ze willen zich daar niet mee bemoeien. Hiermee wordt duidelijk dat er op dit gebied nog geen gemeenschappelijke cultuur is (zoals vanuit het systeemmodel zou moeten zijn). Bij de verdeling van de honoraria hebben de specialisten de managers niet nodig.

*M6: 'Per maatschap wordt het opnieuw verdeeld. Dank u de koekoek als ik elke specialist uitbetaal naar het aantal DBC's dat ze produceren, dan heb ik morgen met iedereen oorlog. De een doet 60, 80, 100, je weet al wat er gebeurt.'*

*A4: 'Het honorarium wordt op een hoop gegooid en verdeeld, maar zo deden we het altijd al. In elke groep heb je sommige die werken wat harder en sommige drukken zich. Ja, dat weet je van elkaar en dat accepteert je. Zo is het leven.'*

Veel vrijgevestigde specialisten zijn het niet eens met het uurtarief, sommigen zijn zelfs bezig met een gerechtelijke procedure. Dit duidt op berekenend gedrag van die specialisten. Niet de hele organisatie vindt daarentegen dat de honoraria van de specialisten met de prestatiebekostiging te laag worden:

S1: *'Een gemiddeld specialist verdient twee en een halve ton per jaar. En volgend jaar is dat twee ton. Nou, hoe druk ga je je nou maken. Hoeveel is nou 'flink'? Waar hebben we het over. Het komt er dus op neer of jij volgend jaar een ferrari kunt kopen of een porsche.'*

Het salaris voor specialisten in loondienst is niet productiegebonden, zij hebben een CAO. Voor specialisten in loondienst blijft de economische autonomie gelijk.

#### *Klinische autonomie*

De klinische autonomie van de professional bevat de vrijheid in de keuze van een diagnose en behandeling. De specialist kiest zelf de beste diagnose en behandeling bij de zorgvraag van de patiënt. Het aanvraagdgedrag bij de zorgondersteuners is daar een goed voorbeeld van. De poortspecialist bepaalt de ondersteunende diensten die nodig zijn bij een zorgvraag of die activiteiten nou wel of niet allemaal in een DBC terecht komen. De managers lopen tegen deze klinische autonomie aan. Om patiënten te kunnen laten zien dat zij goede zorg krijgen, willen de managers meer houvast krijgen in de lokale profielen. De specialisten willen daarentegen hun vrijheid behouden in het bepalen van het profiel per geval om tot goede passende zorg voor patiënten te komen. De manieren om tot het doel (goede zorg leveren aan de patiënt) te komen, zijn voor de manager en de specialist verschillend.

M5: *'Hoe begin je de discussie over teveel aanvragen? Wanneer een arts zegt dat de scan nodig is, hoe kan ik daar tegen in gaan? En als de patiënt voor me staat is er al helemaal geen discussie meer.'*

Het honorarium van de vrijgevestigde specialisten is vanaf 2008 afhankelijk van de registratie. In Asclepius merkten de werknemers op de verrichtingenadministratie dat er in de loop naar 2008 een piek te zien was in de registratie. Hoe meer DBC's er gedeclareerd worden, hoe meer honorarium de vrijgevestigde specialisten krijgen. De gevaren van upcoding en te vroeg afgesloten DBC's lagen op de loer. Veel specialisten waren eind 2007 al aan het berekenen wat verschillen in registraties zouden betekenen voor het honorarium. Een specialisme binnen Asclepius was zelfs bezig met een cursus upcoding (op landelijk niveau georganiseerd voor dat specialisme). Door hun klinische autonomie kunnen ze zelf de duurdere DBC registreren.

A2: *'Bijvoorbeeld: een .... {een medische ingreep} kost 80 euro aan honorarium, dat is een DBC nummer 31 (als je diegene laat terugkomen). Laat je diegene niet terugkomen dan wordt het een nummer 34, dat is dan 30 euro! Begrijp je? Elke arts loopt hier tegen aan. Vroeger zagen we die patiënten nooit terug. Alleen als ze last hebben. Nu gaan we al die mensen terug zien. Zo werkt het systeem, zo ga ik het toepassen. Ik ga me er niet kwaad om maken want anders krijg ik mijn geld niet. Iedereen die straks niet het systeem goed toepast, is de sigaar! Ik zit er in ieder geval boven op. Er gaat vanaf januari een andere organisatorische wind waaien, een terugkombeleid.'*

M1: *'Op dit moment hoor ik dat ze 30% aan honorarium inleveren. Dat heeft toen wel even gebotst met ... {een specialist}. Hij was toen zo boos over van alles en nog wat. Hij vond dat we vaker moesten afsluiten of hoger declareren. Niemand heeft er wat aan als je dadelijk met je maatschap in de krant staat: deze maatschap fraudeert bij het leven...'*

Bij upcoding worden de regels van de organisatie (van hoe men moet registreren) genegeerd. Het eigen belang van de specialist (zoveel mogelijk honorarium krijgen) wordt dan nageleefd.

Kortom, de professionals moeten langzaam aan meer verantwoordelijkheid afleggen en hebben minder vrijheid bij het indelen van hun tijd. Echter, ze hebben heel vaak de macht om tegen de veranderingen ten gevolge van het DBC-systeem in te gaan. Ze wenden hun politieke autonomie aan om werk af te stoten en behouden een groot deel van hun economische autonomie door alsnog intern de honoraria op hun eigen wijze te verdelen. Daarnaast zorgt de klinische autonomie voor veel macht; de managers hebben nog niet de middelen om daar tegen in te gaan.

## 7.2 Efficiëntie

Op een zorgmarkt moeten ziekenhuizen keuzes maken en zich profileren om de concurrentie voor te blijven. Asclepius heeft met vier locaties en verschillende soorten zorg deze keuze tot profilering nog niet gemaakt. Tevens zijn er nog maar weinig gegevens beschikbaar over de kostprijzen die andere ziekenhuizen uitonderhandelen met zorgverzekeraars. Asclepius is nu bezig met een plaatselijk DBC Informatie Systeem (DIS) met meerdere ziekenhuizen in de omgeving. Een van de indicatoren daar in is de kostprijs; op basis daarvan kan Asclepius zich in de toekomst gaan vergelijken met ziekenhuizen in de regio. De informatie in deze DIS blijft echter wel anoniem.

Voorheen, bij de FB-systematiek, hielden managers zich vooral bezig met de beheersing van het budget. Nu, bij de DBC-systematiek is er meer aandacht voor efficiëntie. Momenteel wordt er in Asclepius op een *'ad hoc'*-wijze efficiëntiebeleid gevoerd. Met het oog op de toekomst, wanneer het B-segment groter wordt, moet efficiëntie doordringen in alle lagen van de organisatie.

### *Interne en externe verdeling van budgetten*

Twee kostensystemen functioneren naast elkaar. Er wordt volgens de DBC-systematiek geregistreerd, maar ook nog volgens de FB-systematiek. Omdat Asclepius zelf op basis van FB-parameters budget krijgt, wordt het belang niet ingezien om de financiële structuur in te richten op basis van de DBC-systematiek. Van interne financiering op basis van DBC's is daarom nog geen sprake. Ook intern wordt er gebudgetteerd op basis van FB-parameters en historisch gegroeide principes.

S4: *'De DBC's hebben nog geen invloed gehad op de hoogte van de budgetten. Het budget van de vakgroepen wordt gekoppeld aan de productieafpraak die ze maken. De kindergeneeskunde zegt bijvoorbeeld: ik ga 700 dagverplegingen doen en 1300 polikliniekbezoeken en 500 opnamen, en daar staat een budget tegenover. Op basis van FB. Nee, dan nemen we de DBC's niet mee. [...] Het is nog helemaal oude systematiek. DBC's worden vooral gebruikt voor de facturatie.'*

Toch is er wel een duidelijkere verdeling mogelijk dan voorheen. Op basis van de steeds groter wordende transparantie in termen van kostprijzen en zorgprofielen kunnen budgetten eerlijker worden verdeeld. Soms worden er oriëntatiegesprekken gehouden met specialisten over de B-DBC's ten behoeve van de onderhandelingen met de zorgverzekeraar. Er wordt door te kijken naar het aantal activiteiten binnen de DBC's bepaald of het proces efficiënter kan.

M6: *'In de productiebesprekingen die we net gehad hebben ging het vroeger heel veel over de parameters. Het gaat nu voor een stukje over DBC's, die 20%. We praten dan over de kostprijzen of procesoptimalisatie. Voorheen was die procesoptimalisering niet bespreekbaar. We hebben daar nu wel over gepraat: waarom wordt een patiënt vier keer gezien terwijl het ook twee keer kan. De DBC's hebben daar wel voor gezorgd.'*

Waar aan het begin, wanneer efficiëntie aan bod kwam, veel conflict plaatsvond tussen specialisten en managers, wordt er nu steeds meer plaats gemaakt voor samenwerking.

### 7.3 De verhouding

Ook al is procesoptimalisering nu beter bespreekbaar, toch zorgt het efficiëntiestreven van de managers nog wel voor een spanning met de autonomie van de professionals. Wanneer de manager wil praten met de specialist omdat hij duur is in zijn diagnostiek (vergeleken met het landelijke gemiddelde), dan tast dat de klinische autonomie van de specialist aan. Een veel gehoord antwoord van de specialisten is dat ze het niet eens zijn met het landelijke profiel. Deze landelijke profielen zijn door specialisten van de wetenschappelijke verenigingen vastgesteld en behoren niet al te veel af te wijken van de lokale profielen. Toch negeren sommige specialisten deze landelijke profielen; ze zijn gewend om autonoom te werken en kiezen vaak hun eigen weg.

M5: *'Landelijk geldt één labonderzoek. De medisch specialist vindt om motiverende redenen dat je er twee of drie aan moet vragen. Wat ze landelijk afspreken boeit hem niet, hij heeft lokale zorg. Wanneer ik hem een rekening stuur van drie labonderzoeken, wil de specialist dat niet betalen. Hij zegt: ja maar ik krijg maar geld voor één onderzoek per DBC en ik ben het niet met dat profiel eens want ik vind dat er drie in moeten zitten. Dus het is niet mijn probleem. Wij weten het dan ook niet meer. En ik moet op mijn kostendeel letten.'*

Een specialist is niet verantwoordelijk voor de kosten die hij maakt. Wanneer een DBC verliesgevend is, krijgt de specialist toch zijn honorariumdeel. Hij richt zich meer op de kwaliteit dan op de efficiëntie van de zorg.

*A4: 'Efficiëntie en concurreren is een wassen neus. Als de kwaliteit over de volle breedte goed is, dan blijven de mensen wel komen. Dat is de filosofie die wij in de maatschap hebben gekozen.'*

De perceptie van de belangen van de manager en de specialisten lopen hier uiteen: de manager is meer bezig met het kostendeel en de specialist ziet daar het belang nog niet van in.

#### *Verschil tussen professionals*

Er zijn volgens Noordegraaf en Meurs (2002) over de hele linie professionals die beïnvloed worden door organisationele kenmerken. Daarnaast zullen ook professionele kenmerken een rol blijven spelen. Trommel (2006) heeft het dan over professionals die vasthouden aan oude waarden en professionals die meegaan in de nieuwe stroom. Wie zijn die specialisten die vasthouden aan oude waarden of meegaan in de nieuwe stroom?

Vrijgevestigde specialisten hebben er vanaf 2008 (door de prestatiebekostiging) meer belang bij om veel snelle efficiënte zorg te leveren. Dat is te merken aan de piek in de registratie en meer aandacht van sommige vrijgevestigde specialisten voor procesoptimalisering. De specialisten in loondienst zien echter weinig belang in goed registreren en hard en efficiënt werken. De verschillen in registratie tussen deze twee groepen specialisten waren goed te zien bij de medische registratieafdeling in Asclepius. Over het algemeen gaan vrijgevestigde specialisten vaker mee in de nieuwe stroom en houden specialisten in loondienst vaker vast aan oude waarden.

Niet alleen het wel of niet in loondienst werken bepaalt de verschillen in de aandacht van specialisten voor efficiëntie van werkprocessen. Het heeft ook te maken met macht. Specialisten die al lange tijd door de grootte van de maatschap/vakgroep, door een groot volume aan zorg, door hun staat van dienst of door historisch gegroeide principes een goede machtspositie hebben, zien minder belang in het in kaart brengen van hun werkproces. Nu hebben deze machtige specialisten iets te zeggen in de organisatie, terwijl hun posities kunnen veranderen wanneer ze afgerekend worden op de efficiëntie van hun werkproces. Daarentegen, wanneer specialisten in een kleine vakgroep/maatschap en met een lagere plek in de hiërarchie hun zorgproces op orde hebben, zullen zij hun macht zien groeien wanneer ze afgerekend worden op efficiëntie. Over het algemeen houden specialisten die nu veel macht hebben vaker vast aan de oude waarden en gaan specialisten met een minder grote machtspositie vaker mee in de nieuwe stroom.

De specialist die meegaat in de nieuwe stroom is bereid zich te specialiseren in één of enkele ingrepen en wil dat zo efficiënt mogelijk en kwalitatief hoogwaardig doen. Deze gedachte sluit goed aan bij de norm van de managers.

*A2: 'Wanneer je je specialiseert doe je ten eerste je werk snel en ten tweede ook beter. Waarschijnlijk is 50% van je werk dan het behandelen van één bepaalde operatie! {Is het niet uitdagender als specialist om een operatie te doen die gecompliceerder is?} Waarom? Een liesbreuk he, voor chirurgen is dat een hele simpele ingreep. Maar ook over een liesbreuk valt een hoop te weten. Als je door een goede chirurg geopereerd bent, heb je er nooit last meer van. Bij dat soort simpele dingen treden er vaak toch complicaties op waardoor mensen terug moeten komen. Ook daarin is een hoop te weten, je moet alleen de motivatie hebben om daar gehoor aan te geven.'*

De specialist die vasthoudt aan oude waarden is juist specialist geworden door de veelzijdigheid van het werk en voelt zich steeds meer in een spagaat zitten.

*A5: 'Het zijn uitdagende operaties en ook levensreddend. Daarom ben je arts geworden. Als dokter zit je steeds meer in een spagaat van ik denk dat dit goed is voor mijn patiënt en aan de andere kant moet ik het wel doen want het is te duur. Of het levert niks op voor de organisatie. Dat is eigenlijk absurd. Heel raar dilemma is dat.'*

#### *Cohesie*

Het efficiëntiestreven brengt dus soms spanning met zich mee tussen specialisten en managers. Ook zijn er verschillen tussen de specialisten in de aandacht die er gegeven wordt aan efficiëntie. Wanneer er binnen een maatschap specialisten zijn die meegaan in de nieuwe stroom en specialisten die vasthouden aan oude waarden, kan dit binnen de maatschap ook tot spanningen leiden.

*A2: 'Het scenario zal zijn dat een aantal, dat echt vooruit wil zich gaat super specialiseren in bepaalde ingrepen. En door die ingrepen gaan ze meer verdienen. Dat geeft natuurlijk jaloezie binnen een bepaalde maatschap. Want die ander kan of wil dat niet. Vaak wordt er neergekeken op specialisten die maar één of twee dingen goed kunnen. Je status verhoogt het in ieder geval niet.'*

Zien de specialisten en de managers nog wel de meerwaarde van de samenhangende kracht van de CMS of van het Asclepius als geheel? De CMS, die voorheen de taak had om de lumpsum te verdelen, heeft nu met de prestatiebekostiging geen grote bestaanswaarde meer.

*M6: 'Of de coöperatie blijft bestaan is de vraag. De coöperatie is in het leven geroepen omdat we die indicering hadden. Ik geloof dat de coöperatie nog drie maanden zal doorlopen omdat de afrekening nog moet gebeuren. Kan me voorstellen dat de vakgroepen zeggen van: 'ik heb nu niks meer met de coöperatie te maken'. Want het uurtarief is het*



*uurtarief. Als in een maatschap 1.500 uur gewerkt wordt dan worden zij gehonoreerd voor 1.500 uur. Als in een andere maatschap 1.300 uur gewerkt wordt dan wordt daar 1.300 uur uitbetaald. [...] De grootste zorg is dat je de cohesie moet houden. De samenhang moet blijven binnen het ziekenhuis. Je moet oppassen dat je straks niet 30 winkels hebt waardoor de samenhang weg valt. Er moet een gedeelte van het budget gespendeerd worden aan de samenhang: of je dat in een coöperatieve vorm doet of een ander soort vorm, dat maakt niet veel uit.'*

*M3: 'Een ziekenhuis is geen normale organisatie, je hebt met professionals te maken en je moet een bepaald evenwicht zoeken. Het zijn aparte bedrijfjes binnen een ziekenhuis en hoe hou je die samenhang? Je bent beide bezig met een DBC en hoe verdeel je de winst bijvoorbeeld? Dat is een lastig spel.'*

De meerderheid van de respondenten vindt dat om de patiënt goede zorg te kunnen blijven geven, intercollegiale consulten en zorg overstijgend aan de verschillende maatschappen of vakgroepen mogelijk moeten blijven. Samenwerken als organisatie wordt daarom erg belangrijk gevonden.

*A3: 'We hebben een groot perifeer ziekenhuis en zijn een ziekenhuis waar we alles kunnen. Zonder door te moeten verwijzen naar een ander ziekenhuis. We hebben een volledige afdeling en kunnen alles doen. We hebben twee internisten in dienst en twee specialisten. Dat volledige aanbod is speciaal.'*

Kortom, het efficiëntiestreven van de managers zorgt nog wel voor een spanning met de autonomie van de professionals. Wel is procesoptimalisering beter bespreekbaar. Daarbij zijn er over de hele linie van professionals verschillen in de aandacht voor efficiëntie; er zijn professionals die vasthouden aan oude waarden en professionals die meegaan in de nieuwe stroom. Dit kan ook tussen professionals tot spanningen leiden. Toch ziet de meerderheid van de respondenten de meerwaarde van samenwerking in Asclepius in.

#### **7.4 Conclusie: beantwoording van de eerste onderzoeksvraag**

Door het DBC-systeem komt de autonomie van de specialist meer onder druk te staan vanwege het efficiëntiestreven van de manager. Er wordt meer gecontroleerd op een goede registratie en soms ook op efficiëntie. De specialist heeft minder vrijheid bij het indelen van zijn tijd en moet steeds meer verantwoording afleggen. Echter, vaak heeft de professional de macht om tegen de manager in te gaan. Hij wendt bijvoorbeeld zijn politieke autonomie aan om werk af te stoten. Ook behouden de specialisten met de invoering van de prestatiebekostiging een groot deel van hun economische autonomie. De manager wil zich daarenboven niet mengen in de verdeling van de honoraria omdat hij bang is voor confrontaties. De klinische autonomie zorgt voor veel macht; de managers hebben nog niet de middelen om daar tegen in te gaan. Wanneer de specialist

zegt dat deze manier van diagnose en behandeling de beste is, wordt dat aangenomen. Daarnaast zijn er verschillen tussen alle specialisten; de ene specialist houdt zich vast aan oude waarden terwijl de andere specialist meegaat met de nieuwe stroom. De vrijgevestigde specialisten en de specialisten met een lagere machtspositie krijgen in tegenstelling tot de specialisten in loondienst en specialisten met een hogere machtspositie steeds meer interesse in procesoptimalisering en efficiëntie. Kortom, de autonomie van de professional komt onder druk te staan van het efficiëncystreven van de manager en van het efficiëncystreven van de specialisten die meegaan in de nieuwe stroom.

#### *Perceptie van belangen*

Er is nog weinig contact tussen specialisten en managers. Specialisten negeren of herroepen regelmatig de regels van de organisatie om hun eigen belang te dienen: ze stoten vaak de registratietaak gedeeltelijk of geheel af, ze herverdelen het honorarium op hun eigen manier en nemen zich grotendeels voor om upcoding toe te passen in 2008. De managers houden zich bij deze ontwikkelingen afzijdig.

De manieren van de specialisten en van de managers om tot het algemene doel (de patiënt goede zorg leveren) te komen, is anders. De manager wil de lokale profielen inzichtelijk maken om de patiënt op een transparante manier van dienst te kunnen zijn en zo nodig processen aan te scherpen. De specialisten werken het liefst met de vrijheid om per patiënt te bepalen hoe de passende zorg er uit komt te zien. De landelijke profielen worden door de specialisten ook regelmatig aangevallen of genegeerd. Vooral de specialisten die vasthouden aan oude waarden botsen met het efficiënciestreven van de managers.

#### *Wederkerige afhankelijkheid*

Ook al is er nog weinig contact tussen specialisten en managers, toch is er een toename in dit contact te constateren. Er wordt meer gepraat over efficiëntie van werkprocessen en nog meer over de kwaliteit van de registratie. Procesoptimalisering wordt daarenboven ook steeds beter bespreekbaar met de specialisten. Langzaam maakt conflict plaats voor samenwerking. De specialisten die meegaan in de nieuwe stroom en de managers hebben op het gebied van efficiëntie een gemeenschappelijke norm en werken dan ook al goed samen.

#### *Overgangsfase*

Tijdens de afname van de interviews werd het ziekenhuis voor het grootste deel van de zorg (90%) gebudgetteerd op basis van FB-parameters. Omdat het belang van een financiële structuur op basis van DBC's nog niet werd gezien, werd er ook intern gebudgetteerd op basis van FB-parameters. Er is echter, doordat processen langzaam steeds transparanter worden, wel een duidelijkere verdeling van budgetten mogelijk dan voorheen. Op een 'ad hoc'-wijze wordt er over efficiëntie gepraat en dit zorgt voor steeds minder conflict.

Op dit moment zien de specialisten de gevolgen nog niet in van verliesgevende DBC's. De specialist krijgt sowieso zijn honorariumdeel. Toch zien steeds meer vrijgevestigde specialisten, in tegenstelling tot de specialisten in loondienst, het belang in van efficiëntie. Dit komt door de prestatiebekostiging, die ten tijde van de interviews, bijna ingevoerd zou worden. Hoe meer DBC's een specialist in 2008 produceert, hoe groter zijn honorarium. Daarnaast zijn er in het algemeen specialisten die meegaan in de nieuwe stroom en specialisten die vasthouden aan oude waarden.

### *Toekomst*

De steeds grotere transparantie moet ervoor zorgen dat het in de toekomst wel mogelijk is om intern te financieren op basis van DBC's. Dit is onvermijdelijk, omdat in de toekomst, wanneer het B-segment groter is, zorgverzekeraars zich steeds meer zullen gaan bemoeien met de zorgprocessen en meer inzicht willen. Wanneer er bijvoorbeeld een diagnose heel veel gesteld wordt of een activiteit erg vaak voor komt (vergeleken bij andere ziekenhuizen) dan zullen zorgverzekeraars òf een efficiënter zorgproces eisen òf bij een ander ziekenhuis een contract gaan afsluiten. Asclepius kan in de toekomst ook, door de plaatselijke DIS, hun kostprijzen gaan vergelijken met de kostprijzen van ziekenhuizen in de regio. Het efficiëntiestreven van de manager zal dan een grotere impuls krijgen. De klinische autonomie van de professional komt dan tegelijkertijd onder druk te staan. Het efficiëntiebeleid zal doordringen tot in alle lagen van de organisatie. Kostprijzen en zorgprofielen zullen steeds transparanter worden. De noodzaak voor specialisten is er dan om de oude waarden, gebaseerd op hun afgeschermdde positie en de grote autonomie, enigszins te laten varen.

Wanneer Asclepius verlies draait, merkt de specialist dat in de toekomst zeker wel aan zijn honorarium. De specialist is erbij gebaat dat het goed gaat met het ziekenhuis. Wanneer er minder zorg wordt afgenomen door patiënten en zorgverzekeraars, dan merkt de specialist dat uiteindelijk ook aan zijn honorarium. Ook voor de specialisten in loondienst is het belangrijk om het belang van transparantie en efficiëntie in te gaan zien. Ook al kunnen zij niet gekort worden op hun loon doordat ze een CAO hebben, toch kunnen er ook andere maatregelen genomen worden, bijvoorbeeld in de vorm van het korten op personeel.

In het volgende hoofdstuk over sturing en zelfsturing wordt beschreven hoe managers in Asclepius een dwangmiddel inzetten om artsen in loondienst beter te laten registreren (dreigen met kortingen op loon en personeel). Met het oog op de toekomst geven de artsen in loondienst daarom aan dat ze zich zullen conformeren aan het systeem. De dreigingen door het management maken dermate indruk dat zij aangeven zich in de toekomst meer op de registratie van DBC's te gaan richten. De vrijgevestigde specialisten geven juist aan heel hard te gaan werken voor een zo hoog mogelijk

honorarium en ook zo goed mogelijk of door middel van upcoding zo veel mogelijk DBC's te gaan registreren.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> Daarbij nemen zij de waarschijnlijkheid van een lagere prijsafpraak voor deze DBC's met de Zorgverzekeraars in het volgende jaar (door de explosief gestegen zorgproductie) voor lief. Ook al kan dan de hoogte van hun honorariumdeel per DBC dalen.

## Hoofdstuk 8: Asclepius: sturing en zelfsturing

In dit hoofdstuk worden de gevolgen van de veranderende werkprocessen voor de sturing van de manager en de zelfsturing van de professional binnen Asclepius besproken. De tweede empirische onderzoeksvraag van deze scriptie is in dit hoofdstuk zodoende leidend:

*‘Wat zijn de gevolgen van de veranderende werkprocessen (ten gevolge van het DBC-systeem in de context van de Zorgverzekeringswet) voor de sturing van de manager en voor de zelfsturing van de professional?’*

Ook al zijn de werkprocessen in de praktijk (nog) niet dezelfde als die in theorie, toch zijn de gevolgen in termen van sturing en zelfsturing ook al wel te zien. In de eerste paragraaf komt de hiërarchische sturing van de manager aan bod (8.1). In paragraaf 8.2 wordt ingegaan op de zelfsturing van de professional. De onderlinge verhouding wordt besproken in paragraaf 8.3. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie, wederom aan de hand van de geformuleerde observeerbare termen (8.4).

### 8.1 Sturing

De DBC-registratie wordt vastgelegd en moet informatie verschaffen om mee te sturen. Echter, alle respondenten geven aan dat de hiërarchische sturing vanuit het management niet of nauwelijks is veranderd. Eén van de redenen hiervoor is dat een deel van de managementinformatie in Asclepius nog niet voldoende betrouwbaar is, waardoor er nog niet goed mee gestuurd kan worden. De aandacht van het management is hierdoor tot nu toe vooral uitgegaan naar een kwalitatief goede registratie; de sturing vanuit het management op efficiëntie is nog minimaal. Dit is opmerkelijk aangezien Asclepius zich wel veel bezig houdt met externe marktstrategieën. Er is dus een onderscheid te maken tussen de interne en de externe sturing.

*S3: ‘Het afgelopen jaar is het heel erg gegaan over het niveau van registreren. Er worden gegevens gegeven over hoe snel er wordt geopend en gesloten en de uitval. Een beetje basale informatie over de registratie. In 2004 zijn we daarmee gestart en in 2005 en 2006 hebben we daarop gestuurd. En nu begint de periode waarop je minder op de kwaliteit van de registratie gaat sturen en meer gaat doen met de gegevens, het als managementinformatie gaat zien.’*

Maandelijks worden door de onafhankelijke interne controleur ‘smileyrapportages’ rond gestuurd naar de maatschappen en vakgroepen. In deze rapportages worden de specialisten en managers geïnformeerd over de DBC-registratie in termen van: het aantal open en gesloten DBC’s en de gemiddelde doorlooptijd van DBC’s in dagen. Door middel van smileys wordt weergegeven hoe het met de registratie is gesteld. In bijlage 3

staat een voorbeeld van een smileyrapportage weergegeven. Ten aanzien van de specialisten in loondienst wordt er door het management gebruik gemaakt van een dwangmiddel: wanneer DBC's niet op tijd worden afgesloten, zal er worden gekort op het loon.<sup>44</sup>

#### *Aansturen*

Sturen is, zoals in de theorie besproken (2.1), richting geven aan resultaten en *'getting things done through others'*. De managers in Asclepius proberen vooral door te praten met specialisten richting te geven aan de resultaten. Er wordt dan gepraat over de noodzaak van goed registreren en efficiënt werken ten gevolge van de veranderingen in de zorg. De nadruk wordt hierbij door de managers gelegd op de saamhorigheid en het voortbestaan van Asclepius.

*M4: 'Sturen door de resultaten voor te leggen en ideeën te verzamelen. Met wel een eigen idee achter in je hoofd. Want als een arts helemaal weigert, dan vraag je of hij de krant de afgelopen jaren wel gelezen heeft. Er gaat wel iets wijzigen. Je moet een timing hebben om de kraan aan te draaien. Door te laten zien dat de zorgverzekeraar niet een contract zal afsluiten met een inefficiënt werkend ziekenhuis. Misschien denkt de arts: 'zo'n vaart zal het niet lopen', maar meestal zit hij de volgende keer anders in het gesprek.'*

De officiële verantwoordelijkheden van de managers pakken in de praktijk anders uit; de manager stuit vaak op de machtige positie van de specialisten in Asclepius. Dit is een tweede reden (naast het onvoldoende betrouwbaar zijn van de managementinformatie) waarom de sturing vanuit het management nauwelijks is toegenomen. De twee gezagslijnen genoemd in hoofdstuk 3 (ofwel de parallelle hiërarchieën van Mintzberg) komen duidelijk in de interviews naar voren. Een manager en een specialist die zijn geïnterviewd hebben allebei een andere visie op de hiërarchie in Asclepius:

*M4: 'We hebben een organisatie die is opgebouwd uit drie lagen, een strategisch niveau (het college van bestuur), een tactisch niveau (de divisie managers met de medische managers) en het operationele niveau (de maatschappen en vakgroepen met de rest van de specialisten).'*

*A7: 'Als je op de Economische Hogeschool zit dan leer je dat dít de directeur is en hiér de uitvoering. Maar dáár {de uitvoering} zit de dokter maar óók bij de directeur. Dat economische model is niet toepasbaar op de dokter!'*

Kortom, de macht van de manager wordt niet als vanzelfsprekend ervaren door de meeste specialisten.

---

<sup>44</sup> Er werd hier ten tijde van de interviews mee gedreigd. Het nieuws ging rond in de organisatie. Echter, de specialisten in loondienst hebben een CAO. Zij vroegen zich af hoe er gekort kon worden. Duidelijkheid werd hier niet over gegeven vanuit het management. Wel waren de specialisten in loondienst van de dreiging op de hoogte en voelden hierdoor de druk om beter te gaan registreren.

### *Faciliteren*

De divisiemanagers kijken sinds 2007 naar de top tien van de meest voorkomende DBC's van een aantal specialismen. Ze vergelijken die DBC's (waar mogelijk) op basis van registratiegegevens met de landelijke normen. Wanneer ze grote verschillen zien met de werkprocessen van de specialisten in termen van het aantal activiteiten per DBC, leggen ze dat voor aan de desbetreffende specialist. Ook wordt het aanvraagdrag van de poortspecialismen sinds kort teruggekoppeld door de divisiemanager van de zorgondersteuning. Sturen door de landelijke normen te hanteren of bepaalde prestatie-indicatoren hard te maken om inefficiëntie tegen te gaan, gebeurt nog niet. Wel geven de managers deze procesinformatie door aan de specialisten. Het wordt vervolgens aan de specialist overgelaten of hij zijn proces anders kan en wil indelen. Op kleine schaal wordt op deze manier door de manager informatie over de primaire processen gecommuniceerd naar de specialist.

*M5: 'Per vier maanden koppelen we het aantal aanvragen terug. Dat geeft wel discussies. Prima, zeg ik dan, maar ze gaan zelf maar de discussie aan met hun collega's als de ene specialist veel meer aanvraagt dan de andere.'*

Het contact tussen de managers en de specialisten is vóór en in de beginfase van het DBC-systeem summier geweest. Het contact dat plaatsvond, was vooral gebaseerd op de momenten waarop de specialist zelf aangaf dat hij gefaciliteerd wil worden door de manager (meestal op het gebied van personeelszaken).

*S1: 'Een manager stuurt een verpleegafdeling aan en maakt zich druk over het feit of er genoeg artsen zijn. Maar de arts en de manager spreken elkaar niet aan. De arts bepaalt het medisch beleid en de manager zorgt voor voldoende personeel en materiaal. Maar je moet ook nog wat samen doen: het totaalplaatje van de zorg dat de patiënt krijgt moet kloppen. En daar gaat het wel eens mis.'*

*M4: 'Meestal komen specialisten alleen naar mij toe voor dingen op het gebied van P & O. Salaris of vakantiedagen. Voor de rest gaat het via de medisch manager; een arts gemandateerd door de maatschap.'*

Door de steeds verdere invoering van het DBC-systeem hebben de specialist en de manager meer contact; steeds meer informatie over de primaire processen wordt, naast de facilitering vanuit de manager, ook steeds meer door de specialist zelf aangevraagd bij de manager. Vooral meer vrijgevestigde specialisten willen, door de prestatiebekostiging, nu meer inzicht in hun productie en werkproces. Voor de invoering van het DBC-systeem gingen er al overzichten rond binnen de maatschap met het aantal FB-parameters per specialist. De aandacht voor de overzichten is gegroeid en

deze werden vaker rondgestuurd in de loop naar 2008.<sup>45</sup> De verschillen tussen specialisten binnen een maatschap zijn op deze overzichten goed zichtbaar.

De totale productie van alle losse specialisten binnen een maatschap bepaalt (in Asclepius) het totale honorarium van de maatschap (dat later verdeeld wordt naar het aantal uren dat een specialist werkt en niet naar productie). Met de overzichten kunnen de specialisten binnen een maatschap zien wie er het minst gedaan heeft. Wanneer één specialist de kantjes ervan af loopt, heeft dat (vanaf 2008) in Asclepius gevolgen voor alle specialisten binnen dezelfde maatschap. Hierdoor wordt er ook door de specialisten steeds meer naar deze overzichten gekeken. Omdat specialisten onderling competitief zijn, is de achterstand van de desbetreffende specialist meestal erg snel weer weggewerkt.

*A6: 'Ja, er wordt onderling vergeleken. Dat is wel een controlemechanisme voor het management. Dat is wel goed hoor denk ik, maar dat gaat natuurlijk ook wrijving geven.'*

*A1: 'Ik zou sturing op DBC's vanuit het management wel goed vinden, maar het werkt nu het beste wanneer de productie terug gecommuniceerd wordt naar de arts en dat artsen onderling kunnen vergelijken zodat je harder gaat werken als je ziet dat je het minste doet.'*

Specialisten in loondienst blijven achter bij de vraag naar inzicht in hun productie. Zij krijgen de overzichten ook, maar doen er meestal niks mee. Omdat hun honorarium niet afhangt van de productie, zien ze het belang niet.

*A3: 'Er wordt niet naar gekeken, de ene werkt 0,6, de ander 0,9. Bij ons speelt het ook niet want we zijn een vakgroep, geen maatschap, we zijn allemaal in loondienst. Dus als iemand drie keer zo weinig werkt als ik, dat maakt mij niet uit.'*

Opmerkelijk is dat in Asclepius de specialisten in loondienst (in tegenstelling tot de vrijgevestigde specialisten) minder gevoelig zijn voor de sturing van de manager. Vanuit een organisatiethoretisch perspectief hebben specialisten in loondienst een grotere binding met de organisatie dan de vrijgevestigde specialisten. De vrijgevestigde specialisten werken autonoom en zijn meer marktgeoriënteerd, terwijl de specialisten in loondienst afhankelijk zijn van de organisatie. Deze afhankelijkheid van de organisatie zou uit moeten monden in een gevoeligheid voor de sturing vanuit het management en een betere samenwerking met het management. Natuurlijk heeft deze tegenstelling alles te maken met de kenmerken van de professionele organisatie. Door de macht die specialisten hebben binnen de professionele organisatie kunnen zij ingaan tegen het management. Daarbij komt nog dat de vrijgevestigde specialisten vooral gevoeliger zijn

---

<sup>45</sup> Er wordt nog niet gewerkt met overzichten van het aantal DBC's per specialist. Dit komt omdat het ziekenhuis gebudgetteerd wordt op FB-parameters; ze zien het belang daardoor nog niet.



voor de sturing omdat hun honorarium afhangt van het aantal geproduceerde DBC's en het management informatie over de primaire processen kan verschaffen.

## 8.2 Zelfsturing

Zelfsturing is in deze scriptie gedefinieerd als het overnemen van managementtaken door de praktiserende professional en het sturen op efficiëntie ten aanzien van het eigen werkproces of dat van collega-professionals. Op twee manieren is in Asclepius zelfsturing te constateren:

1. de specialist met formele managementtaken;
2. de specialist die zijn eigen werkproces (en eventueel ook dat van collega's) in kaart brengt en bijstuurt op het gebied van procesoptimalisering en efficiëntie (zonder daarbij formele managementtaken te hebben).

### *Medisch manager*

De medisch manager is gemandateerd door de vakgroep. Hij praat namens de andere specialisten in zijn vakgroep of maatschap met de divisie manager en het bestuur. Hij heeft formele managementtaken toegewezen gekregen, zoals het plannen en aannemen van personeel, het maken van beleidsplannen en het uitwerken van ideeën voor procesoptimalisering. Bij de interne onderhandelingen is hij het aanspreekpunt. Formeel heeft de medisch manager twee uur per week om te besteden aan deze managementtaken. In de praktijk blijkt dit veel meer te zijn; van 8 uur per week tot meerdere avonden per week thuis werken.

*A4: 'In het algemeen stuur ik de vakgroep aan en maak ik beleidsplannen. Er staat een klein dagdeel per week voor, in de praktijk is het veel meer. Dat is in de avonden allemaal. Woensdagochtend is mijn managementochtend. Het kost mij daarnaast nog een vrije middag en veel avonden, maar die tel je dan niet mee.'*

De functie als medisch manager is voor specialisten niet het voorbeeld van een typische medische carrière, zoals aangehaald in paragraaf 3.4 met Exworthy en Halford (2002). Vandaar dat deze functie niet altijd gewild is. Sommige specialisten solliciteren actief naar deze functie, terwijl andere deze taak krijgen opgedrongen. Er zit dan ook verschil in de mate van aansturing van de medisch managers. Vóór de invoering van de DBC-systematiek waren er ook al medisch managers, nu is echter te zien dat aandacht van medisch managers meer uitgaat naar procesoptimalisering. Wanneer een medisch manager de processen transparant wil maken en de zorg efficiënter, geeft dat soms spanning met de andere specialisten in de maatschap.

*M6: 'Er zijn maatschappen waarbinnen de medisch manager al min of meer is afgeschoten nu omdat hij transparant gemaakt heeft wat er precies gebeurt.'*

A7: *'De medisch manager is gewoon een collega! Die werkt als collega! Wat heb ik nou aan een teamleider, daar heb ik toch niks aan?'*

Tijdens de meeloopdag met specialist A1 werd duidelijk dat de combinatie van specialist zijn en formele managementtaken hebben, een moeilijke opgave is.<sup>46</sup> In het blauwe kader vindt u een gedeelte van de verslaglegging van de meeloopdag.

Lopend over de gang in hoog tempo, op weg naar de patiënten om visite te lopen, wordt A1 gebeld tussendoor met de vraag of een patiënt (X) om 15.00 uur een operatie moet ondergaan of dat deze operatie ook morgen kan plaatsvinden? De collega-specialist aan de andere kant van de telefoon wil het niet meer doen vandaag. A1 biedt aan om het om 17.30 uur te doen.

[...]

A1 heeft het nog even over patiënt X. De meeste artsen zijn om 16.30 uur al naar huis. A1 vindt dat hij voorbeeldgedrag moet vertonen, dus door toch om 17.30 uur die behandeling te doen. Hij hoort later in een gesprek dat zijn collega's toch tijd willen maken om 13.30 uur.....

[...]

A1 vraagt me of ik het leuk vind om een kijkje te nemen op de CCU; de afdeling hartbewaking. Ik kan meekijken bij een diagnostisch onderzoek in verband met een klepinefficiëntie. Het zuurstofgehalte en de bloeddruk wordt gemeten in de hartkamers en de boezems. Daar hoor ik de collega-specialist zeggen: 'We gaan lekker om drie uur stoppen hoor, die operatie van A1 doen we morgen wel weer...'

[...]

Om 14.20 uur zeg ik tegen A1 dat ik moet gaan in verband met een ander interview en we praten nog wat over wat hij de rest van de dag gaat doen. Hij gaat nog enkele patiënten zien, een vergadering bijwonen en toch die operatie van patiënt X nog doen.

A1 had meerdere malen op die dag een meningsverschil met zijn collega-specialist over het wel of niet uitvoeren van een operatie. Vanuit zijn voorbeeldfunctie (een arts met managementtaken) voerde A1 uiteindelijk de operatie uit. De collega-specialist trok zich hier weinig van aan. De medisch manager wordt gewoon als een collega gezien en geniet vaak geen extra aanzien. Bovendien, de mentaliteit van de verschillende specialisten binnen een maatschap met betrekking tot efficiëntie en procesoptimalisering hoeft niet dezelfde te zijn.

#### *Van gehele collegiale sturing naar gedeeltelijke zelfsturing*

Niet alleen medisch managers gaan meer letten op efficiëntie. De specialisten die meegaan in de nieuwe stroom (maar zonder formele managementtaken) willen zich gaan specialiseren. Echter, de vraag is of een maatschap als geheel bereid is om keuzes

---

<sup>46</sup> A1 is geen medisch manager, maar wel voorzitter van de coöperatie en de enige praktiserende specialist die aanwezig is bij de onderhandelingen met de zorgverzekeraar. Hij heeft dus wel formele managementtaken.

te maken ten behoeve van de efficiëntie en zodoende als maatschap de keuze maakt om mee te gaan in de nieuwe stroom (collegiale zelfsturing) of dat specialisten binnen een maatschap hun eigen weg hier in gaan kiezen (zelfsturing).

*A5: 'Met name in de grote maatschappen zie je al spanningen. Doordat sommige mensen zich toch willen gaan ontwikkelen, komt de maatschap onder druk te staan denk ik ja. Wij leven toch in een soort communistische samenleving: met zijn allen een pot en daar uit delen. Ja, dat is volgens mij niet meer van deze tijd.'*

Twee maatschappen in Asclepius voeren dezelfde B-DBC uit. Na lange tijd gewoon collega's te zijn geweest en met elkaar gewerkt te hebben, moeten zij nu met elkaar concurreren. De mate van aandacht voor procesoptimalisering binnen deze maatschappen zal gevolgen hebben voor hun concurrentiepositie.

*A4: 'Bij ons zitten in twee maatschappen dezelfde B-DBC. Zo moeten wij onderling binnen Asclepius concurreren. Als je twee maatschappen met elkaar gaat laten concurreren op één deelgebied is dat alleen maar handig voor de prijs van die DBC. En wij worden daardoor tegen elkaar uitgespeeld.'*

Binnen maatschappen is het al lange tijd de norm dat specialisten in een maatschap zitten 'als maat' en gezamenlijk keuzes maken, en ook tussen maatschappen is er een norm van wederzijdse afstemming. De verschillen die nu opkomen tussen specialisten in de ideeën en de daadwerkelijke mate van aandacht voor procesoptimalisering zorgen binnen en tussen maatschappen voor spanning.

### **8.3 De verhouding**

In Asclepius is er veel onduidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden van de medisch managers. Ter illustratie staat in het blauwe vlak een pilot beschreven die aan het begin van het jaar 2007 in Asclepius werd gestart en vervolgens, door een conflict over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden, vroegtijdig werd beëindigd.

#### *Resultaatverantwoordelijke eenheden*

Aan het begin van 2007 werd er in Asclepius een pilot uitgevoerd waarin een deel van de divisiestructuur omgezet werd in een structuur van resultaatverantwoordelijke eenheden. Deze nieuwe structuur moest het met behulp van de transparantere DBC-informatie mogelijk maken om slagvaardiger in te spelen op de externe ontwikkelingen ten gevolge van de Zorgverzekeringswet en moest leiden tot een betere stuurbaarheid van de organisatie. Vijf resultaatverantwoordelijke eenheden namen in de pilot de proef op de som. Sommige eenheden bestonden uit een vakgroep en andere uit een deel van een vakgroep. Deze resultaatverantwoordelijke eenheden werden tijdelijk 'buiten' de divisie geplaatst.

De resultaatverantwoordelijkheid werd zo laag mogelijk in de organisatie geplaatst; de medisch manager kreeg hierdoor meer verantwoordelijkheid. Hij werd manager van de resultaatverantwoordelijke eenheid en werd in beginsel verantwoordelijk voor het eindresultaat. Dat eindresultaat bestond enerzijds uit de kwaliteit van de zorg en anderzijds uit de kosten en opbrengsten (op basis van DBC-zorgprofielen en de verkooptarieven). Voor elke resultaatverantwoordelijke eenheid moesten de zorgprofielen en de kostprijzen daarom inzichtelijk worden gemaakt. De medisch manager werd hierbij ondersteund door een bedrijfsleider met een economische achtergrond. De rollen waren precies omgedraaid ten opzichte van de divisiestructuur. Daar wordt de divisiemanager namelijk juist ondersteund door de medisch manager.

De pilot verliep in het begin zoals gepland. Er waren plannen, er werd ingespeeld op de vraag van de patiënten en nieuwe processen werden ontwikkeld. Na een aantal maanden werd de pilot alsnog gestopt. Tijdens de pilot was er namelijk geen aandacht voor de organisatorische en bestuurlijke aspecten van deze eenheden; de nieuwe taken en verantwoordelijkheden van de divisie managers en de medisch managers werden niet omschreven en vastgesteld. Vragen als: *'is er nog wel een taak voor de divisie managers binnen deze nieuwe structuur?'* en *'hoe ver reikt de verantwoordelijkheid van de medisch managers?'*, kwamen op.

De medisch managers wilden totale eindverantwoordelijkheid voor hun resultaatverantwoordelijke eenheid. Voor het CvB was echter niet duidelijk hoe de medisch managers, wanneer dit zou gebeuren, de samenhang in Asclepius gingen behouden.

Het mislukken van de pilot heeft uiteindelijk gezorgd voor een bestuurscrisis. Het CvB van Asclepius is opgestapt. Er is wel nog getracht om een voorstel te maken voor de verdeling van de eindverantwoordelijkheden en bevoegdheden, maar dit is onderdeel van de breuk geworden. De VMS ging niet akkoord met dit voorstel.

Na het mislukken van de pilot is er nog steeds onduidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden. Vooral over de managementtaken bestaat onduidelijkheid. Wel constateert de meerderheid van de respondenten dat er geleidelijk steeds meer verantwoordelijkheid bij de specialisten neergelegd wordt. Echter, tegelijkertijd denkt de meerderheid ook dat wanneer de specialisten meer verantwoordelijkheden krijgen, er toch nog een rol blijft voor de divisie managers om het geheel te coördineren.

#### **8.4 Conclusie: beantwoording van de tweede onderzoeksvraag**

De sturing vanuit de manager ten gevolge van het DBC-systeem is in Asclepius nauwelijks toegenomen. De sturing is bovendien vaak niet direct; de manager is vooral faciliterend aan de specialist. Wel wordt er meer informatie over de primaire processen

verspreid. Het is vervolgens aan de professional om daar iets mee te doen. Vooral meer vrijgevestigde specialisten willen meer inzicht in hun bedrijfsvoering.

Op twee manieren is in Asclepius zelfsturing te constateren: bij specialisten met formele managementtaken en bij specialisten zonder formele managementtaken. Bij de medisch manager, een specialist met formele managementtaken, is een verschil in de mate van sturing te zien. Wel is er over de hele linie van medisch managers na de komst van het DBC-systeem meer aandacht voor procesoptimalisering. Ook specialisten zonder formele managementtaken passen zelfsturing toe. Dit zijn de specialisten die meegaan in de nieuwe stroom. De keuze van een gedeelte van de specialisten voor meer zelfsturing, zorgt tussen en binnen maatschappen soms voor spanningen.

#### *Perceptie van belangen*

De manager stuit bij sturing vaak op de machtige positie van de specialist binnen Asclepius. Specialist en managers hebben nog regelmatig een ander beeld van de hiërarchie binnen het ziekenhuis. Een belangrijk middel van de managers is het rondsturen van de productieoverzichten per specialist. Door de onderlinge groepsdruk en de competitie worden vrijgevestigde specialisten gestimuleerd harder te werken.

De specialisten in loondienst en specialisten met een grote machtspositie zien het belang van de productieoverzichten niet en doen er dan ook niks mee. Deze specialisten kijken het minst naar hun eigen proces of naar de kwaliteit van de registraties. De managers hebben daarom bij de specialisten in loondienst gedreigd met een korting op hun loon.

Het is vanuit organisatiethoretisch perspectief opmerkelijk dat de specialisten in loondienst minder gevoelig zijn voor de sturing van of de samenwerking met de manager. Dit is debet aan een kenmerk van de professionele organisatie; de professional geniet veel macht. De specialist in loondienst heeft genoeg macht om tegen de sturing van het management in te gaan. Daarbij is de vrijgevestigde specialist gevoeliger voor de sturing omdat de manager hem inzicht kan verschaffen in zijn primaire proces, wat hij graag wil omdat zijn honorarium afhangt van zijn DBC-productie.

De specialisten die hun proces meer in kaart willen brengen en mee willen gaan in de nieuwe stroom botsen met specialisten die vasthouden aan de oude waarden en afgeschermd willen blijven werken.

#### *Wederkerige afhankelijkheid*

Ook al stuit de manager nog vaak op de machtige positie van de specialist, toch kan er meer gepraat worden met de specialisten over de noodzaak van kwalitatief goede registratie en efficiënt werken. Doordat de managers de nadruk leggen op de gevolgen van de selectieve contractering voor de specialist zelf, draaien de specialisten langzaam bij.

De managers communiceren steeds meer informatie over de primaire processen (op basis van de registratiegegevens) naar de specialisten. Steeds meer specialisten vragen ook informatie over hun bedrijfsvoering aan bij de manager.

#### *Overgangsfase*

Tijdens de afname van de interviews was er nog veel onduidelijkheid over de verdeling van de verantwoordelijkheden. De pilot met de resultaatverantwoordelijke eenheden was net beëindigd. Het CvB en de VMS waren druk in onderhandeling over wie er eindverantwoordelijkheid zou krijgen voor de resultaatverantwoordelijke eenheden. De nieuwe machtsverhoudingen werden uitgevochten.

#### *Toekomst*

Wanneer het B-segment in de toekomst groter wordt en de concurrentie op meerdere gebieden van de zorg dus toeneemt, zal Asclepius meer inzicht willen in de lokale profielen. Nu faciliteert vooral de manager de specialist met informatie over de primaire processen, maar in de toekomst zal dit van twee kanten moeten komen. We hebben gezien dat nu al een deel van de specialisten bereid is om hun eigen proces in kaart te brengen. De specialisten die vasthouden aan de oude waarden en afgeschermd willen blijven werken, zullen uiteindelijk toch hun proces in kaart moeten brengen ten behoeve van hun concurrentiepositie.

Asclepius zal in de toekomst, naar verwachting, met minder conflicten debet aan het DBC-systeem te maken krijgen. Ook al krijgen de specialisten steeds meer verantwoordelijkheden, toch is de meerderheid het er ook mee eens dat er nog een taak is weggelegd voor het divisie management. Deze taak zal dan vooral gericht zijn op de samenhang in Asclepius.

## Hoofdstuk 9: Ten slotte

In dit laatste hoofdstuk wordt de conclusie beschreven. De probleemstelling wordt beantwoord door de vooraf geformuleerde hypothesen te bespreken (9.1). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een reflectie op het onderzoek in paragraaf 9.2.

### 9.1 Beantwoording van de probleemstelling

Deze scriptie startte in hoofdstuk één, na een inleiding over de veranderingen in de zorg, met de probleemstelling:

*‘Wat zijn de consequenties van het DBC-systeem in de context van de Zorgverzekeringswet (de selectieve contractering en de interne financiering) voor de werkprocessen van de manager en de professional? Beïnvloedt dit de onderlinge verhouding? Zo ja, wat zijn de gevolgen en hoe is dit te verklaren?’*

In hoofdstuk 6 zijn de gevolgen van het DBC-systeem in de context van de Zorgverzekeringswet voor de verandering van de werkprocessen van de professional en de manager in theorie al vergeleken met de verandering van de werkprocessen van de professional en de manager in de praktijk (binnen Asclepius). Ook zijn de twee onderzoeksvragen beantwoord in de concluderende paragrafen van hoofdstuk 7 en 8. De verwachtingen, geformuleerd in de vijf hypothesen, kunnen nu worden getoetst. Eén voor één worden de hypothesen besproken. De consequenties van het DBC-systeem voor de verhouding tussen de manager en de professional worden daarbij toegelicht.

In deze scriptie gaat het om de gevolgen van het DBC-systeem voor de interne processen van professionele zorgorganisatie. De externe processen, zoals de contractering en efficiëntieslagen buiten het DBC-systeem om, worden buiten beschouwing gelaten. Het gaat bij de beantwoording van de hypothesen om de gedetailleerde beschrijving van de veranderende verhouding tussen de manager en de professional en de mechanismen die daarbij plaatsvinden.

*3a: ‘Door het DBC-systeem (in de context van de Zorgverzekeringswet) treedt er een verschuiving op in de machtsbalans van de professionals naar de managers.’*

Door het DBC-systeem in context van de Zorgverzekeringswet komt de autonomie van de professional steeds meer onder druk te staan van het efficiëncystreven van de manager. De professional heeft minder vrijheid bij het indelen van zijn tijd door de automatische planning die debet is aan het DBC-systeem. Ook moet de professional met mondjesmaat steeds meer verantwoording afleggen. Principes als winst en efficiëntie krijgen meer aandacht. Dit duidt op een verschuiving in de machtsbalans van de professionals naar de managers.

Echter, deze verschuiving moet niet overdreven worden. Zoals de Amerikaanse sociologen Exworthy en Halford beschrijven in hun boek: *'Professionals and the New Managerialism in the Public Sector'* blijken medische professionals effectief in het beschermen van hun territorium en autoriteit ten opzichte van de managers. De klinische autonomie van de professionals zorgt voor veel macht; de managers hebben nog niet de middelen om daar tegen in te gaan. Ook wendt de professional zijn politieke autonomie aan om werk af te stoten en behoudt hij met de invoering van de prestatiebekostiging een groot deel van zijn economische autonomie. De medische professional heeft invloed op delen in de organisatie waar hij formeel geen zeggenschap over heeft. De professional kan bevelen geven aan ander personeel ook al heeft hij geen vastgelegde hogere positie (Freidson 1981). De managers zijn nog steeds grotendeels dienstbaar aan de professionals, zoals in de professionele bureaucratie van Mintzberg. Ze zijn, zoals Noordegraaf en Meurs (2002) al opmerkten, verwarde managers; ze balanceren tussen de rol van de diplomatieke manager en de rol van de zelfstandige en ondernemende manager. Dus ook al hebben de managers met de komst van het DBC-systeem meer tools om te sturen en verschaft dit hen enigszins meer macht, toch kunnen zij het goed afgeschermd domein van de professionals niet doorbreken. Dit sluit aan bij de constatering van Davies in haar artikel *'Heroes of Health Care'* (in Duyvendak, Knijn en Kremer 2006, p.16). Volgens haar verliezen de professionals hun positie ten opzichte van de managers niet. De toename van de macht van het management, betekent niet automatisch een afname van de macht van de professionals.

Daarnaast neemt het aantal professionals dat zelfsturing toepast (met of zonder formele managementtaken) toe. Volgens Mintzberg (2001) zijn managende professionals erg machtig. Ze hebben controle over het bestuurlijke en het professionele werk. De *'managing professional role'* zorgt voor *'continuing medical dominance'* (Exworthy en Halford 2002, p.91). Ook al is de functie van manager voor de professional van minder waarde, toch krijgen de professionals in Asclepius langzaam meer verantwoordelijkheden. De machtsbalans verschuift behalve (in erg kleine mate) richting de managers, dus ook richting de managende professionals.

*3b: 'Door deze verschuiving van de machtsbalans is er een grotere basis voor conflict.'*  
De verschuiving in de machtsbalans in de richting van de manager is niet heel groot. Toch zorgt deze lichte verschuiving wel voor enige oproer.

De manager wil de lokale profielen inzichtelijk maken om de patiënt op een transparante manier van dienst te kunnen zijn en zo nodig processen aan te scherpen. De professionals werken het liefst met de vrijheid om per patiënt te bepalen hoe de passende zorg er uit komt te zien. Vervolgens worden de landelijke profielen (vastgesteld door de wetenschappelijke verenigingen) regelmatig aangevallen of genegeerd door de professionals. Dit zorgt voor een grotere basis voor conflict. Hasenfeld beschrijft dit als één van de kenmerken van de Human Service Organization; er zijn geen duidelijke richtlijnen over hoe het beste het algemene doel van de



organisatie (het welzijn van de patiënten) kan worden bereikt. De manieren van de professionals en van de managers om tot het algemene doel te komen, zijn anders. Vooral de specialisten die vasthouden aan de oude waarden en zodoende afgeschermd willen blijven werken, hebben het meest moeite met het efficiëntiestreven van de managers.

Conflicten escaleren vaak niet, omdat de managers zich vaak afzijdig houden om confrontaties te voorkomen. Professionals daarentegen negeren of herroepen regelmatig de regels van de organisatie om hun eigen belang te dienen. Echter, de strijd over de verdeling van nieuwe (eind)verantwoordelijkheden leidde uiteindelijk tot een bestuurscrisis.

Behalve een grotere basis van conflict tussen managers en professionals, is er ook een grotere basis voor conflict tussen specialisten onderling. De specialisten die hun proces meer in kaart willen brengen en mee willen gaan in de nieuwe stroom botsen met specialisten die vasthouden aan de oude waarden en afgeschermd willen blijven werken. De meeste medisch managers hebben met het DBC-systeem meer aandacht voor procesoptimalisering. Ook specialisten zonder formele managementtaken passen zelfsturing toe. De keuze van een gedeelte van de specialisten voor meer zelfsturing, zorgt tussen en binnen maatschappen soms voor spanningen.

*3c: 'Met het DBC-systeem is er sprake van een overgang van een situatie met lage interdependentie naar een situatie met hoge interdependentie.'*

Ook al is er nog weinig contact tussen professionals en managers en stuit de manager nog vaak op de machtige positie van de professional, toch is er een toename in dit contact te constateren en kan er beter gepraat worden over de noodzaak van kwalitatief goede registratie en efficiënt werken.

Er zijn over de hele linie professionals verschillen in de aandacht voor procesoptimalisering. De vrijgevestigde specialisten krijgen in tegenstelling tot de specialisten in loondienst steeds meer interesse in procesoptimalisering en efficiëntie in verband met de invoering van de prestatiebekostiging en gaan dus mee in de nieuwe stroom. De specialisten in loondienst houden over het algemeen vast aan oude waarden en willen afgeschermd blijven werken. Daarnaast houden specialisten die nu veel macht hebben vaker vast aan de oude waarden en gaan specialisten met een minder grote machtspositie vaker mee in de nieuwe stroom. De specialisten die meegaan in de nieuwe stroom en de managers hebben op het gebied van efficiëntie een gemeenschappelijke norm en werken dan ook al goed samen. Opvallend is dat de specialisten in loondienst in tegenstelling tot de vrijgevestigde specialisten minder goed samenwerken met de managers en minder gevoelig zijn voor de sturing. Vanuit een organisatiethoretisch perspectief hebben werknemers in loondienst een grotere binding met de organisatie en zouden ze juist beter moeten samenwerken met de managers. Een belangrijke reden van deze contradictie is dat de professionals in de professionele organisatie zo veel macht

hebben dat zij tegen de beslissingen van het management in kunnen gaan. Daarbij hebben vrijgevestigde specialisten belang bij de samenwerking met het management. Het management verschaft hen informatie over de primaire processen waarop hun honorarium is gebaseerd.

Informatie over de primaire processen wordt in steeds grotere mate gefaciliteerd door de manager aan de professional. Daarbij vragen ook steeds meer professionals informatie over hun werkprocessen aan bij de manager. Er wordt dus meer informatie over de primaire processen verspreid. Het is echter vervolgens wel aan de professional om daar iets mee te doen. Ook al is de interdependentie nog niet hoog, toch is er een overgang te constateren van minder interdependentie naar meer interdependentie tussen de manager en de professional.

Echter, de interdependentie tussen de professionals onderling neemt af. Doordat sommige specialisten zelfsturing toepassen en andere specialisten niet, vindt er stratificatie en fragmentatie plaats. Volgens Freidson heeft deze stratificatie van professionals gevolgen voor de aard van de professie: ze werden juist bij elkaar gehouden door de gelijkheid van competenties. Het referentiepunt van professionals lag altijd bij hun professionele gelijken, nu refereert een deel zich ook met het efficiëntiestreven van de manager.

*3d: 'In de overgangsfase (van het FB-systeem naar het DBC-systeem) is er vooral sprake van conflict tussen de manager en de professional omdat nieuwe machtsverhoudingen uitgevochten moeten worden.'*

Asclepius werd tijdens het onderzoek voor het grootste deel van de zorg (90%) gebudgetteerd op basis van FB-parameters. Voor maar 10% van de zorg gold vrije prijsvorming. Hierdoor werd het belang van een interne financiering op basis van DBC's nog niet gezien; intern werden de budgetten verdeeld op basis van FB-parameters. De managers praatten wel op een 'ad hoc'-wijze met de professionals over de efficiëntie van hun werkprocessen, maar de professionals probeerden tegelijkertijd de organisatie op hun eigen manier te vormen door zelfregulering en zelfbepaling toe te passen. Dit zorgde vooral aan het begin voor conflict. De gevolgen van een inefficiënt werkproces en van verliesgevende DBC's waren voor specialisten nog niet duidelijk.

Met de tijd zagen steeds meer vrijgevestigde specialisten, in tegenstelling tot de specialisten in loondienst, het belang in van efficiëntie. De prestatiebekostiging werd immers bijna ingevoerd en dan zou hun honorarium af hangen van het aantal geproduceerde DBC's. Hoe meer DBC's een specialist in 2008 produceert, hoe groter zijn honorarium.

Volgens Abbott (1988) is er een voortdurende strijd tussen beroepsgroepen om zeggenschap op verschillende werkterreinen en een gevecht voor het behoud van de autonomie. Nu was er in Asclepius daarenboven ook nog onduidelijkheid over de

verdeling van de taken en verantwoordelijkheden tussen de managers en de professionals. De pilot met de resultaatverantwoordelijke eenheden was nog maar net achter de rug. Het CvB en de VMS waren druk in onderhandeling over wie er eindverantwoordelijkheid zou krijgen over de resultaatverantwoordelijke eenheden. In de interviews kwam naar voren dat de professionals en managers nog regelmatig een ander beeld van de hiërarchie binnen het ziekenhuis hebben. Vooral de functie van medisch manager was nog niet volledig uitgewerkt. Deze onduidelijkheid versterkte het gevecht om het behoud of om het verkrijgen van macht. Dit niet alleen tussen managers en professionals, maar wederom ook tussen professionals onderling.

*3e: 'De toegenomen interdependentie zal op langere termijn leiden tot samenwerking.'*

In de toekomst zal het door de steeds groter wordende transparantie mogelijk zijn om intern te financieren op basis van DBC's. Deze transparantie van zorg, maar ook van de kosten ervan, is noodzakelijk omdat in de toekomst de concurrentie grotere vormen aan gaat nemen. Over een groter deel van de zorg gaat vrij onderhandeld worden. De concurrentie tussen de zorginstellingen zal toenemen en een impuls krijgen wanneer de zorgverzekeraars blijven groeien in hun rol als zorginkoper. Het efficiëntiestreven van de manager en van de managende professional zal meer op de voorgrond komen. De klinische autonomie van de professional komt dan tegelijkertijd onder druk te staan. De specialisten die vasthouden aan de oude waarden, zullen deze waarden toch enigszins moeten loslaten ten behoeve van de concurrentiepositie van het ziekenhuis (en van henzelf).

De gevolgen van een slechte onderhandelingspositie en inefficiënte zorgprocessen zullen in de toekomst voor alle specialisten duidelijker worden. De specialist is erbij gebaat dat het goed gaat met het ziekenhuis. Wanneer er minder zorg wordt afgenomen door patiënten en zorgverzekeraars dan merkt de vrijgevestigde specialist dat uiteindelijk aan zijn honorarium. Hij kan dan immers minder DBC's produceren. Bovendien, om als professional de patiënt alle zorg goed te kunnen bieden en bijvoorbeeld niet naar een andere locatie door te hoeven verwijzen, is een ziekenhuis van meerwaarde.

De informatieoverdracht over de primaire processen zal dan niet meer alleen eenzijdig zijn van de manager naar de professional, maar in de toekomst zullen ook de specialisten meer openheid van zaken moeten geven. We hebben gezien dat nu al een deel van de professionals bereid is om hun eigen proces in kaart te brengen en dat de communicatie over de primaire processen steeds grotere vormen aanneemt. De samenwerking zal zodoende toenemen.

Maar, deze constatering moet genuanceerd worden. Want, wat is de toekomst van het professionalisme? In hoofdstuk 3 werden al eerder drie visies van het professionalisme onder invloed van de steeds verdergaande bureaucratisering vanuit het management of zelfmanagement beschreven; *internal combustion, hybriditeit en re-professionalisering*.

Tot nu toe is te constateren dat de interdependentie tussen de professionals onderling afneemt; er vindt stratificatie en fragmentatie plaats tussen specialisten die zelfsturing toepassen en andere specialisten die dat niet doen en afgeschermd willen blijven werken. Er vindt in den beginne *internal combustion* plaats. De samenhangende kracht die professionals bijeenhoudt, wordt ondermijnd doordat sommige professionals zich gaan refereren met het efficiëntiestreven van de manager.

De beste toekomstvisie die hierbij aansluit is die van Noordegraaf en Meurs (2002). Zij zijn van mening dat de toekomst van het professionalisme wordt gekenmerkt door *hybriditeit*. Professionals zullen beïnvloed worden door organisationele kenmerken, maar ook blijven professionele kenmerken een rol spelen.

Een complete *re-professionalisering*, een nieuw soort professionalisme op basis van de nieuwe liberale prestatiemoraal is in ieder geval op de korte en middellange termijn onwaarschijnlijk. Er is nog een te grote groep professionals die tegen de stroom in vasthouden aan oude waarden. Medische professionals zijn, nogmaals, erg effectief in het beschermen van hun territorium en autoriteit. Wel slagen de professionals die meegaan in de nieuwe stroom er in om zichzelf te heruitvinden.

In het ziekenhuis zullen in de toekomst, naar verwachting, minder conflicten ten aanzien van het DBC-systeem plaatsvinden. Ook al krijgen de specialisten steeds meer verantwoordelijkheden en kan dit voor spanningen zorgen, toch is de meerderheid het er mee eens dat er nog een taak is weggelegd voor de managers. Deze taak zal dan ook gericht zijn op de samenwerking van alle specialisten. Zoals Jacques en Scholten (2007) benoemen: Wanneer er fragmentatie in de zorg plaatsvindt, neemt de behoefte aan de coördinatietaken van het management toe. Deze samenwerking is, zoals bij het systeemmodel, daarbij een inherente kracht tot zelfhandhaving van de professionele zorgorganisatie.

## 9.2 Reflectie

Reflectie betekent weerkaatsing, overweging en bespiegeling. In deze paragraaf wordt er kritisch gekeken naar het onderzoek, het DBC-systeem en de context van het DBC-systeem.

### *Het onderzoek*

Door de probleemstelling en de onderzoeksvragen te beantwoorden met een enkelvoudige casestudy, konden met precisie de materie en mechanismen beschreven worden. Ook al heeft het veldwerk lang geduurd, toch was er een grote bereidheid onder de respondenten in het vooronderzoek en in het onderzoek binnen Asclepius om mee te werken. De mogelijkheid om zelf binnen Asclepius de respondenten te kunnen selecteren op basis van de bevindingen in het vooronderzoek en de tussentijdse

bevindingen tijdens de casestudy heeft daarenboven bijgedragen aan de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Echter, de vraag rest of binnen elk ziekenhuis de werkprocessen in deze mate verschillen van de werkprocessen in theorie. Aan het begin van de casestudy riep de weinige sturing en efficiencygerichtheid in het B-segment verbazing op bij de onderzoeker. Na vele vragen over efficiëntie, bleken er intern nog geen efficiëncyslagen te hebben plaatsgevonden in het B-segment of op basis van DBC's. De sturing vanuit het management op DBC's kwam ook nog amper van de grond. In Asclepius hield men zich vooral bezig met de kwaliteit van de registratie. Aan het begin van het onderzoek ontstond er dan ook angst bij de onderzoeker. Wat kan er met dit onderzoek gezegd worden, er gebeurde immers niet veel. Door in detail de case verder te onderzoeken, kwamen er andere mechanismen aan het licht in plaats van de verwachte toegenomen sturing. Voorbeelden hiervan zijn de gevolgen van de prestatiebekostiging in termen van upcoding en in termen van de concurrentie tussen professionals en tussen maatschappen op basis van DBC's. Ook enkele redenen waarom er weinig sturing vanuit het management plaatsvond kwamen aan het licht. De professionals hebben nog steeds erg veel macht om tegen de sturing van de managers in te gaan en daarbij zagen veel respondenten (inclusief managers) het belang nog niet in van transparantie, goede registratie én sturing.

Maar dit verklaart niet alles. De vraag bleef bestaan of binnen elk ziekenhuis de sturing zo gering was. Vandaar dat er na de casestudy nog een interview heeft plaatsgevonden met de directeur van één van de koploperziekenhuizen. De koploperziekenhuizen zijn namelijk in 2000 al begonnen met het registreren van DBC's. Uit dit interview kwam naar voren dat de werkprocessen in praktijk in het koploperziekenhuis al dichterbij de werkprocessen in theorie lagen. Er werd bijvoorbeeld al meer gestuurd op basis van profielen en kostprijzen. Het koploperziekenhuis had na de invoering van het DBC-systeem een overgang gemaakt naar een divisiestructuur, met wel een grotere rol voor de medisch manager. Ook al zijn er in dat ziekenhuis toen wel afspraken gemaakt over de verdeling van verantwoordelijkheden (er is iets ondertekend), toch worden deze afspraken in de praktijk niet nageleefd door de professionals. In het koploperziekenhuis was er ook nog steeds onduidelijkheid over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden. Volgens de directeur had deze onduidelijkheid juist de functie om de samenhang te behouden. In het koploperziekenhuis werd dus wel meer gestuurd dan in Asclepius, maar toch bleek in het koploperziekenhuis de sturing op DBC's nog niet te werken zoals bedoeld.

Asclepius legt, zoals besproken in hoofdstuk 6 en 8, vooral de nadruk op de externe marktstrategie. Ze is bezig om zich naar de potentiële patiënten toe te profileren door zich met efficiëncyslagen naar buiten gericht bezig te houden (zoals het gezondheidspark). Efficiëncyslagen naar binnen gericht vinden niet plaats. Asclepius blijkt intern nog erg traditioneel op dit gebied. Misschien is de nadruk op de externe

markt en zo succes te boeken een poging om de interne discussie over efficiëntie niet aan te hoeven gaan of om het interne conflict te ontwijken?

### *Het DBC-systeem*

DBC's vormen het fundament voor een contractenstelsel tussen de zorgverzekeraars en het ziekenhuis. Er is minder centrale regelgeving nodig omdat er op lokaal niveau afspraken worden gemaakt. Het systeem zorgt op zichzelf niet voor een regulering van het werk van de professional. In eerste plaats zijn DBC's bedoeld als een administratieve eenheid waardoor zorg gedeclareerd kan worden bij de verzekeraar (Van der Veen 2007, p.15).

Echter, het DBC-systeem werkt niet helemaal zoals bedoeld. Door de complexiteit van het systeem en door de verschillende belangen verschuift het administratieve systeem richting een *'Fee for Service'*-systeem. Bij een *'Fee for Service'*-systeem wordt een prijskaartje gehangen aan elke daadwerkelijk benutte losse activiteit die een medische professional uitvoert zonder te kijken naar het totale zorgproces en alles wat daarbij komt kijken. Dit systeem kan vergeleken worden met de honorering die gold tijdens de FB-systematiek voordat de lumpsum voor de specialisten werd ingevoerd in 1995.

DBC's moesten gaan zorgen voor een transparantere zorgverlening, maar vooral voor een vergemakkelijking van het administratieve proces tussen zorgaanbieder en verzekeraar; door een totale zorgvraag te definiëren en in een keer te declareren. Er zijn echter te veel DBC's, die te specialistisch en niet administratief lichtvaardig genoeg zijn, waardoor het systeem op het *'Fee for Service'*-systeem gaat lijken. Momenteel zijn er ongeveer 30.000 DBC's.

Of de vijfde hypothese (3e) verworpen wordt of niet is afhankelijk van de richting waar in het DBC-systeem zich in de toekomst gaat ontwikkelen. Wanneer het DBC-systeem zich nog meer ontwikkelt richting een *'Fee for Service'*-systeem en de professionals de DBC's als protocollen gaan zien, dan zijn professionals minder bereid om hun lokale profielen inzichtelijk te maken. DBC's worden dan werkinstructies en dat is niet de bedoeling. Het systeem neigt op die manier naar een systeem voor protocollering in plaats van een declaratiesysteem. Dit zal zorgen voor conflict en een grotere verschuiving van de machtsbalans richting de managers waardoor op den duur het professionele domein betreden kan worden.

Wanneer binnen het DBC-systeem het aantal DBC's in grote mate kan worden teruggebracht (zoals in Amerika nu het geval is), dan kan de professional er mee leren omgaan als een declaratiesysteem. Het DBC-systeem kan dan werken zoals bedoeld. Op de lange termijn zal er dan een goede samenwerking zijn tussen de professional en de manager.

### *De context*

De concurrentie in de gezondheidszorg moet in de komende jaren gaan toenemen. Er komen met de marktwerking in de zorg steeds meer externe partijen op de markt. Het aantal Zelfstandige BehandelCentra (ZBC's) is de afgelopen jaren toegenomen. In deze behandelcentra houden professionals zich vooral bezig met planbare, niet complexe zorg. De patiënt hoeft bijvoorbeeld niet langer dan 24 uur opgenomen te worden.<sup>47</sup> Omdat deze zorg goed planbaar is, kan de efficiëntie van de zorgprocessen goed in kaart gebracht worden.

Vanaf 2012 moeten de grenzen van Europa op het gebied van zorg geheel open gaan (OMS 2007). Behalve nu alleen binnen Nederland te concurreren, zal er in de toekomst dus ook met andere landen binnen Europa geconcurrereerd moeten gaan worden.

*'Bedrijven in Duitsland en Scandinavië profileren zich al binnen Europa en zullen zich vanuit hun expansiedrang zeker ook op Nederland richten, hetgeen kan leiden tot grote gevolgen voor de gezondheidszorg in zijn algemeenheid en voor de Nederlands medisch specialisten in het bijzonder.'* (OMS 2007, p.8)

Wanneer het aantal ZBC's blijft groeien, de concurrentie toeneemt en steeds meer professionals daardoor kiezen om de planbare zorg buiten het ziekenhuis uit te voeren, bestaat het risico dat duurdere en ingewikkeldere zorg achter blijft in de ziekenhuizen. De vraag is hoe deze zorg dan gefinancierd moet worden. Nu wordt het verlies op de complexe, niet planbare zorg in de ziekenhuizen nog gecompenseerd met de winst op de niet complexe, planbare zorg.

Echter, volgens de organisatiesocioloog Mintzberg (2001, p.207) heeft het ziekenhuis als organisatie voor de professional veel meerwaarde:

- Professionals kunnen in de organisatie gezamenlijk hulpbronnen delen, zoals ondersteunende diensten.
- Patiënten hebben vaak de hulp van meerdere professionals tegelijkertijd nodig.
- Het is makkelijker om door te verwijzen naar een andere professional wanneer de eerste diagnose niet juist blijkt te zijn of de behoeften van de patiënt veranderen tijdens de uitvoering van het werk.

De professional stapt dus niet zomaar op. Daarnaast is het overheidsbeleid erg veranderlijk. De laatste jaren hebben er voortdurend wijzigingen plaatsgevonden in de planning van de geleidelijke invoering van het DBC-systeem. Dit maakt het voor ziekenhuizen ontzettend moeilijk om aan lange termijn planning te doen. De respondenten in Asclepius vroegen zich ten tijde van de interviews af of het DBC-

---

<sup>47</sup> [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)

systeem überhaupt nog wel verder ingevoerd werd. Zet de toenemende concurrentie in de zorg echt wel door? En op welke termijn?

A5: *'Landelijk is het een groot probleem met die DBC's. Er is zoveel veranderd. En het blijft veranderen. Op een gegeven moment weet niemand meer wat er nu wel en niet bij hoort.'*

A4: *'Je hoort ook weer verhalen dat de DBC's niet verder door kunnen gaan. Je weet het gewoon niet. De overheid kun je a priori al niet vertrouwen, elk jaar gebeurt er weer wat.'*

M6: *'Ik heb er altijd heel hard aan getrokken, maar daarna is het even stil gevallen. Ook omdat er elke keer weer een verschuiving in de termijn zat. Dan denkt iedereen van: Ja hallo, gaat het nou echt wel door? En ga ik daar mijn dure tijd wel instoppen?'*

De toekomst zal uitwijzen of het B-segment daadwerkelijk verder wordt uitgebreid en het DBC-systeem het beoogde doel zal bereiken. Ongetwijfeld zal dit voor de managers en professionals in de zorg de nodige flexibiliteit en veranderingen vragen.



## Literatuurlijst

Aakster, C.W. en Groothof, J.W., *Medische sociologie*. Wolters Noordhoff Groningen/Houten 2003

Bekke, A.J.G.M., *Trends en breukpunten in overheidsmanagement*. Dit artikel is een bewerking van een inleiding, gehouden tijdens de Managementdag Rijksdienst in Den Haag, op 23 mei 1996. ([www.bestuurskunde.nl](http://www.bestuurskunde.nl))

Boeije, H., Hart, 't H. en Hox, J., *Onderzoeksmethoden*. Boom onderwijs 2005

Boot, J. M. D. en Klinkert, J. J., *Inleiding in de medische sociologie*. Van Gorcum 1994

Bruijn, de H., *Meetbaarheid en maakbaarheid. Over de perverse gevolgen van prestatiemeting*. De Academische Boekengids, 45, 9-11 2004

Bruijn, J. en Folpmers, M., *Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) in de Nederlandse ziekenhuizen*. Handboek Management Accounting juli 2005

Crom, B., *De invloed van externe budgetparameters op de interne budgettering van academische ziekenhuizen. Verklaringen voor verschillen in budgetteringssystemen en hun effecten*. Offsetdrukkerij Ridderprint B. V., Ridderkerk 2005

DBC-onderhoud., *Leergang DBC-onderhoud*. (digitale cursus van DBC-onderhoud) 2007

Duyvendak, J.W., Knijn, T. en Kremer, M., *Policy, People and the New Professional. De-professionalisation and Re-professionalisation in Care and Welfare*. Amsterdam (Amsterdam U.P.) 2006

Exworthy, M. en Halford, S., *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Open University Press Buckingham-Philadelphia 2002

Folmer, K. en Mot, E., *Diagnosis and treatment combinations in Dutch hospitals*. CPB Report 2003/1

Freidson, E., *De medische professie. Een studie van de sociologie van toegepaste kennis*. Uitgeversmaatschappij de tijdstroom Lochem-Poperinge 1981 (Nederlandse vertaling)

Freidson, E., *Professionalism, the third logic*. Polity Press Cambridge 2001

Giddens, A., *The Consequences of Modernity*. Polity Press Cambridge 1990

Grinten, van der T. en Kasdorp, J., *25 jaar sturing in de gezondheidszorg: van verstatelijking naar ondernemerschap*. SCP, DEN HAAG, 1999

Grit, K. en Meurs, P., *Verschuivende verantwoordelijkheden, dilemma's van zorgbestuurders*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV 2005

Hasenfeld, Y. en English, R. A., *Human Service Organizations*. The University of Michigan Press 1974

Hasenfeld, Y., *The Ubiquity of Human Service Organizations*. In: Reader van het vak Organisatie en Beleid (p. 6-11) Erasmus Universiteit Rotterdam. 2006-2007

Hulst, E.H. en Schepers R.M.J., 'Professionele autonomie vanuit juridisch en sociologisch perspectief'. In: *Het domein van de arts. Beschouwingen over het professionele domein van de arts, professionele autonomie en verantwoordelijkheid*, p. 11-20. Maarsen: Elsevier de Tijdstroom. 1999

Jacques, D. R. en Scholten, G.R.M., *Onzichtbaar zorgmanagement. Verbinden als vak*. In: M&O: Tijdschrift voor Management en Organisatie 61 2, p.160-168. 2007

Jong, de M.J., *Grootmeesters van de sociologie*. Boom Amsterdam Meppel. 1999

Klompshouwer, J. & Vos-Deckers, G., *De DBC-methodiek. Haarlemmerolie of een werkzaam geneesmiddel voor de gezondheidszorg*. Erasmus Universiteit scriptie iBMG 2005

Knijn, T. en Selten, P., *The rise of contractualisation in Public Service*, in: Duyvendak, Knijn, a.o., a.w., pp. 19-33. 2006

Lammers, C.J., Mijs, A.A. en Noort, van W.J., *Organisaties vergelijkenderwijs. Ontwikkeling en relevantie van het sociologisch denken over organisaties*. Utrecht: Het Spectrum 2000

Mintberg, H., *Organisatiestructuren*. Academic Service Schoonhoven 2001 (Nederlandse vertaling)

Mok, A.L., *Beroepen in actie. Bijdrage tot een beroepensociologie*. Boom Meppel 1973

Müller, H.-P., *Social Differentiation and Organic Solidarity: The "Division of Labor" Revisited*. Sociological Forum, Vol. 9, No. 1, pp. 73-86. Special Issue: The 100th Anniversary of Sociology's First Classic: Durkheim's "Division of Labor in Society." maart 1994

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), *Uitvoeringstoets. Op weg naar vrije prijzen: maatstafconcurrentie voor medisch specialistische zorg.* april 2007

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), *Monitor Ziekenhuiszorg 2007. Analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2007.* juni 2007

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), *Monitor Ziekenhuiszorg 2008. Een analyse van marktontwikkelingen in het B-segment 2008.* 2008

Noordegraaf, M. en Meurs, P.L., *Verwarde managers. Professionalisering van managers in de zorg.* In: M&O 3 mei/juni (p.22-39) 2002

Noordegraaf, M., *Management in het publieke domein.* Bussum (Coutinho). 2004

Noordegraaf, M. *Vraaggestuurd organiseren.* B&M, 2006 33, 3

Orde van Medisch Specialisten (OMS), *Eindrapportage Orde-DBC-ondersteuningsteams.* Mei 2006

Orde van Medisch Specialisten (OMS), *Het Witte Boek III, alle veranderingen per 1 januari 2008.* Oktober 2007

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), *Marktwerking in de medisch specialistische zorg.* Zoetermeer 2003

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), *Van aanbodplanning naar vraagsturing,* Den Haag 2003

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), *Zorginkoop,* Den Haag 2008

Schaepkens, R.C., *Marktwerking in de ziekenhuiszorg. Enige beschouwingen.* MCA Tijdschrift voor Organisaties in Control 2004 (6)

Stuurgroep DBC2003, *Samenvatting Gezamenlijk Plan van Aanpak invoering DBC-systematiek.* 14 februari 2003

Tonkens, E., *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector.* Den Haag: NIZW 2003

Trommel, W., *NPM en de wedergeboorte van het professionele ideaal.* B&M 2006.33.3

Veen, van der R., *Interventie en organisatie. Een sociologische analyse van het veranderend vermogen tot maatschappelijke interventie aan de hand van de*

*veranderingen in het gezondheidszorgbeleid.* Oratie Erasmus Universiteit Rotterdam 2005

Veen, van der R., *Naar een discursief professionalisme. De rol van professionals in een veranderende verzorgingsstaat.* Paper Erasmus Universiteit Rotterdam 2007

VWS, *Stand van zaken invoering DBC's.* Kamerstuk 12 juni 2006

VWS, *Ruimte voor betere zorg.* Kamerstuk 4 september 2006

VWS, *Waardering voor betere zorg.* Kamerstuk 13 juni 2007

VWS, *NZa monitor 2008 en uitbreiding B-segment.* Kamerstuk 18 juli 2008

Zuurbier, J.J., Groot, de M. en Spanjers, R., *Casemix management: werken met diagnose-behandeling-Combinaties.* Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg 2004

Zuurbier, J.J. en Krabbe-Alkemade, Y., *Onderhandelen over DBC's.* Elsevier Gezondheidszorg Maarssen 2007

#### **Internetbronnen:**

[www.ancienthistory.com](http://www.ancienthistory.com) (4 juli 2008)

[www.bestuurskunde.nl](http://www.bestuurskunde.nl) (10 oktober 2007)

[www.dbconderhoud.nl](http://www.dbconderhoud.nl) (27 augustus 2007)

[www.encyclo.nl](http://www.encyclo.nl) (4 juli 2008)

[www.filosofie.science.ru.nl](http://www.filosofie.science.ru.nl) (15 juni 2007)

[www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) (4 september 2008)

[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl) (15 juni 2007)

[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl) (27 augustus 2007)

#### **Geraadpleegde literatuur (geen verwijzingen)**

Aquina, H.J., *Kijk op beleid. Inleiding in de beleidswetenschappen.* Van Gorcum, Assen/Maastricht 1993

Bakker, H.E. en Hofdijk, J., *DBC's kunnen meer dan je denkt.* Zorgadministratie en Informatie 122, jaargang 32, pag. 9 – 13 december 2005

Brink G. van den, Jansen, T. en Pessers D., *Beroeps(z)eer. Waarom Nederland niet goed werkt.* Amsterdam (Boom) 2005

CTG/ZAio, *Monitor ziekenhuiszorg. Analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2006.* Juni 2006

Hawkins, M. J., *Durkheim on Occupational Corporations: An Exegesis and Interpretation*. Journal of the History of Ideas, Vol. 55, No. 3. (Jul., 1994), pp. 461-481.

Heijnsdijk, J., *Vitale organisaties: integratie van organisatie- en informatiekunde*. Wolters-Noordhoff 2004

Lipsky, M., *Street-level Bureaucracy, Dilemma's of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation 1980

VWS, *Uurtarief. Gezamenlijke verklaring VWS en Orde van Medisch Specialisten*. Kamerstuk 17 januari 2007

Watson, T.J., *Sociology, work and industry*. Routledge London and New York 1995



## Bijlagen





## Bijlage 1 Respondentenoverzicht

### *Professionals*

A1

Specialisme: Cardiologie

Divisie: 2

DBC's A/B tijdens afname onderzoek: A

Loon: vrijgevestigd

Overig: participerende observatie, voorzitter van de coöperatie

A2

Specialisme: Oogheelkunde

Divisie: 1

DBC's A/B tijdens afname onderzoek: A en B

Loon: vrijgevestigd

Overig: specialisme bekend om de goede registratie

A3

Specialisme: Geriatrie

Divisie: 3

DBC's A/B tijdens afname onderzoek: A

Loon: in loondienst

Overig: specialisme bekend om de slechte registratie, medisch manager

A4

Specialisme: Chirurgie

Divisie: 1

DBC's A/B tijdens afname onderzoek: A en B

Loon: vrijgevestigd

Overig: medisch manager

A5

Specialisme: Radiologie

Divisie: 4

DBC's A/B tijdens afname onderzoek: nvt

Loon: vrijgevestigd

Overig: zorg in DBC's van andere divisies, medisch manager

A6

Specialisme: Psychiatrie

Divisie: 1

DBC's A/B tijdens afname onderzoek: A

Loon: in loondienst  
Overig: medisch manager

A7  
Specialisme: Kindergeneeskunde  
Divisie: 3  
DBC's A/B tijdens afname onderzoek: A  
Loon: in loondienst  
Overig: nvt

### *Managers*

M1  
Functie: Operationeel Manager  
Specialisme: Cardiologie  
Divisie: 2

M2  
Functie: Operationeel Manager  
Specialisme: SEH  
Divisie: 1

M3  
Functie: Operationeel Manager  
Specialisme: Radiologie  
Divisie: 4

M4  
Functie: Divisiemanager  
Specialisme: nvt  
Divisie: 3

M5  
Functie: Divisiemanager  
Specialisme: nvt  
Divisie: 4

M6  
Functie: Lid van de Raad van Bestuur  
Specialisme: nvt  
Divisie: nvt

*Mensen geïnterviewd voor de werking van het systeem*

S1

Functie: iemand van de afdeling Financieringen

S2

Functie: iemand van de onafhankelijke medische registratieafdeling

S3

Functie: de onafhankelijke interne controleur

S4

Functie: het hoofd van de afdeling Administratieve Organisatie en Interne controle



## Bijlage 2 Typeringslijst cardiologie

### DBC-registratie cardiologie

DBC-code						
sp.	zorgtype	diagnose	behand.	openingsdatum		sluitingsdatum
20				/	/	/ /
20				/	/	/ /
20				/	/	/ /
20				/	/	/ /

#### Zorgtype

##### 1 initiële DBC

- 11 reguliere zorg
- 12 spoedeisende zorg
- 13 intercollegiaal consult

##### 2 vervolg DBC

- 21 vervolg

#### Diagnose

##### 1 de uitkomst van het consult / onderzoek

- 101 geen aanwijzingen voor cardiale afwijkingen

##### 2 pijn op de borst

- 201 thoracale klachten eci
- 202 angina pectoris, stabiel
- 203 angina pectoris, onstabiel
- 204 ST elevatie hartinfarct
- 205 non ST elevatie hartinfarct

##### 3 kortademigheid / hartfalen

- 301 acuut hartfalen
- 302 chronisch hartfalen

##### 4 ritme

- 401 atrium fibrilleren / flutter
- 402 overige supraventriculaire hartritmestoornissen
- 403 ventriculaire hartritmestoornissen
- 404 impuls- en geleidingsstoornissen
- 409 overige hartritmestoornissen

##### 5 structurele hartafwijking

- 501 hartklepafwijkingen
- 502 congenitale hart(vaat)afwijking
- 509 overige structurele afwijkingen van het hart

##### 6 vaten

- 601 arteriele vaatafwijking / stenose
- 602 veneuze vaatafwijking (thrombose / thromboembolie / longembolie)
- 609 overige vaataandoeningen / afwijkingen

##### 7 ontstekingen

- 701 pericarditis
- 702 endocarditis
- 709 overige ontstekingen

#### 8 follow-up

- 801 follow up na acuut coronair syndroom
- 802 follow up na PTCA en/of CABG en/of ablatie
- 803 follow-up na PM implantatie
- 804 follow-up na ICD implantatie
- 805 follow-up na harttransplantatie
- 806 follow-up na operatie hartklepafwijking
- 807 follow-up na operatie congenitale hart(vaat)afwijking
- 808 follow-up na vaatoperatie (arterieel / veneus)
- 810 follow-up na overige hartoperatie
- 821 hartrevalidatie
- 822 peri-operatieve zorg

#### 9 overige

- 901 vetstofwisselingsstoornissen
- 902 hypertensie
- 909 overige aandoeningen
- 911 hartteam bespreking
- 912 screening harttransplantatie
- 914 ICC

#### Behandeling

##### Inhoudelijk

##### 1 reguliere behandelvormen

- 10. reguliere behandeling/geen behandeling
- 11. reguliere behandeling met PM implantatie
- 12. PM/ICD ingreep zonder device implantatie

##### 2 interventiebehandelingen

- 21. PCI-behandeling klasse 1
- 22. PCI-behandeling klasse 2
- 23. PCI-behandeling klasse 3
- 24. PCI-behandeling klasse 4
- 25. non-coronaire interventiebehandeling klasse 1
- 26. non-coronaire interventiebehandeling klasse 2

##### 3 EF-onderzoeken/behandelingen

- 31. catheter ablatiebehandeling klasse 1
- 32. catheter ablatiebehandeling klasse 2
- 33. catheter ablatiebehandeling klasse 3
- 34. catheter ablatiebehandeling klasse 4
- 36. EF-behandeling met ICD implantatie

##### Setting

- ..1 poliklinisch
- ..2 met dagopname(n)
- ..3 met klinische episode(n)
- ..4 enkelvoudig poliklinisch



### Bijlage 3: De smileyrapportage

Hier onder ziet u een voorbeeld van de smileyrapportage. De getallen en percentages zijn verwijderd, enkele smileys staan er nog in. Deze smileys geven aan of een specialisme er goed, gemiddeld of slecht voor staat.

DBC-rapportage														maand en jaartal													
														specialisme													
														Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	Totaal	Gemiddeld per maand
<b>Geopende DBC's per maand</b>																											
1.a Totaal aantal geopende DBC's																											
Verdeeld naar : zorgtype 11																											
zorgtype 12																											
zorgtype 13																											
zorgtype 21																											
1.b Totaal aantal geopende DBC's voorgaand jaar																											
<b>Gesloten DBC's per maand</b>																											
2. Aantal gesloten DBC's																											
Verdeeld naar : zorgtype 11																											
zorgtype 12																											
zorgtype 13																											
zorgtype 21																											
3. Omzetwaarde gesloten DBC's																											
4.a Gemiddelde doorlooptijd gesloten DBC's zorgtype 11																											
4.b Gemiddelde vertraging bij sluiten DBC: (formele) einddatum DBC t.o.v. datum laatste beweging/verrichting																											
4.c Gemiddelde vertraging bij sluiten DBC als gevolg van sluiten met terugwerkende kracht																											
Waardering 4.b en 4.c																											
<b>Gevalideerde en gefactureerde DBC's</b>																											
5. % Uitval na validatie																											
Waardering 5. ☺ ☺ ☹ ☹ ☺																											
6.a Omzetwaarde gefactureerde DBC's																											
6.b Totaal honorarium poortspecialist gefactureerde DBC's																											
6.c Verhouding omzet naar A-/ B-segment																											
<b>Openstaande DBC's ultimo maand</b>																											
7. Totaal aantal openstaande DBC's																											
8.a Aantal openstaande DBC's > 6 maanden zonder bezoek in de toekomst																											
8.b Gemiddelde waarde aantal openstaande DBC's > 6 maanden zonder bezoek in de toekomst																											
Waardering 8.a.																											
9.a Aantal openstaande DBC's met een klinische behandelas > 3 maanden na ontslag																											
9.b Gemiddelde waarde aantal openstaande DBC's met een klinische behandelas > 3 maanden na ontslag																											
Waardering 9.a.																											