

2009

Medisch Spectrum Twente

A Molenkamp

Studentnummer 0124036

a.m.molenkamp@student.utwente.nl

Begeleider Universiteit Twente

Dr. Ir. A.A.M Spil

Begeleider Medisch Spectrum

Twente

Dhr. Ir. B. Schukkink

Meelezer

Dhr. Ir. H. Kroon

[EEN INFORMATIE SYSTEEM MET BETREKKING TOT HET ONDERHANDELEN OVER EN RAPPORTEREN VAN AFSPRAKEN ROND DIAGNOSE BEHANDEL COMBINATIES]



UNIVERSITEIT TWENTE.



Management samenvatting

Het Medisch Spectrum Twente te Enschede is een topklinisch ziekenhuis dat als doel heeft om de gezondheid van de inwoners van de regio te bevorderen. Het budget dat hiervoor gebruikt wordt, is opgebouwd uit een aantal componenten. Het MST ontvangt een locatiegebonden en een beschikbaarheidsbudget van de overheid. Dit zijn vaste budgetten. Daarnaast ontvangt zij een semivast budget, het zogenaamde capaciteitsbudget. Als laatste ontvangt zij een variabel budget.

Hieronder valt ook de vergoeding die het ziekenhuis krijgt van de zorgverzekeraar wanneer een verzekerde een behandeling bij het MST krijgt. Over de prijs die de zorgverzekeraar hiervoor betaalt aan het ziekenhuis is van te voren onderhandeld. Voor een deel van deze Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) staat een landelijk vastgesteld tarief, dit zijn de DBC's in het A-segment, en voor een deel bevinden DBC's zich in het zogenaamde vrij onderhandelbare B-segment.

Het onderhandelen over DBC's in het B-segment is erg tijdrovend en brengt veel administratieve afhandeling met zich mee. Het is tijdrovend doordat er veel berekeningen uitgevoerd moeten worden. Er is een informatie systeem beschikbaar, DBC Services, dat het onderhandelen over DBC's kan ondersteunen.

Een DBC onderhandelsysteem is een Decision Support System. In dit onderzoek is dit nader uitgewerkt. Vervolgens is er gekeken naar wat een DBC onderhandelsysteem precies is. Dit is uitgewerkt aan de hand van het besturingsmodel van De Leeuw (2002). Hierna is de informatiebehoefte achterhaald aan de hand van de PRIMA methode (Spil, Verkerke & Schuring, 2009). Vervolgens is het programma DBC Services geanalyseerd. Aan de hand hiervan zijn de volgende mogelijkheden opgesteld voor met MST:

1. Kiezen voor DBC services en missende opties op de huidige manier blijven voortzetten. Eventueel zou een ander informatiesysteem overwogen kunnen worden, dat naast DBC services gebruikt kan worden.
2. Kiezen voor een maatwerk-informatiesysteem.
3. Het voortzetten van de huidige situatie. Indien men kiest voor deze optie zal er niets veranderen.

Naar aanleiding van een onderzoek dat gedaan is bij medewerkers van de afdeling Financiën en Informatiezaken, die de onderhandelingen voeren, is bepaald wat de gewenste opties zijn:

- Er moet een totaal berekend kunnen worden over een hele prijslijst die aangeboden wordt aan de zorgverzekeraars.
- Er moet een vergelijking met het voorgaande jaar gemaakt kunnen worden.
- Er moet een vergelijking gemaakt kunnen worden tussen de aanbiedingen die aan verzekeraars gedaan worden
- Er moet een vergelijking gemaakt kunnen worden tussen de aanbiedingen die verzekeraars doen
- Er moet bekeken kunnen worden wat de verandering van de prijs van een (sub) specialisme voor effect heeft op de totaalprijs
- Volume ontwikkelingen moeten kunnen worden doorgevoerd.
- Er moeten prijsmutaties per specialisme kunnen worden doorgevoerd.
- Staffelkortingen moeten verwerkt kunnen worden.

- Het ziekenhuis wil graag zien waar zij ten opzichte van andere ziekenhuizen staat. Het programma moet dus ook een benchmark-functie hebben.
- Er moet een mogelijkheid tot het indexeren van de prijs inzitten.
- Er moet een optie in zitten voor het beheren van gemaakte contracten.

Niet al de gewenste opties zijn beschikbaar in het programma DBC Services. Het advies luidt om het programma in gebruik te nemen en voor de ontbrekende opties het oude systeem te blijven gebruiken. Er wordt geadviseerd om voor de benchmark-functie, de functie tot het bekijken van effect op de totaalprijs bij een prijsverandering bij een specialisme en de functie tot het doorvoeren van prijsmutaties per specialisme op de oude manier te blijven gebruiken. Deze laatste twee functies zijn wel beschikbaar in het systeem, maar kunnen in het oude systeem makkelijker gebruikt blijven worden. Door het gebruik van een dubbel systeem, waarbij beide systemen echter wel samen kunnen werken, wordt een optimale situatie gecreëerd.

Het programma DBC Services bevat ook een optie voor het invoeren van kwaliteitsindicatoren. Er wordt echter geadviseerd om deze optie niet in gebruik te nemen. De kwaliteitsindicatoren worden namelijk niet gecorrigeerd voor zorgzwaarte, waardoor dit geen toegevoegde waarde heeft voor het MST en dit mogelijk een vertekend beeld kan opleveren. Het MST heeft, doordat zij een topklinisch ziekenhuis is, te maken met patiënten met ernstigere aandoeningen dan een normaal ziekenhuis. Hierdoor zal zij bijvoorbeeld vaker te maken hebben met patiënten die overlijden, dit kan een vertekend beeld opleveren.

Inhoudsopgave

Management samenvatting	2
Voorwoord	6
1. Aanleiding tot het onderzoek.....	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Onderzoeksvragen.....	7
1.3 Onderzoeksmethoden.....	8
1.4 Leesbeschrijving	8
2. Het Medisch Spectrum Twente	10
2.1 Het MST als organisatie	10
2.2 Budget van het MST	13
3. Hoe verlopen de onderhandelingen tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar omtrent DBC's?	14
3.1 Historisch verloop bekostiging gezondheidszorg in Nederland	14
4. Wat is een Decision Support System?	16
4.1 besluitvormingsproces	16
4.2 Een informatiesysteem moet aansluiten op de bedrijfsdoelen	17
5. Wat is een DBC onderhandelsysteem?	19
5.1 Business Intelligence	19
5.2 Verschillende theorieën	19
5.3 Besturing	20
5.4 Toepassing Intelligence-design-choice model.....	24
6. Wat is de informatiebehoefte van de medewerkers van de afdeling Financiën en Informatiezaken van het MST, met betrekking tot het onderhandelen over DBC's?	26
6.1 Informatiebehoefte binnen het MST	26
6.2 Het PRIMA interview	26
6.2.1 Processen.....	27
6.2.2 Relevantie	31
6.2.3 Informatie kwaliteit	31
6.2.4 Mensen en middelen.....	32
6.2.5 Attitude.....	33
7. Welke functionaliteiten heeft het programma DBC Services?.....	34
7.1 DBC Services	34
7.2 Het doel van het programma	34

7.3	Kwaliteit.....	34
7.4	Contractbeheer	34
8.	Is het programma in de toekomst ook te gebruiken?.....	36
9.	Kan DBC Services als strategisch middel worden ingezet?	37
9.1	Een strategisch middel voor het MST.....	37
9.2	Een strategisch middel voor de zorgverzekeraar	38
10.	Conclusie, advies en discussie	39
10.1	Conclusie	39
10.2	Advies	40
10.3	Verbeterpunten.....	41
	Literatuurlijst	43
	Bijlage 1. The structure of unstructured processes by Mintzberg, Raisinghani and Theoret	45
	Bijlage 2. A builder's introduction to Executive Information Systems by Byun and Suh	46
	Bijlage 3. Het interview	47
	Bijlage 4. Interview medewerker 1.....	48
	Bijlage 5. Interview medewerker 2	50
	Bijlage 6. Flowchart	52
	Bijlage 7. De uitgebreide mogelijkheden.	53
	Bijlage 8. Uittreksel van de Kamer van Koophandel	55

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van een drie maanden durend onderzoek in het Medisch Spectrum Twente te Enschede, dat ik gedaan heb ter afronding van mijn bachelor Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente.

Tijdens het uitvoeren van mijn onderzoek heb ik veel hulp gehad van een aantal mensen die ik graag wil bedanken. Als eerste wil ik graag Ben bedanken voor het warme welkom binnen het Medisch Spectrum Twente en voor alle hulp die hij mij geboden heeft. Ook wil ik Ton Spil bedanken voor het blijven meedenken op momenten dat ik zelf geen nieuwe opties meer zag en voor alle goede en waardevolle adviezen. Ik ben Ellen Vos en Martien Kollenstaart dankbaar voor alle informatie en hulp die zij mij geboden hebben. Henk Kroon wil ik bedanken voor de tijd en moeite die hij heeft genomen om als meelezer op te treden.

Vanuit het thuisfront ben ik Nico dankbaar voor het positief blijven op momenten dat ik dat wat minder was. Tevens ben ik mijn ouders en zusje dankbaar voor het feit dat ze altijd voor mij klaar (hebben) (ge)staan.

Ik hoop dat door dit onderzoek het onderhandelen over DBC's met de zorgverzekeraar eenvoudiger en met minder administratieve afhandelingen zal verlopen.

Anne Marieke Molenkamp

Enschede, februari 2010

1. Aanleiding tot het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt allereerst een korte inleiding gegeven over de behoefte aan dit onderzoek en de centrale vraag. Vervolgens worden de deelvragen geformuleerd en daaropvolgend de onderzoeksopzet gegeven. Aan het eind van dit hoofdstuk volgt een leesbeschrijving voor de volgende hoofdstukken.

1.1 Inleiding

Ziekenhuizen dienen voor een steeds groter deel van hun omzet prijsonderhandelingen te voeren met zorgverzekeraars (zorginkopers). In de periode van 2005 tot 2009 is het vrij onderhandelbare (zogenaamde B-segment) segment gegroeid tot plusminus 30% en verdere uitbreidingen staan de komende jaren gepland. De overige 70% betreft het zogenaamde A-segment. De prijzen van de behandelingen in het A-segment zijn landelijk vastgesteld in tegenstelling tot de prijzen voor de behandelingen in het B-segment.

De onderhandelingen worden gevoerd met verschillende groepen zorgverzekeraars (inkoopcombinaties) en vinden op verschillende manieren plaats. Soms wordt er onderhandeld op individueel product niveau (Diagnose Behandel Combinaties) en soms wordt er onderhandeld over een aantal Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) tegelijkertijd. Een DBC is het geheel aan behandelingen van een patiënt krijgt binnen één zorgvraag. Op het moment dat een patiënt met zijn zorgvraag bij een zorgaanbieder komt, wordt er een diagnose gesteld en gelijktijdig een behandeltraject gestart. Voor al de consulten en behandelingen die betrekking hebben op dezelfde zorgvraag wordt één totaaltarief gehanteerd. De laatste jaren is het aantal DBC's snel toegenomen. Gedurende het onderhandelingsproces is er behoefte aan geautomatiseerde ondersteuning. Te denken valt aan modelleringsmogelijkheden, zoals het kunnen doorrekenen van volumeontwikkelingen, van prijsmutaties per specialisme en het verwerken van staffelkortingen. Tegenvoorstellen van verzekeraars moeten geanalyseerd kunnen worden, evenals beschikbare markt en verkoopprijsinformatie van andere zorgaanbieders. Gedurende de onderhandelingen dient de informatie uitwisseling met zorgverzekeraars in vaste dataformats plaats te vinden. Na afronding van de onderhandelingen dienen de prijsafspraken eveneens in vaste dataformats aangeleverd te worden bij externe instellingen, zoals bij de zorgverzekeraars en Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en ingelezen te worden in het factureringssysteem. Dit alles is momenteel een arbeidsintensief proces.

Er is een informatie systeem beschikbaar dat bovengenoemde mogelijk zou kunnen ondersteunen. De vraag vanuit het Medisch Spectrum Twente (MST) is om een onderzoek te doen naar dit systeem. De centrale vraagstelling luidt:

Voldoet het systeem DBC Services aan de wensen en eisen van de medewerkers van de afdeling Financiën en Informatiezaken van het Medisch Spectrum Twente?

1.2 Onderzoeksvragen

Om de hoofdvraag te beantwoorden zijn er een aantal deelvragen opgesteld, die ervoor moeten zorgen dat de hoofdvraag beantwoord kan worden.

1. Hoe verlopen de onderhandelingen tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar omtrent DBC's?
2. Wat is een Decision Support System?

3. Wat is een DBC onderhandelsysteem?
4. Wat is de informatiebehoefte van de medewerkers van de afdeling Financiën en Informatiezaken van het MST, met betrekking tot het onderhandelen over DBC's?
5. Welke functionaliteiten heeft het programma DBC Services?
6. Is het programma in de toekomst ook bruikbaar?
7. Kan DBC Services als strategisch middel worden ingezet?

1.3 Onderzoeksmethoden

Het onderzoek dat gedaan zal worden is een interventie onderzoek (Punch, 2006) dat gericht is op het oplossen of veranderen van een niet bevredigende situatie. Het interventie onderzoek zal gericht zijn op de situatie van het onderhandelen over en het rapporteren van de afspraken over DBC's bij het MST te Enschede. Het is mogelijk dat ook andere ziekenhuizen met hetzelfde probleem kampen. Door deze onderzoeksopzet aan te houden, kunnen zij baat hebben bij onderzoek.

Het onderzoek verloopt in een aantal fasen. De eerste en de vierde onderzoeksvraag zal worden onderzocht aan de hand van kwalitatieve data (Punch, 2006), die verkregen wordt door middel van interviews (Babbie, 2004). In dit onderzoek wordt de PRIMA- methode van Spil, Verkerke en Schuring gebruikt. Er is gekozen voor een interview, omdat het volgens Spil et al. belangrijk wordt geacht dat de eindgebruiker centraal staat en de mogelijkheid heeft open te spreken (2008). Het interview dat gedaan wordt, zal dan ook de vorm aan nemen zoals Spil et al. dit aanraden (2008). Voor de tweede, de derde, de zesde en de zevende onderzoeksvraag zal de beschikbare literatuur geraadpleegd worden om het nodige te verhelderen. Het programma DBC Services zal geanalyseerd worden om de vijfde onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

De analyse eenheid is de eenheid waarover men een uitspraak wil doen (Geurts, 1999). In dit geval is de analyse eenheid een informatie systeem dat het onderhandelen over DBC's tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar ondersteunt. De waarnemingseenheden zijn de objecten aan de hand waarvan een uitspraak over de analyse eenheid gedaan zal worden. In dit geval zijn de waarnemingseenheden de medewerkers, werkzaam zijn op de afdeling Financiën en Informatiezaken (F&I) van het MST te Enschede, welke de onderhandelingen voeren met de zorgverzekeraar en het informatiesysteem dat het onderhandelen over DBC's tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar ondersteunt (Geurts, 1999).

Na de beantwoording van de deelvragen, wordt de hoofdvraag beantwoord en wordt er een advies naar het MST uitgebracht. Er wordt dan nagegaan of het systeem voldoet aan de wensen en de eisen van de eindgebruikers van het systeem.

Het doel van het onderzoek is om na te gaan of het informatiesysteem DBC Services voldoet aan de wensen en eisen van de medewerkers van de afdeling Financiën en Informatiezaken van het Medisch Spectrum Twente te Enschede. Het domein zijn de eenheden waarop de probleemstelling betrekking heeft (Geurts, 1999), dit zijn de medewerkers van de afdeling Financiën en Informatiezaken van het MST te Enschede.

1.4 Leesbeschrijving

Het rapport is opgedeeld in 10 hoofdstukken. In hoofdstuk 1 wordt de achtergrond van het onderzoek beschreven. Er wordt een inleiding gegeven en de onderzoeksvraag wordt gepresenteerd

evenals de onderzoeksmethoden. In hoofdstuk 2 wordt er dieper ingegaan op het MST als organisatie.

De eerste onderzoeksvraag wordt beantwoord in hoofdstuk 3. Er wordt ingegaan op de geschiedenis van de bekostiging van de gezondheidszorg in Nederland. Tevens zal hier worden uitgelegd hoe de prijzen omtrent DBC's tot stand komen. In hoofdstuk 3 wordt de tweede onderzoeksvraag beantwoord.

In hoofdstuk 4 wordt onder andere gekeken naar de besturingsmogelijkheden en naar het type informatiesysteem dat nodig is. Ook wordt er in dit hoofdstuk aandacht besteed aan het besluitvormingsproces .

Vervolgens zal er in hoofdstuk 5 ingegaan op wat een DBC onderhandelsysteem precies is. Hier worden een aantal theorieën gepresenteerd op, waarna vervolgens een selectie van theorieën plaatsvindt. In hoofdstuk 6 wordt onderzocht wat de informatiebehoefte is en wordt uitgelegd op welke manier dit wordt onderzocht.. Ook wordt het onderhandelproces in kaart gebracht.

In hoofdstuk 7 wordt het programma DBC Service geanalyseerd waarna in hoofdstuk 8 de bruikbaarheid van het programma op langere termijn aan de orde komt.

In hoofdstuk 9 wordt bekeken of het programma ook op een strategische manier gebruikt kan worden. De hoofdvraag wordt in hoofdstuk 10 beantwoord, waarna op basis daarvan een advies wordt uitgebracht aan het MST om het programma DBC Services al dan niet in gebruik te nemen. Ook worden in dit hoofdstuk een aantal verbeterpunten naar aanleiding van dit onderzoek gepresenteerd.

2. Het Medisch Spectrum Twente

Het MST is een topklinisch ziekenhuis met vestigingen in Enschede (aan het Ariënsplein en de Haaksbergerstraat) en Oldenzaal en buitenpoliklinieken in Haaksbergen en Losser. Als kerntaak heeft zij het bevorderen van de gezondheid van de inwoners in de regio, door het aanbieden van medisch-specialistische zorg. Het verzorgingsgebied telt zo'n 264.000 inwoners in de gemeenten Dinkelland, Enschede, Haaksbergen, Losser en Oldenzaal. Het MST heeft hiervoor 1070 erkende bedden. Naast het verlenen van de basiszorg, worden ook vrijwel alle specialismen vertegenwoordigd in het MST door ongeveer 200 medisch specialisten. In totaal werken er ongeveer 4000 werknemers bij het MST. In 2008 zijn er 29.000 opnamen en 24.000 dagopnamen, ruim 200.000 verpleegdagen en 481.000 polikliniekbezoeken geweest. Dit laat de omvang van het MST zien (MST, Z.D.).

Het MST probeert de grote regio waaraan zij zorg verleend te behouden door veel aandacht te besteden aan opleiding en onderzoek. Het MST vindt haar medewerkers essentieel en probeert er daarom voor te zorgen dat deze kunnen werken in een prestatie- en lerende werkomgeving met aandacht voor persoonlijke ontwikkeling (MST, Z.D.). Een voorbeeld hier van is de Medical School Twente. In dit onderdeel van het MST zijn alle activiteiten op gebied van onderwijs, onderzoek en bij- en nascholing van het MST geclusterd (MST, Z.D.). In dit onderdeel zijn jaarlijks 500 studenten actief, die zich richten op zowel medische als niet-medische vakgebieden.

Het MST heeft een aantal onderdelen in haar organisatie waarmee zij zich wil onderscheiden van de andere ziekenhuizen.

Een voorbeeld daarvan is het Vrouw Kind Centrum. In dit centrum bevindt zich alle zorg voor vrouw en kind. Er bevinden zich hier onder andere kinderartsen en gynaecologen. Ook zijn er verloskamers en is er een mogelijkheid voor de vader en de moeder van een kind om te overnachten. Tevens kunnen zieke of te vroeg geboren baby's behandeld worden in het Vrouw Kind Centrum.

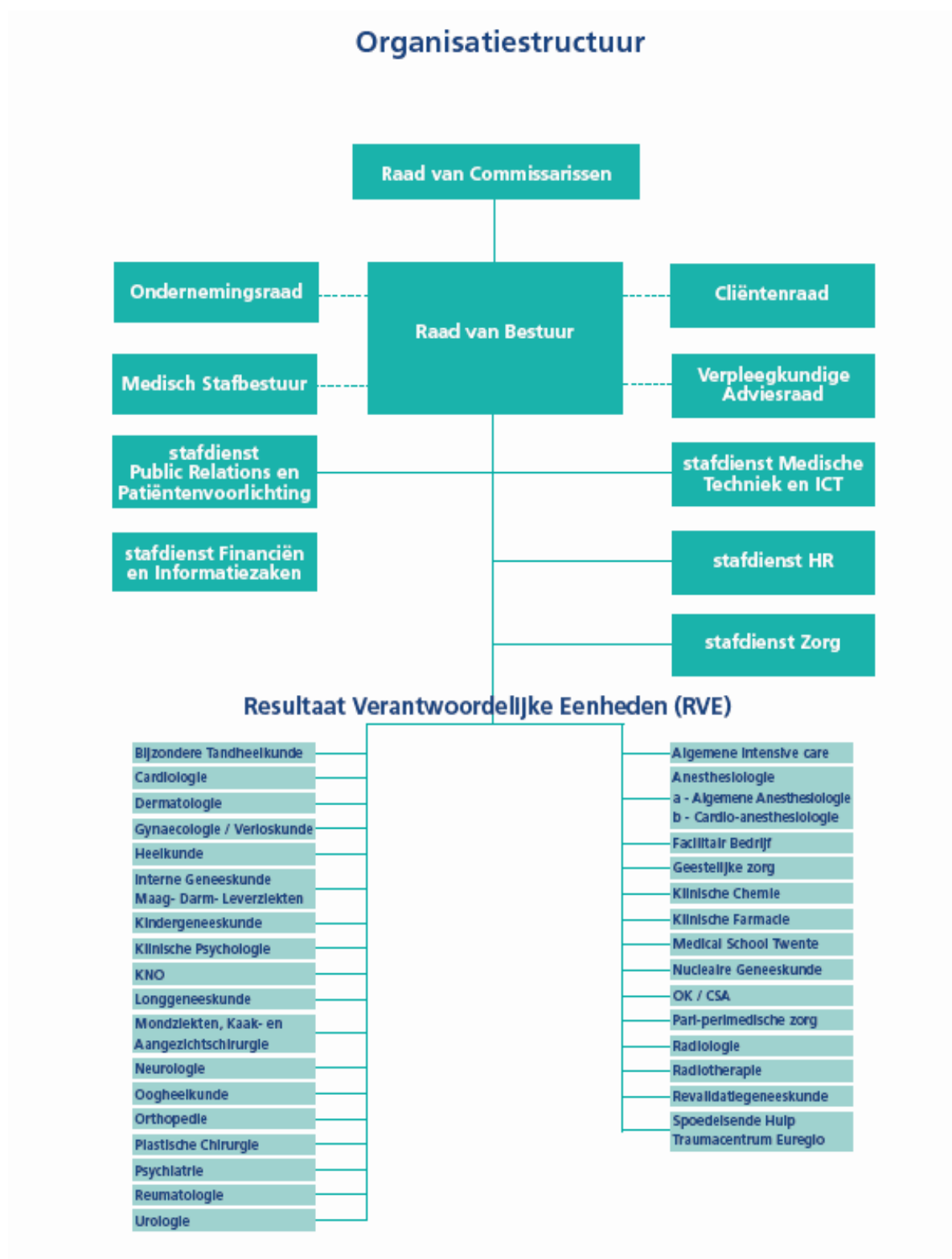
Naast algemeen ziekenhuis beschikt het MST ook over een afdeling met betrekking tot neurochirurgie, een centrum voor dialyse- en radiotherapie-, een traumacentrum, een thoraxcentrum en een centrum voor HIV-behandelingen, waarmee zij zich ook onderscheidt van andere ziekenhuizen.

2.1 Het MST als organisatie

In figuur 1 is te zien hoe de organisatiestructuur van het MST is. Het MST is opgebouwd uit de raad van commissarissen, de raad van bestuur, een aantal stafafdelingen en de Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE). De RVE is een bundeling van specifieke zorg. Aan het hoofd van elke RVE staat een medisch en een bedrijfskundig manager. De bedrijfskundige managers sturen meerdere RVE's aan en werken samen met meerdere medische managers. De belangrijkste doelen van deze organisatiestructuur zijn (MST, Z.D.):

- het leveren van kwalitatief hoogwaardige en veilige zorg
- optimale participatie van de medische staf in het management
- verbetering van de aansturing en begeleiding van medewerkers
- doelmatige bedrijfsvoering

Naast de RVE's zijn er een aantal afdelingen die een staffunctie hebben. De verschillende stafafdelingen zijn bijvoorbeeld de Medische Techniek en ICT en HR. Het onderzoek dat uitgevoerd gaat worden heeft betrekking op de stafafdeling Financiën en Informatiezaken (F&I).



Figuur 1. Organogram MST (www.mst.nl)

De afdeling Financiën en Informatiezaken, waarop het onderzoek gericht is, houdt zich bezig met de financiële afhandeling van verschillende zaken. Onder de afdeling F&I vallen de salarisadministratie, planning en control, de medische administratie en de financiële administratie.

Bij de salarisadministratie worden alle lonen van de medewerkers van het MST verwerkt.

De medische administratie bestaat uit het medisch archief en de codeurs. In het medisch archief wordt alles wat er bekend is van patiënten bij gehouden tot 15 jaar na het laatste consult. Actuele dossiers worden vanuit het medisch archief naar de betreffende afdeling gebracht en oude dossiers worden in het medisch archief bewaard. De dossiers worden nu op een aantal afdelingen digitaal bijgehouden. De dossiers worden steekproefsgewijs gecontroleerd op juistheid in samenhang met het factureringssysteem. Er wordt dan gekeken of er in het factureringssysteem dezelfde datum en dezelfde DBC vermeld staat als in het dossier.

De codeurs, die ook vallen onder de medische administratie, zetten alle behandelingen om naar ICD-9 coderingen, aan de hand van classificatie tabellen. Vervolgens worden deze gegevens verwerkt bij de Landelijke Medische Registratie (LMR). De data uit de LMR worden gebruikt voor onderzoek en beleid.

Met de komst van DOT hebben de codeurs alleen nog een controlerende functie. De DBC's worden dan omgezet in een ICD-10 codering, waardoor ze dan ook te vergelijken zijn met buitenlandse gegevens. Doordat de huidige DBC's nog niet omgezet kunnen worden naar gegevens die vergeleken kunnen worden met buitenlandse gegevens, is het nu nog nodig dat de codeurs de behandelingen omzetten. Meer informatie over DOT wordt gegeven in hoofdstuk 8.

Bij de financiële administratie worden alle financiële gegevens verwerkt. Hierbij valt te denken aan de debiteurenadministratie en de crediteurenadministratie.

Bij planning en control worden onder andere de jaarrekening en de begroting opgesteld, rapportages gemaakt en alle budgetten beheerd. Hierbij valt te denken aan het intern budget, dat bijvoorbeeld gebruikt wordt voor innovaties, maar ook het extern budget. Het extern budget zijn de opbrengstramingen. Dit zijn de opbrengsten van de DBC's die verkocht worden aan de zorgverzekeraars. Ook maandrapportages naar de RVE's worden door planning en control opgesteld. De RVE's kunnen daarmee de DBC's zoals die in hun administratie staan controleren. Dit onderzoek richt zich op de medewerkers die zich bezig houden met de verkoop van DBC's aan de zorgverzekeraars.

Tevens vindt de verkoop van DBC's plaats bij de afdeling Planning en Control. Het is opmerkelijk te noemen dat de verkoop van DBC's bij de afdeling Planning en Control plaatsvindt. Dit komt doordat het functiegerichte budget beheerd werd door de afdeling F&I. Met de tijd is het budget deels verschoven naar DBC's in het vrij onderhandelbare segment en is de verkoop van DBC's bij F&I gebleven. Echter nu de nadruk steeds meer verschuift naar kwaliteit in combinatie met de prijs van DBC's, is het opmerkelijk dat de verkoop nog onder F&I valt. De kwaliteit zou meer een onderdeel moeten zijn van het stafbureau Zorg, of van een aparte verkoopafdeling. De afdeling F&I zou een aantal richtlijnen en randvoorwaarden moeten geven aan het stafbureau Zorg of een aparte verkoopafdeling, voor het onderhandelen. Zo zou de kostprijs doorgegeven moeten worden aan de verkopers, waarbij zij een DBC bijvoorbeeld niet onder de kostprijs moeten verkopen.

De afdeling F&I heeft zowel interne als externe contacten. Bij externe contacten kan gedacht worden aan bijvoorbeeld:

- Een accountant die de jaarrekening controleert.

- De verzekeraars waarmee contracten over DBC's worden afgesloten en waar facturen naar verstuurd worden.
- De patiënten die de prijs van een DBC willen weten.

F&I heeft intern met alle afdelingen contact. Dit komt doordat alle diensten of producten die geld kosten via F&I lopen. Er kan hier bijvoorbeeld gedacht worden aan de volgende situaties:

- Bij F&I wordt het loon/honorarium van de medisch specialisten verwerkt.
- De Raad van Bestuur tekent contracten die door F&I met de verzekeraar zijn afgesloten.
- F&I beheert de uitgaven aan innovatie, tevens geven zij advies en goedkeuring voor projecten. Hierdoor heeft ook de afdeling die gericht is op de medische techniek contact met F&I.

2.2 Budget van het MST

Het MST heeft op dit moment een budget van 300 miljoen euro. Dit is opgebouwd uit 4 soorten budgetten. Er zijn twee vaste budgetten namelijk het locatiegebonden en het beschikbaarheidsbudget. Daarnaast is er een capaciteitsgebonden budget, dat semivast is. Als laatste is er het variabele productiegebonden budget. Dit is opgebouwd uit de reguliere zorg, de bijzonder functies en de eerstelijns voorzieningen (Wijga, 2005). Hieronder valt ook het budget dat verkregen wordt door het aangaan van contracten met een zorgverzekeraar, die een bepaald bedrag per geleverde DBC betaalt. Op dit laatste heeft dit onderzoek betrekking. Over deze DBC's wordt onderhandeld, dit zijn DBC's uit het B-segment. Over DBC's in het A-segment wordt niet onderhandeld. Deze DBC's hebben een vast bedrag, dat is opgebouwd uit opname, dagverpleging, eerst polikliniekbezoeken (Kloppenhouwer & Vos-Deckers, 2005). Er zal nu nader ingegaan worden op het onderhandelproces met betrekking tot DBC's uit het B-segment.

3. Hoe verlopen de onderhandelingen tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar omtrent DBC's?

In dit hoofdstuk wordt de vraag beantwoord hoe de onderhandelingen tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar over DBC's verlopen.

3.1 Historisch verloop bekostiging gezondheidszorg in Nederland

De bekostiging van de gezondheidszorg in Nederland kende een hectisch verloop. Tot het begin van de jaren zeventig was er weinig overheidsbemoeienis met betrekking tot de gezondheidszorg. Een stijging van de kosten leidde simpelweg tot een verhoging van de premies (Kloppenhouwer & Vos-Deckers, 2005). Dit had als gevolg dat de kosten snel stegen.

In 1982 is de functionele budgettering voor ziekenhuizen en een verrichtingssysteem voor medisch specialisten ingevoerd. Daardoor ontstonden grote spanningen omdat de ziekenhuizen gebonden waren aan een budget en de medisch specialisten zonder restricties hun verrichtingen wilden doen. Zij werden namelijk ook per verrichting betaald. Het ziekenhuis en de medische specialisten hadden beiden een ander doel voor ogen, doordat ze ongelijk gericht waren (Kloppenhouwer & Vos-Deckers, 2005). Voor het ziekenhuis gold het tegenovergestelde als voor de specialist. Hoe meer verrichtingen er werden uitgevoerd, hoe hoger de kosten voor het ziekenhuis.

In 1995 is er een nieuw systeem ingevoerd, de lumpsumhonorering. Bij de lumpsumbekostiging werd voor de medische specialisten een vast budget vastgesteld, onafhankelijk van de feitelijke productie (Min VWS, 2006). Dit is ingevoerd om te voorkomen dat de medisch specialisten steeds meer verrichtingen gingen uitvoeren, omdat zij naar verrichting werden betaald. Dit leidde er toe dat de werkweek van de medische specialist steeds korter werd en de wachtlijsten voor specialistische hulp steeds langer (Kloppenhouwer & Vos-Deckers, 2005).

Het grootste nadeel van zowel de functionele budgettering (FB) als de lumpsumhonorering is dat er geen verband is tussen de werkelijke kosten en de geldende opbrengsten. In de systemen zat te weinig aansporing voor een samenwerking tussen de medische specialisten en voor het ziekenhuis om de hoogste kwaliteit tegen de laagste prijs te leveren (Kloppenhouwer & Vos-Deckers, 2005). Ook de modellen waren vooral gericht op de beheersing van de kosten en niet op het bieden van de hoogste kwaliteit. Een ander nadeel was dat er geen goede mogelijkheid tot het bedrijfseconomisch aansturen van de verschillende processen was. Dit kwam vooral door het ontbreken van inzicht in de processen, de bijbehorende kosten en de mogelijkheden tot het maken van winst. De voornaamste concurrentie vond plaats op grond van de demografische verdeling in plaats van kwaliteit, doordat er geen prikkel tot innovatie was (Kloppenhouwer & Vos-Deckers, 2005).

Er zijn verschillende commissies opgezet om te kijken naar de bekostiging van de gezondheidszorg. In 1994 kwam de commissie Biesheuvel als eerste met het idee om individuele behandelingen te clusteren tot behandelprocessen. Dit leidde tot de in 1994 opgerichte stuurgroep DBC (Zorgverzekeraars Nederland, Z.D.).

Deze stuurgroep richtte zich op een heel ander bekostigingsstelsel. Zij stelden marktwerking voor, waarbij voor elke behandeling een prijs werd vastgesteld. De behandeling zou moeten lopen van de eerste zorgvraag van de patiënt tot en met het laatste consult omtrent de betreffende zorgvraag. Dit werd een Diagnose Behandel Combinatie genoemd (Zorgverzekeraars Nederland, Z.D.). Diagnose

Behandel Combinaties (DBC) zijn afgeleid van Diagnosed Related Groups (DRG), zoals dat in bijvoorbeeld de VS en in Duitsland gehanteerd wordt. Echter doordat het honorarium niet verwerkt wordt bij het DRG systeem en men in Nederland de medisch specialisten bij het ziekenhuis wou betrekken, is er gekozen voor een afgeleide van het DRG systeem, namelijk het DBC systeem (Kloppenhouwer & Vos-Deckers, 2005). De opzet was dat een ziekenhuis een DBC zou moeten verkopen aan verschillende zorgverzekeraars. Door dit principe in te voeren zou er marktwerking in de zorg moeten ontstaan en zou men gericht moeten zijn op efficiëntie, kwaliteit en innovatie (Kloppenhouwer & Vos-Deckers, 2005).

In oktober 2003 stelde de Tweede Kamer een gefaseerde invoer van de DBC's voor. In 2005 is het DBC systeem ingevoerd. Ongeveer 10% van alle DBC's zijn toen overgebracht naar het vrij onderhandelbare segment. De overige 90% van de DBC's kwamen in het A-segment terecht. Over die DBC's werden geen onderhandelingen gevoerd, omdat er voor DBC's in het A-segment een vaste prijs staat. In 2008 was ongeveer 20% van de DBC's vrij onderhandelbaar. In 2009 was het percentage dat vrij onderhandelbaar was ongeveer 34%. Er zijn op dit moment duizenden DBC's, dit geeft een beeld over het aantal DBC's waarover onderhandeld moet worden (DBC Onderhoud₃, Z.D.).

De voordelen die de DBC systematiek hebben ten opzichte van de andere bekostigingssystemen zijn (DBC Onderhoud, 2008):

- **Transparantie.** Door de invoering van DBC's is er inzicht in de kosten van een behandeling voor zowel consumenten, ziekenhuizen als zorgverzekeraars. Tevens is er inzicht voor zorginkopers en consumenten wat de kwaliteit van een bepaalde behandeling of bepaald ziekenhuis is.
- **Kwaliteitsverbetering.** Door de transparantie moeten ziekenhuizen en andere zorgaanbieders de prijs en de kwaliteit op norm houden. Om met 'de rest' mee te komen, wordt ook innovatie belangrijker.
- **Loon naar werken.** Door het invoeren van een vast uurtarief voor alle medische specialisten, zijn alle inkomensverschillen verdwenen. Tevens is het nu zo dat er een verband is tussen het verrichte werk en het inkomen. De inkomsten van zowel het ziekenhuis als de medisch specialist is aan dezelfde DBC gekoppeld. Beiden hebben nu dezelfde belangen. Dit geldt overigens alleen voor de DBC's die zich in het B-segment bevinden.
- **Doelmatigheid.** Doordat het ziekenhuis en de medische specialisten nu dezelfde belangen hebben, is het voor beide belangrijk de kwaliteit hoog te houden en de prijs laag te houden.

Er zijn drie categorieën waar een DBC onder kan vallen, het A-segment, het B-segment of het zogenaamde C-segment (Zorgverzekeraars Nederland, 2006).

De prijzen van de DBC's in het A-segment zijn landelijk vastgesteld. Deze zijn voor elk ziekenhuis gelijk. Het betreft hier vooral de acute zorg. Voor het A-segment geldt een contracteerplicht vanuit de zorgverzekeraar. Het budget voor het A-segment is uit verschillende componenten opgebouwd. Er wordt bijvoorbeeld gekeken naar het aantal inwoners in het verzorgingsgebied, het aantal bedden en de verwachte productie. De ziekenhuizen declareren DBC's uit het A-segment op basis van door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld prijzen. Vervolgens worden de declaraties betaald door zorgverzekeraars. De financiering zou aan het eind gelijk moeten zijn aan het budget dat vooraf bepaald is (NZa, Z.D.).

De prijzen van een DBC uit het B-segment zijn niet landelijk vastgesteld en worden opgesteld door de zorgaanbieder, die hierover onderhandeld met de zorginkoper. De zorginkoper is de zorgverzekeraar, die de zorg inkoopt voor zijn patiënten. Voor dit gedeelte geldt geen contracteerplicht (CTG/Zaio₁,2005).

De DBC's die in het C-segment vallen, zijn DBC's die vallen onder de niet verzekerde zorg. Dit houdt in dat deze zorg niet door de verzekeraar vergoed wordt en dat de patiënt, dit zelf dient te betalen aan de zorgverlener (ZN, 2006).

Nu duidelijk is hoe de DBC systematiek werkt, zal nader worden uitgelegd op wat voor type informatiesysteem het onderzoek gericht is.

4. Wat is een Decision Support System?

Voordat duidelijk wordt wat een DBC onderhandelsysteem is, moet er eerst naar abstracter niveau gekeken. De focus ligt eerst op het type informatiesysteem dat een DBC onderhandelsysteem is. Een DBC onderhandelsysteem is een systeem dat valt onder de Decision Support Systems. Er zal dan ook eerst worden uitgewerkt wat een Decision Support System (DSS) is.

DSS'en zijn computer systemen die gebruikt kunnen worden bij het maken van beslissingen en het oplossen van problemen (Shim, Warkentin, Courtney, Power, Sharda & Carlsson, 2002).

Een DSS moet aan drie voorwaarden voldoen volgens Shim et al(2002):

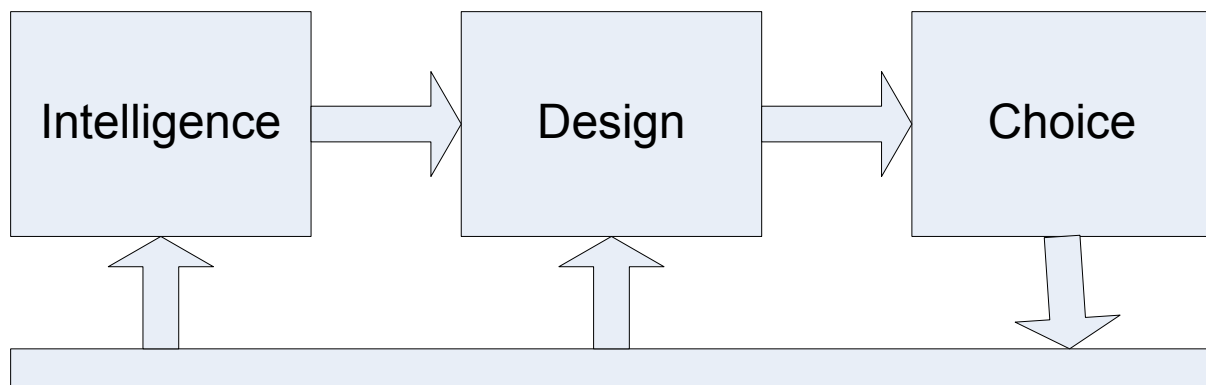
- Het moet mogelijkheden hebben tot het gebruik van een database met interne en externe data, informatie en kennis.
- Het moet modelleerfuncties hebben.
- Het moet een sterke doch eenvoudig interface hebben, met de mogelijkheid tot het rapporteren en het weerspiegelen van verschillende situaties.

Aan de hand van deze drie voorwaarden kunnen we concluderen dat een DBC onderhandelsysteem een DSS is. Het systeem maakt namelijk gebruik van een database die zowel intern als extern gevoed wordt. Met de data en de informatie die in die database staan kunnen verschillende berekeningen worden uitgevoerd, waarmee het voldoet aan de tweede voorwaarde. Een DBC onderhandelsysteem moet verschillende scenario's kunnen schetsen en gemaakte afspraken moeten zichtbaar gemaakt kunnen worden. Hiermee wordt ook aan de derde voorwaarde voldaan en kunnen we concluderen dat een DBC onderhandelsysteem een DSS is. Een DSS biedt ondersteuning in het besluitvormingsproces. Dit proces zal nu nader worden toegelicht.

4.1 besluitvormingsproces

Er zijn verschillende theorieën omtrent het besluitvormingsproces, waarvan het intelligence-design-choice proces van Simon een erg bekende is.

Bij het aanbieden van een prijs voor een DBC worden er continue beslissingen gemaakt. Er zijn verschillende beslissingstheorieën ontwikkeld. Simon ziet het maken van beslissingen als volgt. Het intelligence-design-choice model is in figuur 4 te zien.



Figuur 2. Het Intelligence-Design-Choice model van Simon (Simon, 1960)

Volgens Simon verloopt het beslissingsproces op de volgende manier:

- Allereerst verkeert men in de intelligence fase. Dit heeft betrekking op de behoefte aan een beslissing. Simon zelf noemt dit 'searching the environment'. Hier wordt het probleem geïdentificeerd en gedefinieerd.
- Vervolgens komt men in de design fase. Hier wordt het probleemgebied onderzocht en ontwikkeld en wordt er gekeken naar alternatieven.
- Als laatste komt men in de choice fase. Hier wordt er gekeken naar de meest geschikte actie uit de alternatieven geselecteerd.

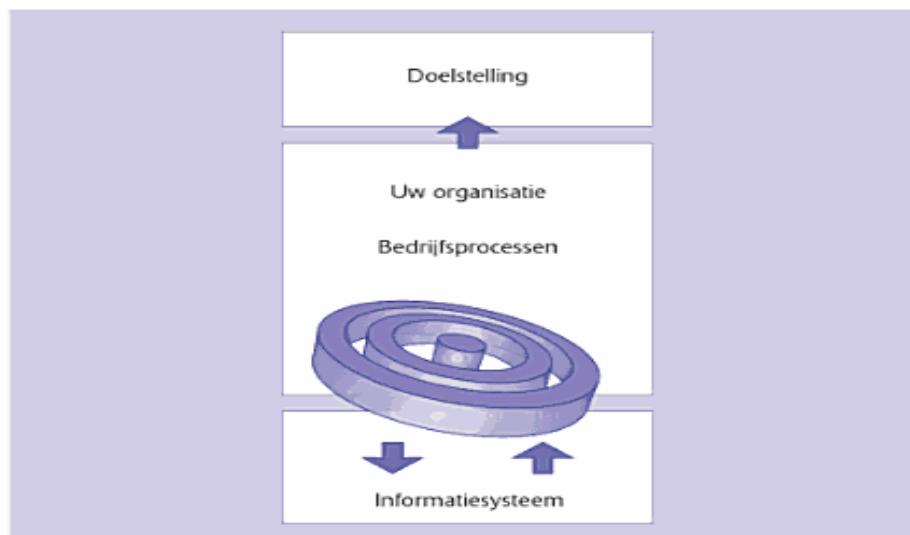
Het kan echter ook zo zijn dat men van de design fase, eerst nogmaals terug gaat naar de intelligence fase, waarna de verschillende stadia opnieuw worden doorlopen.

Een DSS biedt vooral een oplossing in de design en choice fase. De intelligence fase wordt meestal opgemerkt door een betrokkene. Hier wordt het probleem onderzocht en geïdentificeerd. Vervolgens zullen verschillende alternatieven bekeken worden in de design fase. In deze fase kan een DSS erg bruikbaar zijn, doordat deze de verschillende alternatieven kan onderzoeken. Aan de hand van de data die uit de verschillende alternatieven naar voren komt, zal een keuze gemaakt worden. De zogenaamde choice fase. Ook hier kan een DSS ondersteuning bieden door aan te geven welk alternatief het best gekozen kan worden.

Naast het feit dat het belangrijk is te bepalen wat voor soort informatiesysteem een DBC onderhandelsysteem is, is het ook belangrijk te bepalen waar een informatiesysteem staat in een organisatie.

4.2 Een informatiesysteem moet aansluiten op de bedrijfsdoelen

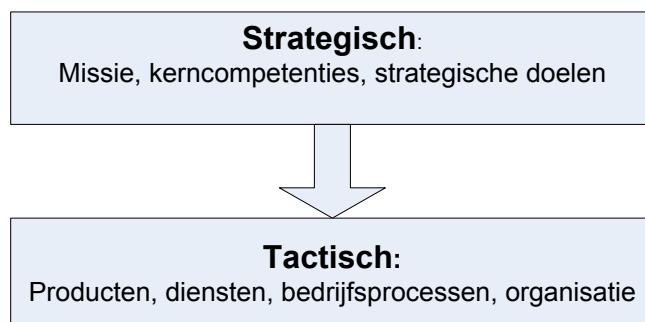
In figuur 3 is de hiërarchie in bepaalde processen te zien. Te zien is dat de gehele organisatie bijdraagt aan de doelstellingen van die organisatie. De organisatie probeert dus de doelstellingen te behalen. Dit gebeurt in de organisatie door de opgestelde bedrijfsprocessen op te volgen. Deze bedrijfsprocessen zijn zo opgesteld, dat ook zij bijdragen aan de doelstelling. Een informatiesysteem moet aansluiten bij de bedrijfsprocessen (Bouman, 2008).



Figuur 3. Het informatiesysteem in dienst van de bedrijfsprocessen en bedrijfsdoelstellingen (Bouman, 2008)

Of een informatiesysteem past bij de bedrijfsdoelen, kan bepaald worden door te achterhalen wat de bedrijfsdoelen precies inhouden. Wat de bedrijfsdoelen zijn, hangt af van degene aan wie dat gevraagd wordt, doordat iedereen zich op zijn eigen kerngebied richt. Dit zijn de tactische aspecten, als het goed is dragen deze bij aan het strategische doel van de organisatie (zie figuur 4) (Bouman, 2008).

Het strategische doel is de bevordering van de gezondheid van de inwoners in de regio (MST, Z.D.). Het tactische doel op dit moment is om zoveel mogelijk kostendekkend te handelen (Kollenstaart, 2009).



Figuur 4. Strategische doelen worden vertaald in tactische aspecten (Bouman, 2008)

Er wordt door de medewerkers met een financiële blik gekeken. Er wordt zoveel mogelijk kostendekkend gehandeld. Vanuit het verleden ligt de nadruk niet op het efficiënt. Inmiddels is het voor een ziekenhuis wel noodzakelijk dat er efficiënt gewerkt wordt en daarbij hoort ook dat men zoveel mogelijk budget creëert. Dit is echter in de praktijk nog niet helemaal het geval, waardoor men op dit moment nog steeds kostendekkend handelt.

Uit een vergelijking van het strategische en tactische doel blijkt dat deze niet nauw met elkaar samenhangen. Mogelijk komt dit door het feit dat het hier een financiële afdeling betreft waardoor

het besef dat er uiteindelijk gewerkt wordt voor de bevordering van de gezondheid van de inwoners in de regio niet groot is.

In dit geval richten we ons op de tactische aspecten. Het informatiesysteem moet aansluiten op het tactische doel. Dit houdt in dat het informatiesysteem van invloed moet zijn op het ondersteunen van zoveel mogelijk kostendekkend handelen.

Nu bepaald is wat een DSS is en waar een informatie systeem staat in een organisatie, wordt uitgewerkt wat een DBC onderhandelsysteem is en hoe dit kan worden bestuurd.

5. Wat is een DBC onderhandelsysteem?

In dit hoofdstuk wordt gekeken wat een DBC onderhandelsysteem precies is. Tevens wordt er gekeken hoe het bestuurd wordt en hoe beslissingen gemaakt worden in het onderhandelproces. Allereerst zullen we het exacte type DSS definiëren.

5.1 Business Intelligence

Een DBC onderhandelsysteem kan opgevat worden als Business Intelligence. Business Intelligence (BI) is een type DSS dat als doel heeft om data die beschikbaar is om te zetten naar informatie waarmee een organisatie beslissingen kan nemen (Negash& Gray, 2008). Een DBC onderhandelsysteem draagt hieraan bij. De gegevens die in het systeem worden ingevoerd zijn losse data. Door het maken van een aantal berekeningen en het bepalen van omgevingsfactoren, zoals de grootte van de zorgverzekeraar, worden data omgezet in informatie. Een kenmerk van BI is dat de data vanuit diverse plaatsen in en rondom de organisatie gehaald moeten worden. Ook dat is hier het geval. De schoningsprijzen worden bijvoorbeeld al ingevoerd door het NZa.

Er zal nu aan de hand van verschillende theorieën getracht worden te verduidelijken wat een DBC onderhandelsysteem exact is.

5.2 Verschillende theorieën

Om tot grondiger te achterhalen wat een DBC onderhandelsysteem precies is, kunnen een aantal theorieën gebruikt worden. Drie van deze theorieën zijn:

- **The structure of unstructured decision processes van Mintzberg, Raisinghani en Theoret.** In dit model wordt de nadruk gelegd op alle stappen die aan bod komen bij het maken van beslissingen. Omdat er bij het onderhandelen ook steeds strategische en ongestructureerde beslissingen worden gemaakt, kan dit model gebruikt worden. Het model is in bijlage 1 terug te vinden. Mintzberg et al geven aan dat het beslissingsproces een aantal vaste kenmerken heeft en dat ze gecategoriseerd zijn bij een aantal kenmerken (Mintzberg, Raisinghani & Theoret, 1976). Aan de hand van de kenmerken en het doorlopen van het model kan het beslissingsproces verduidelijkt worden.
- **A builder's introduction to Executive Information Systems van Byun en Suh.** Aan de hand van het stappenplan dat gegeven wordt door Byun en Suh kan een informatie systeem worden ontworpen. Byun en Suh geven aan dat het stappenplan eigenlijk ontworpen is voor een executive information system (EIS). Zij geven wel aan dat een EIS overeenkomsten heeft met een DSS (Byun & Suh, 1994). Zij geven aan dat een EIS vooral bedoeld is voor het scannen, communiceren, delegeren, integreren, standaardiseren en samenvatten van

informatie. DBC Services heeft veel van deze kenmerken. Niet alle functies die een EIS heeft volgens Byun en Suh zitten in DBC Services. Een aantal bevat het systeem echter wel. Zo heeft het systeem als hoofdfunctie het communiceren tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook vat het de informatie samen van alle contracten over DBC's tot een overzicht. Het programma DBC Services heeft ook een scanfunctie en staat een vergelijking met andere zorgaanbieders toe. Tevens geven Byun en Suh een aantal redenen waarom een informatie systeem kan mislukken. Aan de hand van bovenstaand model kan DBC Services worden geïnstalleerd.

- **Het besturingssysteem van De Leeuw (2002).** Een DBC onderhandelsysteem wordt bestuurd door de eindgebruikers die met het programma moeten werken. Om meer duidelijkheid te krijgen in de besturing van het DBC onderhandelsysteem is er gekozen om de besturingstheorie van De Leeuw toe te passen op deze situatie. Door het bepalen van de voorwaarden van effectieve besturing, kan bepaald worden of het DBC onderhandelsysteem aansluit bij de huidige situatie. De systeembenadering van De Leeuw heeft een aantal kenmerken. Er wordt over een benadering gesproken omdat het geen empirische theorie is (De Leeuw, 2002). De Leeuw onderscheidt het bestuurd systeem en het besturend orgaan. Het besturend orgaan probeert middels sturing de bestaande of verwachte ontwikkeling van het bestuurd systeem te veranderen in een meer gewenste ontwikkeling. Het besturend orgaan is de eindgebruiker van het DBC onderhandelsysteem, deze bestuurt het systeem (De Leeuw, 2002). Het bestuurd systeem is het DBC onderhandelsysteem.

Het besturingsmodel van De Leeuw (2002) zal worden toegepast bij het nader uitwerken wat een DBC onderhandelsysteem is en aan welke voorwaarden deze voldoet. Het model van Mintzberg et al is te abstract om toe te passen in deze specifieke situatie, daarom voldoet dit model niet. Het model van Byun en Suh kan eventueel met wat aanpassing zo gemaakt worden dat de belangrijkste eigenschappen van een informatie systeem beoordeeld kunnen worden. Echter sluit dit model ook niet geheel aan omdat we hier te maken hebben met een DSS en omdat het programma al gemaakt is. Het model van Byun en Suh is gericht op een EIS dat nog ontworpen moet worden. Het besturingsmodel van De Leeuw kan wel goed worden toegepast en zal hieronder nader worden uitgewerkt.

Door op dit niveau naar een DBC onderhandelsysteem te kijken, wordt er vanuit een strategische oogpunt gekeken volgens de theorie van Bouman.

5.3 Besturing

In het vorige hoofdstuk is bepaald dat een DBC onderhandelsysteem een DSS is. Een DSS is een type informatiesysteem. In deze situatie wordt een informatiesysteem gezien als een softwarepakket dat informatie levert aan de eindgebruiker. Een DBC onderhandelsysteem is een softwareprogramma dat het onderhandelen over DBC's ondersteunt. Een DBC onderhandelsysteem heeft twee verschillende aspecten. Het eerste aspect is terug te vinden in de modelleringsmogelijkheden die in het programma moeten zitten. Er moeten verschillende scenario's berekend kunnen worden. Er moeten bijvoorbeeld staffelkortingen verwerkt worden, maar er moeten ook mutaties per specialisme verwerkt kunnen worden. Het tweede aspect wat in een DBC onderhandelsysteem moet zitten, is de administratieve afhandeling van de contracten. Tevens moeten deze contracten ook overzichtelijk beheerd worden in het systeem.

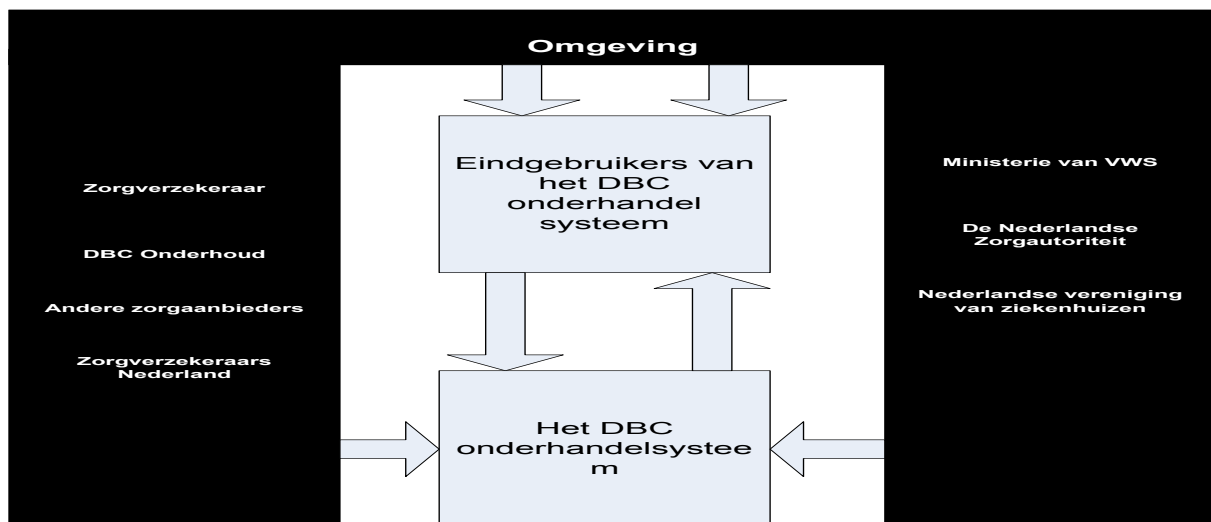
De Leeuw stelt dat eerst het empirisch object moet worden vastgesteld. Het empirisch object is het object van studie (de Leeuw, 2002,). Het empirisch object is in dit geval het DBC onderhandelsysteem. Hoe er naar het empirisch object wordt gekeken is het kenobject (de Leeuw, 2002). In dit geval wordt er gekeken of de functionaliteiten van DBC Services voldoen aan de wensen en eisen van de medewerkers van de afdeling Financiën en Informatiezaken van het Medisch Spectrum Twente.

Er moeten onder meer beslissingen worden genomen over de begrenzing van het systeem ten opzichte van de omgeving (afbakeningsbeslissing) en over de aggregatieniveaus waarop het systeem zal worden beschreven (De Leeuw, 2002). Het begrip aggregatieniveau zegt iets over de mate van detaillering. Hoe minder details, hoe globaler en hoe hoger het niveau van aggregatie is. We kijken nu naar de medewerkers van de afdeling F&I van het MST, die moeten werken met het systeem. Op een hoger aggregatieniveau vormen ze een afdeling. Ten slotte vormen ze samen de organisatie als geheel. Nadat aangegeven is welke objecten tot het systeem gerekend worden, moet worden aangegeven hoe het zit met de onderlinge relaties. De systeemgrens is het door de beschouwer gemaakte onderscheid tussen die objecten die tot het systeem worden gerekend en de overige objecten die er wel mee samenhangen. Men noemt dit ook wel de grensbeslissing of de afbakeningsbeslissing (De Leeuw, 2002). Voor het afbakenen is het goed om te bepalen welke beperking tot een bepaald deel van een systeem er is. De Leeuw onderscheidt daarin 4 manieren (De Leeuw, 2002).

- **Subsysteem**. Hierbij wordt er beperkt tot alle relaties van een deel van de objectenverzameling.
- **Aspect- of partieelsysteem**. Hierbij worden slechts een gedeelte van relaties beschouwd van de gehele objectenverzameling. Men beperkt zich tot bepaalde aspecten.
- **Fasesysteem**. Een fase systeem beschouwt het systeem op een deel van de tijdstippen.
- **Deelsysteem**. Het begrip deelsysteem wordt gebruikt als overkoepelend begrip.

In dit geval is het een aspectsubstelsysteem. Hierbij wordt eerst gefocust op een subsysteem, in dit geval de afdeling Financiën en Informatiezaken en vervolgens op een bepaald aspect. Het aspect is in dit geval het onderhandelen over DBC's.

De systeemgrens is in figuur 5 te zien. De actoren in de omgeving hebben geen directe invloed op de prijs, maar wel op de eindgebruikers van het DBC onderhandelsysteem of op het onderhandelsysteem zelf, of op beide. De zorgverzekeraar heeft bijvoorbeeld invloed doordat er rekening wordt gehouden met de grootte van de zorgverzekeraar, bij het bepalen van een prijs van een DBC voor een zorgverzekeraar. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bepaald samen met de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen welke DBC's er overgeheveld worden naar het B-segment en welke schoningsprijzen daaraan gekoppeld worden. Schoningsprijzen zijn de prijzen van DBC's die door de NZa worden opgesteld aan de hand van de DBC's die worden overgeheveld naar het vrij onderhandelbare segment vanuit het ziekenhuisbudget (Van Aartsen, 2008). Andere zorgaanbieders zijn van invloed op de prijs doordat de prijs die het MST vraagt voor een DBC vergeleken wordt met de prijs van andere zorgaanbieders.



Figuur 5. Het besturend orgaan, het bestuurd systeem en de omgeving

Er zijn 5 voorwaarden waaraan aan voldaan moet worden bij effectieve besturing. Dit is belangrijk om te bepalen of een bestuurd systeem goed aansluit, dit kan pas als de voorwaarden voor effectieve besturing duidelijk zijn. De voorwaarden voor effectieve besturing zijn (De Leeuw, 2002):

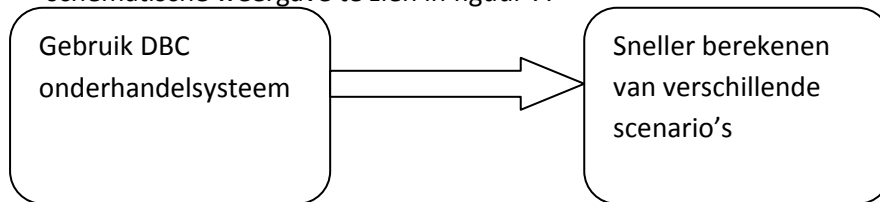
1. **Doelstelling.** Er is een evaluatiemechanisme nodig ter beoordeling van de effecten van de beïnvloeding. Anders is er geen gerichte beïnvloeding mogelijk.
2. **Model van het bestuurd systeem.** Om een bestuurd systeem gericht te kunnen beïnvloeden moet het mogelijke effect van de maatregelen voorspeld kunnen worden. Een maatregel wordt immers gekozen omdat er verwacht wordt dat er een bepaald effect wordt bewerkstelligd of bevorderd.
3. **Informatie over omgeving en toestand van het systeem.** De toekomstige situatie wordt naast de besturende maatregelen, tevens bepaald door omgevingsomstandigheden en de actuele toestand van het systeem. Er moet informatie over de omgeving en toestand zijn om zo een maatregel te kiezen.
4. **Voldoende stuurmaatregelen.** Er moeten voldoende stuurmaatregelen zijn om goed te kunnen besturen. Dit moet verhouding staan met het aantal verschillende omstandigheden die zich voor kunnen doen. Er moet bepaald worden of met de uitkomst van het DBC onderhandelsysteem gestuurd kan worden.
5. **Capaciteit van informatieverwerking.** Bij deze voorwaarde doelt De Leeuw op het feit dat de informatie over de omgeving en toestand die binnenkomt omgezet moet worden in een effectieve maatregel. De Leeuw geeft aan dat daarbij rekening gehouden moet worden met de doelstelling. Daarvoor moet informatie worden verwerkt en dient de capaciteit aanwezig te zijn.

De 5 voorwaarden worden vervolgens bepaald voor het DBC onderhandelsysteem dat bestuurd wordt door de eindgebruikers van het DBC onderhandelsysteem.

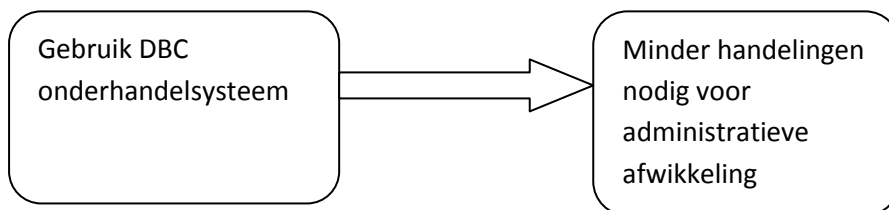
1. **Doelstelling.** Uiteindelijk moet het DBC onderhandelsysteem het berekenen van verschillende scenario's versnellen en moet de administratieve afhandeling zo verlopen dat er minder handelingen voor nodig zijn. Dit kan geëvalueerd worden door te kijken naar het aantal handelingen dat uitgevoerd moet worden om tot een bepaald scenario te komen.

Tevens moet de administratieve afhandeling met minder handelingen afgerond worden. In plaats van de berichten per email te sturen, hoeft met een DBC onderhandelsysteem alleen op een knop geklikt te worden, om een contactpersoon een voortel te doen. Tevens hoeven de contracten niet meer per post verstuurd te worden en opgeslagen te worden in ordners, omdat het systeem de contract opslaat.

2. **Model van het bestuurd systeem.** Het effect wat verwacht wordt van de maatregel is dat het maken van berekeningen omtrent het bepalen van een prijs van een DBC, sneller verloopt. De schematische weergave hiervan is te zien figuur 6. Tevens wordt er verwacht dat het de administratieve afwikkeling van contract vereenvoudigd. Hiervan is de schematische weergave te zien in figuur 7.



Figuur 6. Schematische weergave van het verwachte effect van de maatregel op het berekenen van verschillende scenario's



Figuur 7. Schematische weergave van het verwachte effect van de maatregel op de administratieve afwikkeling van contracten

3. **Informatie over omgeving en toestand van het systeem.** De omgeving is van invloed op het systeem doordat de omgeving indirect invloed heeft op het bepalen van een prijs. Deze informatie is bekend bij het besturende orgaan oftewel de personen die de onderhandelingen voeren. Zo wordt er rekening gehouden met het feit dat het prijs die het MST aanbiedt aan een zorgverzekeraar, gespiegeld wordt aan de prijzen die andere zorgaanbieders vragen voor bepaalde DBC's.
4. **Voldoende stuurmaatregelen.** In dit geval zijn de stuurmaatregelen, de verschillende formules die beschikbaar zijn om tot een prijs te komen in een specifieke situatie. Voor elk scenario dat berekend wordt is een formule beschikbaar. Wanneer er bijvoorbeeld een vergelijking met een voorgaand jaar of met een andere verzekeraar wordt gemaakt, wordt er gekeken wat het verschil is met de te vergelijken prijslijst. Wanneer een prijslijst wordt aangeboden aan de hand van een voorgaand jaar, kan het zijn dat er een prijsindexatie over het voorgaande jaar plaats vindt. Met de uitkomst van het DBC onderhandelsysteem kan het MST de situatie enigszins sturen, doordat zij dan informatie bezit die nodig is voor het onderhandelen.
5. **Capaciteit van informatieverwerking.** De informatie kan in het systeem verwerkt worden zonder dat daarbij een gebrek aan capaciteit is. Echter doordat we hier niet alleen te maken hebben met een informatiesysteem, maar ook met het feit dat informatie die geleverd wordt

uit het systeem door een mens verwerkt moet worden hebben we hier wel te maken met capaciteit van informatieverwerking. Bij het bepalen van een prijs door de bestuurder van het informatiesysteem moet met een aantal factoren rekening gehouden worden, zoals met de omgevingsfactoren. Deze omgevingsfactoren zitten namelijk niet in het informatiesysteem verwerkt. Tevens komt uit het onderzoek naar voren dat de onderhandelingen door één persoon gevoerd worden, waardoor de capaciteit van de informatieverwerking beperkt blijft.

Naast dat het belangrijk is om de voorwaarden voor effectieve besturing te bepalen, is het ook zinvol om de manieren van besturen te onderscheiden (De Leeuw, 2002). Dit is belangrijk om zo te bepalen of het bestuurde orgaan de juiste taken heeft in combinatie met de gevraagde taken.

1. Bij **interne routinebesturing** wordt de structuur, de omgeving en de doelstelling als gegeven en onveranderlijk gezien.
2. Bij **interne adaptieve besturing** wordt de structuur van het besturende systeem gewijzigd.
3. Bij **interne doelsturing** worden de besturingsdoelstellingen gewijzigd.
4. De omgeving wordt opgevat als besturend systeem bij **externe routinebesturing**, daarop wordt invloed uitgeoefend op routineniveau.
5. **Externe adaptieve besturing** richt zich op de beïnvloeding van de structuur van de omgeving.
6. Bij **externe strategische besturing** worden de omgevingsdoelstellingen gericht beïnvloed.

In dit geval is er voornamelijk sprake van interne routinesturing. De omgeving en de doelstellingen worden niet veranderd, er wordt alleen getracht om de doelstellingen in een bepaalde omgeving op een andere manier te bereiken. De Leeuw geeft aan dat een combinatie van de bovenstaande besturingen ook mogelijk is. Daarom worden deze opties opgehouden tijdens het onderzoek. Het is belangrijk te weten dat hier sprake is van interne routinesturing, om te bepalen of een DBC onderhandelsysteem ook de structuur, de omgeving en de doelstelling als gegeven en onveranderlijk ziet.

Er moet bekeken worden of het besturend orgaan aansluit. Daar kunnen de voorwaarden voor effectieve besturing gebruikt worden. Door het opstellen van de systeemgrens is nu duidelijk welke actoren van belang zijn en waar dus eventueel rekening mee gehouden moet worden. Door het bepalen van het type besturing kan het doel en welke onderdelen worden beïnvloed, kan hier rekening mee gehouden worden bij het analyseren van het DBC onderhandelsysteem. Op dit moment kan bepaald worden in welke fase, van het voorafgaand besproken intelligence-design-choice model van Simon, het DBC onderhandelsysteem van toepassing kan zijn.

5.4 Toepassing Intelligence-design-choice model

Op het moment dat we het intelligence-design-choice model van Simon toepassen op een DBC onderhandelsysteem wordt de volgende situatie geschetst. Een DBC onder biedt vooral een oplossing in de design en choice fase. Op het moment dat er een nieuwe prijs voor een DBC noodzakelijk is, wordt dat opgemerkt door degene die de onderhandelingen voert. Dat is volgens Simon de intelligence fase. Vervolgens moet er een mogelijke oplossing gevonden worden, de design fase volgens Simon. In deze fase worden de berekeningen uitgevoerd voor het aanbieden van een passend voorstel naar de zorgverzekeraar. De berekeningen kunnen gevoerd worden in een DBC onderhandelsysteem. Na het uitvoeren van de berekeningen wordt er een keuze gemaakt voor een

bepaalde prijs, de choice fase volgens Simon. De keuze wordt bepaald aan de hand van de data die geleverd is bij het maken van de berekeningen. Er is nu duidelijk gemaakt wat een DBC onderhandelsysteem exact is. Er wordt nu bepaald welke informatiebehoefte er is binnen het MST.

6. Wat is de informatiebehoefte van de medewerkers van de afdeling Financiën en Informatiezaken van het MST, met betrekking tot het onderhandelen over DBC's?

In het hoofdstuk wordt gekeken naar de informatiebehoeften binnen het MST. Er zal daarbij eerst gekeken worden naar de methode waarmee de informatiebehoefte achterhaald wordt. Vervolgens wordt deze methode toegepast en wordt het duidelijk welke informatie belangrijk is voor de medewerkers van de afdeling F&I van het MST.

6.1 Informatiebehoefte binnen het MST

Om de informatiebehoefte binnen het MST te achterhalen wordt de PRIMA methode gebruikt. Er is voor de PRIMA methode gekozen om een aantal redenen:

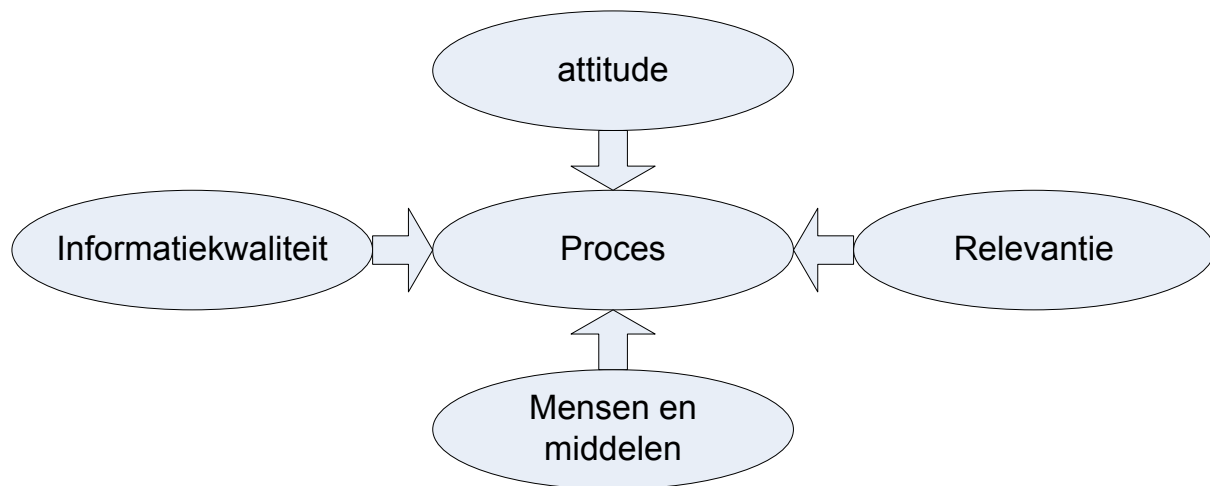
- De PRIMA methode is gericht op de verschillende aspecten waar men op moet letten bij een nieuw informatie systeem.
- Er wordt zowel aandacht besteed aan de informatiebehoefte die in kaart gebracht moet worden, als het proces dat duidelijk moet worden.
- Deze methode is ook bruikbaar als er weinig toekomstige eindgebruikers zijn, zoals hier het geval is. Doordat het maar een paar medewerkers betreft, kan de mogelijkheid voor het uitvoerig interviewen van de medewerkers goed benut worden.

6.2 Het PRIMA interview.

De informatie behoefte van de medewerkers van de afdeling Financiën en Informatiezaken wordt onderzocht met behulp van de PRIMA interview. De achtergrond achter deze methode zal worden toegelicht.

Volgens deze methode is het van belang de eindgebruiker op microniveau te leren kennen, om zo de acceptatie van een nieuw informatiesysteem te kunnen voorspellen (Spil et al.,2008). Dit is van belang omdat er dan rekening gehouden kan worden met mogelijke kenmerken die kunnen leiden tot weerstand op het nieuwe informatiesysteem. Een ander belangrijk voordeel van deze methode is dat er, doordat men de eindgebruiker op microniveau leert kennen, een passende oplossing geboden kan worden. PRIMA staat voor (Spil et al.,2008):

- Processen. Het is van belang dat het informatie systeem aansluit bij het huidige werkproces.
- Relevantie. Hiermee wordt bedoeld dat iemand die een informatie systeem gebruikt, het systeem gaat gebruiken als hij ziet dat de moeite die hij ervoor moet doen, beloond wordt.
- Informatie kwaliteit. De kwaliteit van de informatie dient goed te zijn.
- Mensen en middelen Er moet rekening gehouden worden met de ervaring van de eindgebruiker, maar ook met de beschikbare middelen die zij hebben.
- Attitude. Er dient ook rekening gehouden te worden met de houding van de gebruiker ten opzichte van de innovatie en ICT in het algemeen.



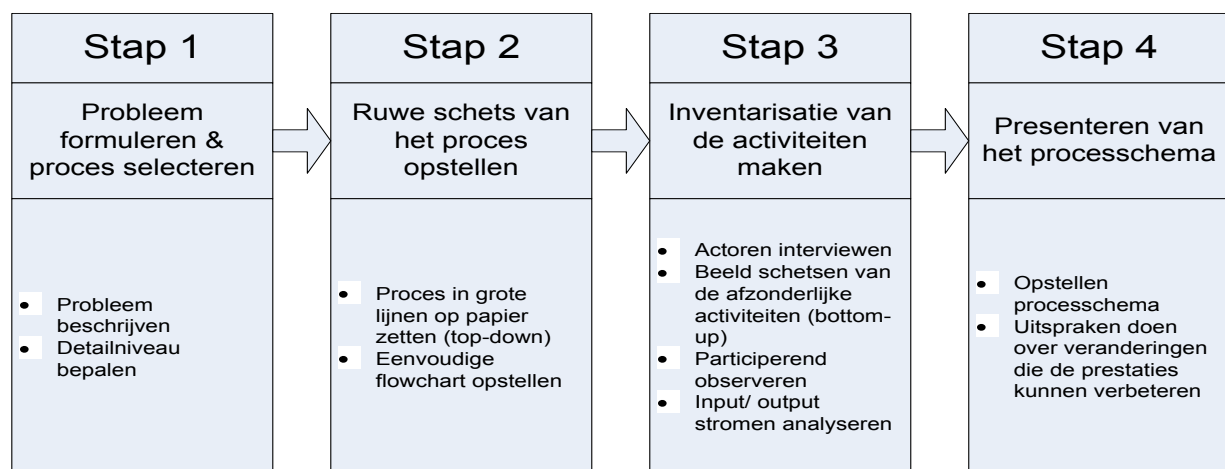
Figuur 8. Proces model (Spil et al., 2009)

In figuur 8 is te zien dat de attitude van de eindgebruiker, de relevantie van het informatie systeem, de mensen en de middelen en de informatie kwaliteit van invloed zijn op het proces. Onderstaand zullen de processen, de relevantie, de informatiekwaliteit, de mensen en middelen en de attitude verder worden toegelicht en toegepast op de medewerkers van de afdeling F&I die de onderhandelingen voeren met de zorgverzekeraars. De focus in dit onderzoek ligt met name op de processen en de informatiebehoefte. Tevens zijn in interviews, de niet relevante onderdelen weggelaten.

6.2.1 Processen

Allereerst moet het huidige werkproces bekend zijn, omdat het nieuwe informatiesysteem moet aansluiten bij het huidige werkproces. Hierbij is het van belang dat de informatie zo dicht mogelijk bij de werkelijkheid ligt en er niet gekeken wordt naar de ideale situatie.

Spil et al. gebruiken voor het analyseren van het huidige werkproces de GRASP tool van Schuring (zie figuur 9). De GRASP tool bevat een aantal stappen die hieronder zullen worden beschreven. Deze zal ook bij het analyseren van het huidige werkproces, met betrekking tot het onderhandelen over DBC's tussen het MST en de zorgverzekeraar, worden gebruikt.



Figuur 9. GRASP (Spil et al., 2009)

Stap 1 Probleem formuleren& Proces selecteren

- Probleem beschrijving
- Detailniveau bepalen

Is deze stap staat het bepalen van de verschillende activiteiten in het bestaande proces centraal. Er dient te worden nagegaan hoe de bestaande praktijk is, voordat er herontwerp van processen kan plaats vinden. Tevens moet er bepaald worden wat de nieuwe werkwijze voor consequenties hebben voor eventuele andere onderdelen in het proces (Spil et al., 2009).

Stap 2 Ruwe schets van het proces opstellen

- Proces in grote lijnen op papier zetten (topdown)
- Eenvoudige flowchart opstellen

In deze stap worden de informatiestromen bepaald. Er wordt hier vanuit een zogenaamde top down benadering gekeken (Spil et al., 2009). Bij de top down benadering wordt ervan uit gegaan dat de beleidsbepaler die op grond van een zo goed mogelijk doordacht beleid en het scheppen van de juiste voorwaarden een perfecte uitvoering kan bewerkstelligen (Hoogerwerf, 2003). In deze situatie wordt er bedoeld dat we kijken naar hoe de onderhandelingen moet lopen volgens het beleid. In dit geval is er geen beleid dat hieraan ten grondslag ligt. We hebben hier gekeken naar de grote algemene lijnen, waar de onderhandelingen volgens verlopen.

Stap 3 Inventarisatie van de activiteiten maken

- Actoren interviewen
- Beeld schetsen van de afzonderlijke activiteit (bottom up)
- Participerend observeren
- Input/output stromen analyseren

In deze stap is het van belang een accuraat beeld te krijgen van de afzonderlijke activiteiten. Dit beeld wordt opgesteld vanuit een bottom up benadering (Spil et al., 2009). Met de bottom up benadering wordt gesteld dat beleid niet alleen bepaald wordt door sturing, maar ook door de werking van de uitvoerende organisatie, de eigenschappen van de regeltoepassende en uitvoerende ambtenaar en door eigenschappen en reacties tot medewerking en naleving van de te bewegen burgers (Hoogerwerf, 2003). In dit geval is er wederom geen beleid beschikbaar, maar is de omgeving en de eigenschappen van de medewerkers wel van invloed op hoe de onderhandelingen verlopen. Er wordt hier gekeken naar specifieke onderhandelsituaties.

Stap 4 presenteren van het processchema

- Opstellen processchema
- Uitspraken doen over veranderingen die de prestaties kunnen verbeteren

Er wordt een schema van het proces opgesteld en er wordt een uitspraak gedaan over de prestaties die verbeterd kunnen worden (Spil et al., 2009)

Stap 1 Probleem formuleren& Proces selecteren in de praktijk

In de huidige situatie worden de berekeningen die gedaan moeten worden allemaal doorgevoerd in Microsoft Excel. Er worden verschillende bladen gemaakt met de prijs zoals die nu of eerder is aangeboden en met veranderingen in dat aanbod. Vaak wordt daar een draaitabel van gemaakt om te zien wat het totale effecten is op de totaalprijs. Dit is erg tijdrovend. Alle gegevens worden in Excel verwerkt, hier moet wel rekening mee gehouden worden. Dat betekent dat het huidige systeem wel samen Excel moet kunnen werken, omdat ook andere systemen die de cijfers gebruiken met Excel werken. Te denken valt aan het factureringssysteem. Het belangrijkste van het nieuwe informatie systeem is dat een verbetering is van de huidige situatie.

Stap 2 Ruwe schets van het proces opstellen in de praktijk

In bijlage 6 is het eenvoudige proces terug te vinden. Dit is een ideale situatie. Er wordt in deze situatie als eerst een prijs door het MST geboden voor de betreffende DBC's aan de zorgverzekeraars. Deze prijs kan geaccepteerd of afgewezen worden door de zorgverzekeraar. Op het moment dat de zorgverzekeraar niet akkoord gaat met de prijs, dan wordt er onderhandeld totdat beide partijen akkoord gaan met de prijs en de andere voorwaarden en dus een compromis hebben bereikt. Op het moment dat dit gebeurd is, wordt het contract ondertekend door de Raad van Beheer en vervolgens naar de zorgverzekeraar gestuurd. De afgesproken prijs wordt vervolgens ingevoerd in het factureringssysteem en in het archief geplaatst.

Stap 3 Inventarisatie van de activiteiten maken in de praktijk

De twee medewerkers die met het nieuwe informatie systeem moeten werken, hebben beide afzonderlijke activiteiten. De eerste medewerker voert voornamelijk de onderhandelingen met de zorgverzekeraars op financieel gebied. Daarbij worden verschillende scenario's berekend en wordt aan de hand hiervan bepaald welk scenario het meest gunstig is voor het Medisch Spectrum Twente ~~zou zijn.~~

De tweede medewerker richt zich daarentegen meer op de onderhandelingen met de zorgverzekeraars op het gebied van kwaliteit. Deze medewerker houdt zich onder andere bezig met de speciale kwaliteitstrajecten die door de zorgverzekeraars worden aangeboden. Tevens worden de kwaliteitsindicatoren geanalyseerd die door de verzekeraar worden opgesteld. Dit uiteraard in combinatie met de andere medewerker, nadat die het financiële aspect bekeken heeft.

Voor de eerste medewerker zou het van belang zijn dat er verschillende modelleringsmogelijkheden gebruikt kunnen worden die een mogelijk nieuw informatie systeem te bieden heeft. Voor de andere medewerker is het van belang dat de verschillende kwaliteitsindicatoren geanalyseerd kunnen worden.

Stap 4 presenteren van het processchema in de praktijk

Er zijn verschillende scenario's mogelijk. Zo kan een er een nieuwe DBC worden toegevoegd aan het vrij onderhandelbare segment, of kan de prijs van een DBC die al in het B-segment zit veranderen.

Als eerst wordt er gekeken naar de toevoeging van een nieuwe DBC aan het vrij onderhandelbare segment.

De prijzen van de DBC's worden bepaald aan de hand van verschillende factoren. Te denken valt aan bijvoorbeeld de schoningsprijzen, maar er wordt ook gekeken naar de kosten voor het ziekenhuis en het honorarium gedeelte. Deze prijzen worden door de NZa vastgesteld aan de hand van de kostprijsinformatie die is bijgehouden door de twaalf ziekenhuizen de kostprijs gedetailleerd hebben berekend. Aan de hand van de schoningsprijs wordt bepaald welk deel uit het FB wordt gehaald. Dit is het bedrag wat het ziekenhuis mist in het budget en dus zal proberen te compenseren. Voor een aantal DBC's, meestal met een hoog volume of waarvan de kostprijs heel hoog is, wordt onafhankelijk een tarief bepaald. Zo wordt er bijvoorbeeld soms een DBC voor een iets lagere prijs dan verwacht verkocht, omdat men verwacht er veel van uit te voeren. Het is echter niet altijd zo dat er een onafhankelijke prijs opgesteld wordt. In sommige situaties wordt ook een totaalprijs gemaakt voor de zorgverzekeraar.

De onderhandelingen beginnen over het algemeen met het ziekenhuis welk een DBC aan de zorgverzekeraar aanbiedt tegen een bepaalde prijs. De zorgverzekeraar kan daarmee akkoord gaan, maar kan ook aangeven dat zij het niet eens zijn met de gestelde prijs. Zij komen dan met een tegenaanbod waar het ziekenhuis vervolgens weer op kan reageren. Op deze manier wordt er onderhandeld tot er een compromis tussen beiden wordt bereikt. Het is echter niet zo dat de onderhandelingen altijd zo vlekkeloos verlopen als hierboven beschreven. Onderhandelingen over bepaalde DBC's kunnen soms driekwart jaar duren. Bij deze onderhandelingen zijn er verschillende aspecten waar rekening mee gehouden wordt, bijvoorbeeld met volume ontwikkelingen en staffelkortingen. Tevens worden de aanbiedingen van de verschillende zorgverzekeraars geanalyseerd en wordt er rekening mee gehouden dat aan de grootste zorgafnemer (in het geval van het MST is dat Menzis) de laagste prijs wordt aangeboden.

Als de zorgverzekeraar geen akkoord geeft op de genoemde prijs, zal door het MST geprobeerd worden om argumenten te leveren voor de zorgverzekeraar om toch akkoord te gaan. Daarbij wordt voornamelijk ingespeeld op de kwaliteit die geleverd wordt. Tevens wordt voor een aantal DBC's ingespeeld op het feit dat het MST een topklinisch ziekenhuis is. De onderhandelingen over DBC's hebben vooral betrekking op dure en veelvoorkomende DBC's.

Een ander situatie waarin er onderhandeld wordt over DBC's is als de prijzen voor het komende jaar bepaald worden. In deze situatie worden de prijzen van DBC's die aan zorgverzekeraar worden aangeboden, vergeleken met de prijzen zoals die aan andere zorgverzekeraars zijn aangeboden. Daarbij wordt vooral gekeken naar de grootte van de zorgverzekeraar. Daarmee wordt niet de grootte van zorgverzekeraar zelf bedoeld, maar het aantal patiënten dat zij aandragen naar het MST. Hoe groter de zorgverzekeraar, dus hoe meer patiënten zij aandragen naar het MST, hoe lager de prijzen van de DBC's die worden aangeboden. Menzis is de grootste zorgverzekeraar voor het MST, deze krijgt daarom ook een aanbod met de laagste prijs. Het kan wel zijn dat een enkele DBC duurder is, maar als men naar de totaalprijs kijkt zal deze wel minder zijn dan anderen.

Bij de meeste DBC's stelt de zorgverzekeraar ook een aantal kwaliteitsindicatoren vast in samenwerking met een aantal landelijke organisaties, zoals Zorgverzekeraars Nederland. Doordat deze kwaliteitsindicatoren meestal een landelijk gemiddelde zijn, voldoet het MST hier meestal aan.

Vanuit een aantal zorgverzekeraars worden er ook aparte trajecten aangeboden (bijvoorbeeld Menzis TopZorg). Hierbij worden dan een aantal kwaliteitscertificaten per regio aangeboden. Om

deze certificaten te behalen is het van belang dat het ziekenhuis voldoet aan een aantal kwaliteitsindicatoren voldoet die door de zorgverzekeraar voor een specifieke aandoening worden opgesteld. Per regio worden er een aantal certificaten uitgedeeld. Dit houdt in dat het ziekenhuis dan een voorkeursziekenhuis wordt met betrekking tot de specifieke behandeling en dat patiënten voor de behandeling naar een voorkeursziekenhuis worden verwezen.

6.2.2 Relevantie

Volgens Spil et al. is de relevantie een zeer belangrijk punt, waar rekening mee moet worden gehouden voor de acceptatie van een nieuw informatie systeem. Zij geven aan dat een systeem zeer waarschijnlijk gebruikt gaat worden als de gebruiker, de moeite die hij ervoor moet doen, beloond ziet worden doordat het systeem meerwaarde heeft. Relevantie is de mate waarin de gebruiker verwacht, dat het informatiesysteem zijn problemen zal oplossen en zal helpen om relevante doelen te halen. Spil et al. gebruikt de term microrelevantie voor het bepalen van de meerwaarde van een informatie systeem voor de eindgebruiker. Zij omschrijven dat als de mate waarin de gebruiker verwacht, dat de applicatie zijn hier-en-nu problemen oplost of helpt zijn actuele doelen te realiseren (Spil et al., 2009).

Het grootste struikelblok, de hier-en-nu problemen, waar men nu tegenaan loopt is het feit dat men veel tijd kwijt is met het doorrekenen van verschillende scenario's en de administratieve afhandeling van de verschillende onderhandelingen. Op het moment dat blijkt dat zowel het doorberekenen van scenario's als de administratieve afhandeling minder tijd in beslag nemen met het nieuwe systeem, zal men de relevantie van het nieuwe informatie systeem inzien. Het is dus van belang dat men het voordeel van het nieuwe systeem inzielt. In de eerste instantie moet dit ze vertelt worden, dan nemen de eindgebruikers de tijd om het systeem te leren kennen. Ten tweede moeten ze de voordelen zelf ervaren. Dat gebeurt op het moment dat ze het systeem, op de juiste manier, leren kennen. Hiermee wordt bedoeld dat de eindgebruikers gericht ervaren wat de voordelen van het nieuwe systeem zijn. Zij moeten dus enige sturing krijgen bij het ervaren van het nieuwe systeem.

6.2.3 Informatie kwaliteit

De kwaliteit van de informatie die aangeleverd wordt, moet goed zijn. De volgende punten worden onderscheiden, wat betreft de kwaliteit van de informatie (Spil et al., 2009):

- *Juistheid.* De informatie die beschikbaar is, dient juist te zijn.
- *Volledigheid.* De beschikbare informatie dient compleet te zijn.
- *Actualiteit:* De informatie dient een werkelijke weergave te geven zoals die op dat moment is.
- *Nauwkeurigheid:* De informatie dient gedetailleerd te zijn.
- *Controleerbaarheid.* De informatie dient gecontroleerd te kunnen worden.
- *Relevantie voor de gebruiker.* De informatie moet van belang zijn voor de gebruiker.
- *Eenduidigheid.* De informatie dient consistent te zijn.

De bovenstaande punten hangen af van de eindgebruiker, omdat de beschikbare informatie zelf ingevoerd dient te worden. Het systeem DBC Services kan alleen bepaalde berekeningen uitvoeren en de informatie opslaan of verzenden naar degene met wie onderhandeld wordt. De berekeningen die het programma doet zijn juist. Tevens zijn ze nauwkeurig en controleerbaar, doordat ze zelf ook uit te voeren zijn, bijvoorbeeld in Microsoft Excel. De informatie in het programma is niet gevoelig voor inconsistentie, doordat het ingevoerde data is. De data krijgt pas waarde als er een betekenis

aan toe gevoegd wordt. Dan kan het pas inconsistent worden. Dit gebeurt door de eindgebruiker zelf.

In het PRIMA interview is er gevraagd naar de informatiebehoefte. Gezien het feit dat we hier niet te maken hebben met medisch specialisten, maar met stafmedewerkers zijn een aantal vragen uit het PRIMA interview aangepast of verwijderd. Er is zoveel mogelijk getracht de originele vragen te behouden waar dat mogelijk was. De vragen uit het interview, evenals de uitkomsten zijn bijgevoegd in de bijlagen 3, 4 en 5. De informatiebehoefte is achterhaalt door te vragen naar de knelpunten, maar ook naar verbeterpunten en de wensen van de medewerkers. Hieruit is naar voren gekomen dat er behoefte is aan een systeem dat de volgende onderdelen bevat:

- Er moeten gemiddelden berekend kunnen worden over een hele prijslijst die aangeboden wordt aan de zorgverzekeraars.
- Er moet een vergelijking met het voorgaande jaar gemaakt kunnen worden.
- Er moet een vergelijking gemaakt kunnen worden tussen de aanbiedingen die aan verzekeraars gedaan worden,.
- Er moet een vergelijking tussen de aanbiedingen die verzekeraars doen gemaakt kunnen worden.
- Er moet bekeken kunnen worden wat de verandering van de prijs van een (sub)specialisme voor effect heeft op de totaalprijs
- Volume ontwikkelingen moeten kunnen worden doorgevoerd. Dit houdt in dat er gekeken moet kunnen worden naar ontwikkelingen in het volume dat verkocht wordt aan verzekeraars. Bijvoorbeeld ten opzichte van het voorgaande jaar. Tevens moeten er berekeningen uitgevoerd kunnen worden, die aangeven wat er gebeurt met de verkoopprijs bij een verandering in het volume.
- Er moeten prijsmutaties per specialisme moeten kunnen worden doorgevoerd.
- Staffelkortingen moeten kunnen worden verwerkt. Vaak wordt de zorgverzekeraars een staffelkorting aangeboden op het moment dat zij meerdere DBC's inkopen bij het ziekenhuis.
- Er moet een analyse van de tegenvoorstellen van de verschillende zorgverzekeraars kunnen worden uitgevoerd. Het ziekenhuis doet verschillende zorgverzekeraars een aanbod. De zorgverzekeraars reageren daar op. Deze verschillende aanbiedingen moeten geanalyseerd kunnen worden.
- Het ziekenhuis wil graag zien waar men ten opzichte van andere ziekenhuizen staat. Het programma moet dus ook een benchmark functie hebben.
- Er moet een mogelijkheid tot het indexeren van de prijs inzitten. Dit vanwege het feit dat oude contracten over DBC's vaak gebruikt worden voor het nieuwe voorstel. De prijzen worden dan geïndexeerd voor een nieuw aanbod.

In deze stap is gekeken naar de informatiekwaliteit en de informatiebehoefte. Dit hangt nauw samen met Business Intelligence (BI). Al eerder is bepaald dat BI als doel heeft om beschikbare data om te naar informatie waarmee beslissingen genomen kunnen worden. Op het moment dat de beschikbare informatie ingevoerd wordt in een BI en in het BI de gewenste functionaliteiten kan uitvoeren, is er informatie beschikbaar waarmee beslissingen genomen kunnen worden.

6.2.4 Mensen en middelen

De kennis en ervaring van de eindgebruiker heeft invloed op haar adoptiegedrag en ook weer op de attitude tegenover verandering. Voor het interview moet gevraagd worden wat de ervaring van de

eindgebruiker is met ICT om te bepalen hoe actief een eindgebruiker is. Het is van belang te bepalen hoeveel ervaring men heeft en hoeveel tijd men vrij wil maken voor de vernieuwing.

Er moet ook rekening worden gehouden met de beschikbare middelen die de eindgebruikers ter beschikking hebben. Het systeem kan namelijk niet in gebruik worden genomen als de beschikbare middelen niet aanwezig zijn om het systeem in gebruik te nemen. Met de volgende aspecten dient men rekening te houden bij het analyseren van de mensen en de middelen met betrekking tot een nieuw informatie systeem.

- Kennis van de eindgebruiker
- Ervaring van de eindgebruiker
- Opleiding
- Tijd
- Geld
- Infrastructuur (hardware+software)
- Compatibiliteit

De volgende analyse is gemaakt met betrekking tot mensen en middelen bij de medewerkers F&I van het MST.

De kennis en de ervaring van de medewerkers van de afdeling F&I van het MST zijn vooral uitgebreid op het gebied van het programma Microsoft Excel. Zij werken met Microsoft Excel voor het berekenen, analyseren en verwerken van data.

Doordat de tijd en geld een schaars goed zijn op deze afdeling is het van belang dat een opleiding niet te lang duurt. Ook is het zo dat de medewerkers de voordelen van het informatie systeem snel moeten inzien, omdat zij het systeem anders niet gaan gebruiken. Zij kunnen namelijk te allen tijde terugvallen op de oude situatie waarin Microsoft Excel gebruikt wordt.

Wat betreft de infrastructuur blijkt dat deze op dit moment voldoende aanwezig is voor het gebruik van het programma DBC Services.

Het systeem dient ook aan te sluiten bij het huidige werkproces. Op het moment dat de medewerkers merken dat het systeem niet optimaal aansluit of dat zij meer moeite moeten doen om het systeem te laten aansluiten op het huidige werkproces, dan zal dit niet gebruikt worden en zal men ook terugvallen op de oude situatie.

6.2.5 Attitude

Bij de invoering van een nieuw informatiesysteem dient rekening te worden gehouden met de houding van de eindgebruiker ten opzichte van het informatie systeem en ICT in het algemeen.

De medewerkers van de afdeling F&I van het MST staan open voor een nieuw informatiesysteem, mits deze hun huidige taken kan ondersteunen en het gebruik er van gebruiksvriendelijk is.

Nu duidelijk is wat de informatiebehoefte is binnen het MST, kan gekeken worden of deze functionaliteiten ook beschikbaar zijn in het programma DBC Services.

7. Welke functionaliteiten heeft het programma DBC Services?

7.1 DBC Services

De vraag vanuit het MST is om een onderzoek te doen naar het programma DBC Services. Allereerst zal er een uitleg van het programma gegeven worden, waarna vervolgens de functionaliteiten van het programma besproken worden. Daarna wordt ingezoomd op de mogelijkheid tot het invoeren van kwaliteitsindicatoren en het beheren van contracten.

7.2 Het doel van het programma

Het programma DBC Services is een programma dat als doel heeft om het onderhandelen over DBC's tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders te ondersteunen. In dit programma zitten een aantal standaard sjablonen waar prijzen van DBC's op ingevoerd kunnen worden. Op het moment dat het ziekenhuis een bepaalde DBC wil verkopen aan een zorgverzekeraar, kan er een sjabloon ingevoerd worden wat vervolgens via het programma verstuurd kan worden naar de contactpersoon van de zorgverzekeraar. Met een sjabloon wordt een veld met geordende en van te voren bepaalde gegevens bedoeld. Ook zitten er in het programma bepaalde modelleringsmogelijkheden en een optie voor het beheren van de contracten, die hieronder worden besproken. De uitgebreide functionaliteiten zijn terug te vinden in bijlage 6. In de bijlage staat boven aan op welke categorie de tabel betrekking heeft. Aan de linkerkant staat de exacte functie en aan de rechterkant staan eventuele opmerkingen.

Doordat het systeem geen patiënteninformatie bevat, is de wet van de bescherming op de persoonsgegevens niet van toepassing. Het inloggen in het systeem is beveiligd, middels een Vecozo certificaat. Een Vecozo certificaat is een certificaat dat zorgt voor veilige communicatie binnen de zorg (Vecozo, Z.D.). In bijlage 6 is een uittreksel van de Kamer van Koophandel van de leverancier van DBC Services toegevoegd.

7.3 Kwaliteit

Een andere factor die een steeds grotere rol speelt is de kwaliteit die er geleverd wordt door de zorgaanbieder. In het programma DBC Services is er de mogelijkheid om bepaalde kwaliteitsindicatoren in te vullen, maar deze worden niet gecorrigeerd voor zorgzwaarte. Zo wordt er bijvoorbeeld gekeken naar het aantal patiënten dat overlijdt na een operatie, terwijl dit percentage natuurlijk veel groter is voor ziekenhuizen die patiënten met ernstigere aandoeningen opnemen. Doordat het MST een topklinisch ziekenhuis is, heeft zij veel vaker te maken met patiënten met ernstigere aandoeningen of patiënten die voor een ander type behandeling naar het MST komt, omdat de behandeling niet geleverd wordt in een normaal ziekenhuis.

7.4 Contractbeheer

Alle contracten die gemaakt worden met de zorgverzekeraars, worden op dit moment op papier gemaakt, waardoor het niet altijd even gemakkelijk is om verschillende contracten met elkaar te vergelijken. Omdat het programma DBC Services alle contracten opslaat, kan men deze eenvoudig terugvinden. Tevens kunnen de verschillende contracten zo eenvoudig met elkaar vergeleken worden. Doordat het programma de contracten opslaat kan er ook eenvoudig een vergelijking mee gemaakt worden, bij het opstellen van bijvoorbeeld een nieuw contract.

In het programma staan alle contracten onder elkaar vermeld met daarbij de begindatum en de einddatum van het contract. Op deze manier kunnen ook de contracten van verschillende jaren vergeleken worden. Tevens bestaat er een mogelijkheid voor het beëindigen van de contracten die op dat moment nog niet voorbij de gestelde einddatum zijn.

In het volgende hoofdstuk wordt nader ingegaan op de bruikbaarheid van het programma in de toekomst .

8. Is het programma in de toekomst ook te gebruiken?

De vraag of het programma in de toekomst ook nog gebruikt kan worden, is relevant. Per 1 januari 2011 zullen naar verwachting wijzigingen doorgevoerd worden met betrekking tot de DBC systematiek.

Op dit moment zijn er zoveel DBC's dat er geen herkenbaarheid meer is. In totaal zijn er op dit moment ongeveer 100.000 DBC's. Om ervoor te zorgen dat de herkenbaarheid van de DBC's groter wordt, is er door de overheid gekozen om een nieuw DBC systeem in te voeren. In dit systeem worden de 100.000 DBC's omgezet worden naar ongeveer 3000 zorgproducten. Onder een zorgproduct wordt een clustering van verwante diagnoses en behandelingen verstaan (Werken met DOT₁, Z.D.). De zorgproducten zijn kosten- en werklathomogeen en zijn medisch herkenbaar (Werken met DOT₁, Z.D.). Het systeem heet het 'DBC's op weg naar transparantie' (DOT) systeem. Hierdoor moet ook het maken van afspraken over DBC's makkelijker worden, omdat de medische herkenbaarheid groter wordt. Op dit moment is het praktisch gezien onmogelijk om over elke DBC apart afspraken te maken. Dit systeem moet op 1 januari 2011 helemaal in behandeling genomen zijn.

Naast het feit dat het onderhandelen makkelijker moet verlopen heeft het DOT systeem ook een aantal andere voordelen. Zo moet het bijvoorbeeld voor patiënten duidelijker worden waarvoor zij betalen. Door de invoering van het DOT systeem moet ook het administratieve proces vereenvoudigd worden. Dit moet leiden tot een vermindering van het aantal fouten. Ook moet het makkelijker worden om buitenlandse zorgontwikkelingen in Nederland door te voeren. Er wordt namelijk een internationale standaard gebruikt bij het DOT-systeem, de zogenaamde ICD10-codering. De ICD10-codering is een door de Wereldgezondheidsorganisatie bijgehouden lijst van internationaal gehanteerde lijst van ziekten. Door deze internationale standaard kan de kwaliteit ook beter gemeten worden met het buitenland (Werken met DOT₂, Z.D.).

De zorgproducten worden bepaald door de zogenaamde DBC grouper. Met de DBC grouper kan automatisch de DBC worden afgeleid, na het registreren van de geleverde zorg. Tevens moet de geregistreerde zorg door de zorgaanbieder naar het DIS worden verstuurd, waardoor er betrouwbare DBC's kunnen worden vastgesteld (DBC Onderhoud₂, Z.D.).

Voor het programma DBC Services wordt voor het verwerken van de gegevens, het NZa formaat gebruikt. Aangezien het NZa formaat wordt aangepast naar DOT, kan het programma DBC Services gewoon gebruikt blijven worden op het moment dat het DBC systeem over gaat naar het DOT systeem.

9. Kan DBC Services als strategisch middel worden ingezet?

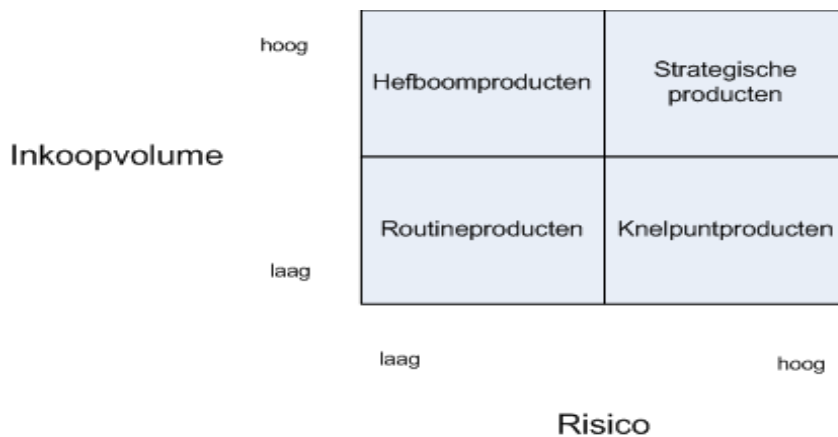
Er wordt vanuit twee perspectieven gekeken of het programma DBC Services als strategisch programma kan worden ingezet. Ten eerste wordt er gekeken of het een strategisch middel is voor het MST. In het tweede onderdeel wordt gekeken of het programma een voordeel oplevert voor de zorgverzekeraar.

Door op dit niveau voor een DBC onderhandelsysteem te kijken wordt op een strategisch niveau gekeken, volgens de eerder gestelde theorie van Bouman. Er wordt gekeken hoe doelstellingen mogelijk behaald kunnen worden met het gebruik van dit systeem.

9.1 Een strategisch middel voor het MST

Het programma DBC Services is niet zo opgezet dat het als hoofddoel heeft om als strategisch middel voor de zorgaanbieders te worden gebruikt. Wel kunnen de medewerkers uiteraard hun eigen strategisch berekeningen doorvoeren. Daarbij valt te denken aan bijvoorbeeld het doorberekenen van een lagere prijs voor een bepaalde DBC, omdat er verwacht wordt dat er meer van verwerkt zullen worden.

In het systeem kunnen verschillende modelcontracten worden opgesteld. Het is wel mogelijk om bepaalde DBC's te clusteren in een modelcontract. Op deze manier kan het zogenaamde Kraljic-portfolio gebruikt worden. Dit is een strategisch inkoopmodel, maar kan ook als verkoopmodel worden gebruikt. Bij dit model worden de DBC's in clusters ingedeeld, naar een aantal kenmerken, zoals deze in figuur 7 staan (Zuurbier & Krabbe- Alkemade, 2007). Op het moment dat duidelijk is waar de zorgverzekeraar op let, kan daar de prijs op aangepast worden. De vier groepen die te onderscheiden zijn volgens het Kraljic portfolio zullen hieronder worden besproken.



Figuur 7: Kraljic portfolio (Zuurbier, Krabbe- Alkemade, 2007, pp. 111-112)

Als eerst worden de hefboomproducten onderscheiden. Dit zijn de producten waarvan een hoge productie verwacht wordt en waarvoor een lage prijs gevraagd wordt. Vervolgens worden in het model de knelpuntproducten onderscheiden. Dit zijn producten die niet veel geproduceerd worden en waarvan geldt dat ze een hoog toeleveringsrisico hebben. Deze DBC's worden niet door veel zorgverzekeraars aangeboden. De derde te onderscheiden producten zijn de routineproducten. Dit zijn producten met een laag volume en een laag risico. Doordat ze een laag volume hebben verricht de zorgverzekeraar relatief veel inspanning om relatief eenvoudige zorg in te kopen. De laatste te

onderscheiden groep zijn de strategische producten. Die hebben een hoog volume en een hoog toeleveringsrisico. Doordat dit relatief dure DBC's zijn, wil de zorgverzekeraar hier het liefst een langdurige en intensieve relatie aangaan met de aanbieder van de zorgproducten (Zuurbier & Krabbe-Alkemade, 2007).

Bovenstaande is een inkoopmodel, om dit model goed te gebruiken is het van belang de DBC's die het MST aanbiedt in een groter geheel te plaatsen en te bepalen waar het MST staat ten opzichte van andere zorgaanbieders. Op het moment dat duidelijk is kan de prijs van een DBC bepaald worden. De zorgverzekeraar zal deels dezelfde tactiek toepassen, waardoor de onderhandelingen mogelijk sneller verlopen. Een zorgverzekeraar zal bijvoorbeeld voor hefboomproducten een lage prijs willen, omdat zij anders deze producten ook bij een andere aanbieder kan krijgen. Het MST wil veel van deze DBC's verkopen en zal dan voor hefboomproducten vaak een relatief lage prijs vragen. Niet alleen kunnen de onderhandelingen sneller verlopen, maar er kan ook ingespeeld worden op de strategie van de zorgverzekeraar.

9.2 Een strategisch middel voor de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar voert op dit moment met honderd ziekenhuizen onderhandelingen over honderdduizenden DBC's, dit is erg onoverzichtelijk voor de zorgverzekeraar. Doordat het systeem DBC Services is ontworpen in opdracht van een aantal zorgverzekeraars (CZ, UVIT en Achmea), is er huivering voor het feit dat het systeem alles overzichtelijk aanlevert aan de zorgverzekeraar en deze alleen nog kijken naar de prijs en niet meer naar de geleverde kwaliteit.

Echter doordat het MST alle prijzen in NZa formaat aanlevert aan de zorgverzekeraars en de zorgverzekeraars alles in NZa formaat kunnen importeren in het programma DBC Services, maakt dit geen verschil.

Mocht het MST het toch een groot bezwaar vinden dat de gegevens geordend worden aangeleverd, dan kunnen de analyses in DBC Services gemaakt worden en vervolgens kunnen de uitkomsten geëxporteerd worden naar Excel en zo aangeleverd worden aan de zorgverzekeraar.

Nu zowel de informatiebehoefte en de functionaliteiten die het programma te bieden heeft bekend zijn, zal in het volgende hoofdstuk een advies worden uitgebracht aan het MST.

10. Conclusie, advies en discussie

In dit hoofdstuk zal de hoofdvraag worden beantwoord, waarna vervolgens een advies zal worden uitgebracht. Na het advies zullen nog een aantal punten ter verbetering worden aangedragen, die in dit onderzoek buiten beschouwing zijn gelaten.

10.1 Conclusie

In de voorgaande hoofdstukken zijn de vijf deelvragen die aan het begin van het onderzoek zijn opgesteld, beantwoord. Door middel van de informatie die door deelvragen verkregen is, kan nu de hoofdvraag worden beantwoord. De hoofdvraag die voor dit onderzoek is opgesteld, luidt als volgt:

Voldoet het systeem DBC Services aan de wensen en eisen van de medewerkers van de afdeling Financiën en Informatiezaken van het Medisch Spectrum Twente?

De gevraagde functionaliteiten zijn op dit moment ook beschikbaar, echter op dit moment voert men zelf berekeningen uit via Excel. Er dient te worden gekeken of de functionaliteiten dan wel via DBC Services dan wel via Microsoft Excel beter functioneren. In onderstaande tabel wordt beschreven of een functie het best beschikbaar is in DBC Services of in Microsoft Excel.

Functie	Beter in DBC Services of Excel
Er moet een totaal berekend kunnen worden over een hele prijslijst die aangeboden wordt aan de zorgverzekeraars.	DBC Services. In Excel moet hier nog een berekening gemaakt worden. In DBC Services wordt dit automatisch aangepast.
Er moet een vergelijking met het voorgaande jaar gemaakt kunnen worden.	DBC Services. In Excel moet dit middels een draaitabel. In DBC Services kan er gedrukt worden op 'vergelijken met', dan kan vervolgens het voorgaande jaar geselecteerd worden.
Er moet een vergelijking tussen de aanbiedingen die aan verzekeraars gedaan worden, gemaakt kunnen worden.	DBC Services. In Excel moet dit middels een draaitabel. In DBC Services kan er gedrukt worden op 'vergelijken met', dan kan vervolgens een andere verzekeraar geselecteerd worden.
Er moet een vergelijking tussen de aanbiedingen die verzekeraars doen gemaakt kunnen worden.	DBC Services. In Excel moet dit middels een draaitabel. In DBC Services kan er gedrukt worden op 'vergelijken met', dan kan vervolgens een andere verzekeraar geselecteerd worden.
Er moet bekeken kunnen worden wat de verandering van de prijs van een (sub) specialisme voor effect heeft op de totaalprijs	Excel. In Excel kan een (sub) specialisme geselecteerd worden, in DBC Services dient dit eerst uitgefilterd worden en vervolgens moet dit weer bijgevoegd worden.
Volume ontwikkelingen moeten kunnen worden doorgevoerd.	DBC Services. Het programma heeft een aparte volumekolom, die direct berekeningen in de omzet en kosten doorberekent.
Er moeten prijsmutaties per specialisme kunnen worden doorgevoerd.	Excel. In Excel kan een (sub) specialisme geselecteerd worden, in DBC Services dient dit er eerst uitgefilterd te worden en vervolgens moet dit weer bijgevoegd worden.

Staffelkortingen moeten kunnen worden verwerkt.	In Excel. Echter worden deze kortingen pas achteraf berekend als de zorgverzekeraar een groei van een bepaald percentage heeft bepaald. Tijdens de onderhandelingen worden hier geen berekeningen mee gemaakt.
Het ziekenhuis wil graag zien waar zij ten opzichte van andere ziekenhuizen staan. Het programma moet dus ook een benchmark functie hebben.	Excel. DBC Services heeft een benchmark functie, echter wordt er daar geen rekening gehouden met de zorgzwaarte. Omdat het MST een topklinisch ziekenhuis is, heeft het geen zin te vergelijken met een streekziekenhuis. De gegevens van de benchmark worden in Excel aangeleverd, deze kunnen eventueel worden ingevoerd in DBC Services, waardoor het vergelijken dan ook eenvoudig in DBC Services wordt.
Er moet een mogelijkheid tot het indexeren van de prijs inzitten.	DBC Services. In DBC Services kan er percentage ingevoerd worden voor het indexeren van zowel het ziekenhuis of honorarium component. In Excel moet er eerst een volume in een cel ingevoerd worden, waarmee de prijzen geïndexeerd worden.

Uit het onderzoek komt naar voren dat niet alle functies die gevraagd worden beter zijn in het programma DBC Services dan in de huidige situatie. Er zal nu een advies richting het MST worden uitgebracht.

10.2 Advies

Naar aanleiding van het onderzoek dat gedaan is, zijn er drie mogelijke opties voor het MST.

1. Kiezen voor DBC services en missende opties op de huidige manier blijven voortzetten. Eventueel zou een ander informatie systeem overwogen kunnen worden dat naast DBC services gebruikt kan worden.
2. Kiezen voor een maatwerk- informatiesysteem.
3. Het voortzetten van de huidige situatie. Indien men kiest voor deze optie zal er niets veranderen.

Als er voor optie één gekozen wordt, dan zal veel tijd bespaard worden in het onderhandelproces met name in de administratieve afwikkeling en in het doorvoeren van de berekeningen die in DBC Services ingevoerd kunnen worden. Een voordeel wat komt kijken bij het gebruik van DBC Services is dat alle gegevens in één systeem zitten en dat gegevens niet overal vandaan gehaald hoeven te worden.

Als er gekozen wordt voor de tweede optie, het laten ontwikkelen van een maatwerk-informatie systeem, dan kan het probleem ontstaan dat een maatwerksysteem niet samen kan werken met DBC Services, dat door de meeste zorgverzekeraars gebruikt wordt. Veel verzekeraars vragen om de gegevens in een bepaald formaat aan te leveren. Dit is niet verplicht, maar er wordt wel druk op

uitgeoefend door de zorgverzekeraar. Het MST gaat hierin mee en levert de gegevens in dit formaat aan bij de zorgverzekeraar. Als men echter kiest voor het laten ontwikkelen van een maatwerk systeem kan men opdracht geven om alle functies te implementeren, dus ook de functies die nu missen in DBC Services. Mogelijk kan er een besparing plaats vinden op de tijd die samenhangt met de functionaliteiten die in een maatwerk systeem beschikbaar zijn, waarvoor bij de eerste optie geldt dat ze beschikbaar zijn door meerdere programma's te gebruiken. De tijd die samenhangt met de administratieve afwikkeling zal gelijk blijven als dit nu is, doordat dit op dezelfde manier gedaan zal worden zoals dit nu ook gebeurt.

Ik raad het MST, naar aanleiding van het gedane onderzoek, aan om te kiezen voor het in gebruik nemen van DBC Services en eventuele missende opties op de huidige manier te blijven voortzetten. Allereerst wordt één van de knelpunten, het soms niet kunnen versturen van de prijslijst per e-mail omdat deze te groot is, omzeild doordat de bestanden niet meer per e-mail uitgewisseld hoeven te worden. Uit de analyse is naar voren gekomen dat er bij het gebruik van DBC Services soms minder handelingen nodig zijn voor het berekenen van bepaalde scenario's. Bij opties waarbij er meer handelingen nodig zijn om tot een berekening te komen in DBC Services in vergelijking met Microsoft Excel, kan ervoor gekozen worden Microsoft Excel te blijven gebruiken. Er wordt geadviseerd om de volgende opties in DBC Services te krijgen:

- Er moet een totaal berekend kunnen worden over een hele prijslijst die aangeboden wordt aan de zorgverzekeraars.
- Er moet een vergelijking met het voorgaande jaar gemaakt kunnen worden.
- Er moet een vergelijking tussen de aanbiedingen die aan verzekeraars gedaan worden, gemaakt kunnen worden.
- Er moet een vergelijking tussen de aanbiedingen die verzekeraars doen gemaakt kunnen worden.
- Volume ontwikkelingen moeten kunnen worden doorgevoerd.
- Er moet een mogelijkheid tot het indexeren van de prijs inzitten.

Door deze combinatie van beide systemen wordt er van beide systemen de beste functies gebruikt. Het in gebruik nemen van het programma DBC Services is gratis. Ik raad het MST aan om de optie voor het invoeren van de kwaliteitsindicatoren niet in gebruik te nemen, aangezien deze geen meerwaarde heeft voor het MST en mogelijk een vertekend beeld oplevert.

Ook is in dit onderzoek het intelligence-design-choice model van Simon doorlopen. In de eerste fase heeft het MST aangegeven dat er een onbevredigende situatie was. Voor het MST was het probleem dat er veel tijd ging zitten in het berekenen van verschillende scenario's voor het opstellen van een prijslijst van de DBC's richting de verschillende zorgverzekeraars en dat er eveneens veel tijd ging zitten in de administratieve afwikkeling van eventueel gemaakte contracten. Naar aanleiding van dit probleem is er een onderzoek gedaan en zijn er drie verschillende mogelijkheden voor een oplossing aangedragen. Dit is de zogenaamde design fase. In de choice fase is het advies aan het MST uitgebracht om te kiezen voor het gebruik van een optimale situatie.

10.3 Verbeterpunten

Niet alle adviezen die in dit rapport verwerkt staan, zijn tot uitvoering gebracht. Zo is er bijvoorbeeld aangegeven dat DBC Services eventueel als strategisch middel ingezet kan worden, maar is er niet

naar een ander informatie systeem gekeken dat wel als strategisch middel ingezet kan worden. Verder onderzoek naar dit type informatie systeem is gewenst.

Er zijn nog een aantal andere zaken die meer aandacht vragen. Zo rijst de vraag waarom artsen zich niet bemoeien met het onderhandelen over honoraria en DBC's. Het vermoeden bestaat dat daar de markt daar nog niet volwassen genoeg voor is. Het hele fenomeen van het onderhandelen in de zorg is vrij nieuw en vooral artsen zijn er nog niet aan gewend. Wel is te zien dat de RVE's er steeds meer aandacht voor krijgen. Ditzelfde geldt voor de kostprijzen. Om tot een goede verkoopprijs te komen en daarbij het financiële risico door onderdekking te vermijden, moeten de kostprijzen bepaald worden (Zuurbier & Krabbe- Alkemade 2007). Er wordt nu nog niet gekeken naar de kostprijzen, maar meer naar hoeveel men mist uit het budget doordat de betreffende DBC is overgeheveld naar het B-segment. Wat opvalt is dat kostprijzen op dit moment niet exact bekend zijn binnen het MST. Het is van groot belang dat deze bekend zijn. Wel zijn de kostprijzen van het voorgaande jaar bekend. Bij gebrek aan actuele kostprijzen kan er gekozen worden om de kostprijzen van het voorgaande jaar te gebruiken en deze eventueel te indexeren.

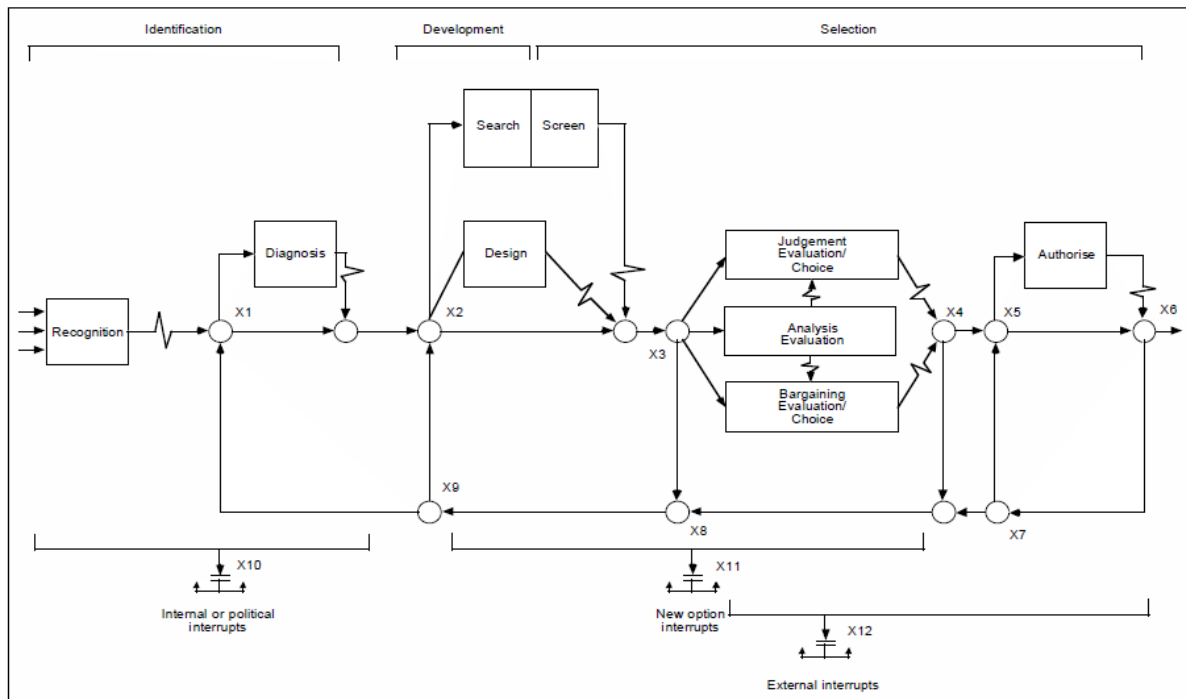
Er wordt ook verder onderzoek geadviseerd naar het feit of de verkoop van DBC's op de juiste plek binnen het MST plaatsvindt. Doordat het FB bij planning en control beheerd wordt en de verschuiving naar het steeds groter wordende vrij onderhandelbare B-segment geleidelijk verloopt, vindt de verkoop van DBC's nog steeds plaats bij planning en control. Dit is enigszins opmerkelijk, omdat planning en control geen verkoopafdeling is.

Literatuurlijst

- Carina van Aartsen (2008), *Nza in de fout met schoningsprijzen*. Amsterdam: Zorgvisie
- Babbie, E. (2007). *The practice of social research*. Wadsworth: Thomson Learning, Inc.
- Bouman, E. (2008). *Smartest: Slim testen van informatiesystemen*. Den Haag: Sdu Uitgevers bv.
- CTG/Zaio₁, (2005). *Orienterende monitor Ziekenhuiszorg: Analyse van de onderhandelingen over het B-segment in 2005*
- DBC Onderhoud₁ (2008). *Met DBC's op weg naar transparantie in de zorg*. Utrecht.
- DBC Onderhoud₂ (Z.D.) verkregen op 10 december 2009 van:
<http://www.dbconderhoud.nl/Ontwikkelen-van-de-DBC-systematiek/DOT-implementatie/DOT-in-grote-lijnen/Grouper>
- DBC Onderhoud₃ (Z.D) verkregen op 20 december 2009 van:
http://www.dbconderhoud.nl/news/87/B-segment_in_2009_naar_maximaal_34_procent
- Geurts, P. (1999). *Van probleem naar onderzoek*. Bussum: Coutinho
- Hoogerwerf, A. & Herwiler, M. (2008). *Overheidsbeleid: Een inleiding in de beleidswetenschap*. Alphen aan den Rijn: Kluwer
- Kloppenhuis, J.L. & Vos- Deckers, G. (2005). *De DBC-methodiek: Haarlemmerolie of een werkzaam geneesmiddel voor de gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus universiteit iBMG
<http://www.uvt.nl/faculteiten/fsw/departementen/tranzo/leergangen/scripties/Klommenhous.pdf>
- Kollenstaart, M. Mondelinge mededeling op 7 december 2009
- De Leeuw, A.C.J. (2002). *Bedrijfskundig management: Primair proces, strategie en organisatie*. Assen: Koninklijke van Gorcum
- Van der Meulen, L. & Pieter D. (2007). *Zorgzwaarte Samenwerkende Topklinische Opleidings Ziekenhuizen*. Utrecht: Prismant.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006). *Invoering Diagnose Behandel Combinaties*. Verkregen op 11 november 2009 van:
<http://rijksbegroting.minfin.nl/algemeen/gerefeerd/1/0/0/kst100343.html>
- MST (Z.D.) *Onze organisatie*. Verkregen op 9 november 2009 van:
<http://www.mst.nl/onzeorganisatie/>

- MST jaarverslag 2008, verkregen op 10 november 2009 van:
<http://www.mst.nl/onzeorganisatie/jaarverslag20082.pdf>
- Nederlandse Zorgautoriteit (2008). *Consultatiedocument 'Invoering maatstafconcurrentie, keuzes en vragen'*.
- Negash, S. & Gray, P. (2008). *Handbook on Decision Support Systems 2*. Berlijn: Springer
- Punch, K.F. (2006). *Developing effective research proposals*. Newbury Park: Sage publications Ltd.
- Shim, J.P., Warkentin, M., Courtney, J.F., Power, D.J., Sharda, R., Carlsson, C. (2002). *Past, present, and future of decision support technology*. Amsterdam: Elsevier
- Simon, H.A. (1960). *The new science of management*. Upper Saddle River: Prentice Hall
- Spil, T., Michel-Verkerke, M. & Schuring, R. (2009). *De Waarde van Informatie*. Enschede: Universiteit Twente
- Vecozo (Z.D.) verkregen op 20 november 2009 van:
<http://www.vecozo.nl/web/Zorgverlener/Default.aspx>
- Werken met DOT₁ (Z.D.) verkregen op 1 december 2009 van:
<http://www.werkenmetdot.nl/Overige/Wat-is-DOT/Inleiding>
- Werken met DOT₂ (Z.D.) verkregen op 2 december 2009 van:
<http://www.werkenmetdot.nl/Overige/ICD-10>
- Wijga, P.J. (2005). *Beheersing van het zorgproces in het VU medisch centrum*. Amsterdam: VU medisch centrum.
<http://www.vumc.nl/afdelingen-themas/239911/27797/337258/Wijga.pdf>
- Zorgverzekeraars Nederland (2007). *Achtergrond*. Verkregen op 22 november 2009 van:
http://www.zn.nl/Dossiers/DBC's_ziekenhuizen/Achtergrond.asp
- Zorgverzekeraars Nederland (2007). *DBC-inkoopgids 2008, Kwaliteit als kompas bij de inkoop van zorg*. Zeist
- Zorgverzekeraars Nederland₁ (2006). *Handreiking beoordeling initiatieven ZBC's*. Zeist
- Zuurbier, J.J. & Krabbe- Alkemade, Y. (2007). *Onderhandelen over DBC's*. Amsterdam: Reed Business

Bijlage 1. The structure of unstructured processes by Mintzberg, Raisinghani and Theoret



Bijlage 2. A builder's introduction to Executive Information Systems by Byun and Suh



Behoefte aan EIS ontwikkeling

I. Inleidend onderzoek
- Begrijpen van de basis concepten van EIS - Onderzoek een succes of mislukt systeem - Analyseer informatie gerelateerd aan management - Organiseer het project team

Algemene informatie voor EIS



II. Applicatie Onderzoek
- Definieer de vereisten - Bepalen van alternatieven en prioriteiten - Onderzoek MIS mogelijkheden - Evalueer en selecteer ontwikkelingstools - Creeer het conceptuele ontwerp - Analyseer de kosten en opbrengsten



Ontwerp informatie voor prototype

IV. Systeem ontwerp
- Herzie, verifieer en valideer het prototype - Selecteer een ontwerp methodologie - Pas het systeem prioriteit aan - Definieer systeem configuratie - Ontwerp het database schema - Plan interne/externe data uitwisseling

prototype



III. Prototype constructie
- Ontwerp een business process taal - Voer een codage uit - Complete run-time systeem prototype - Voorbereiden van test data en test het prototype - Demonstreer het prototype - Reorganiseer het project team

implementatieplan



V. Uiteindelijke systeem constructie
- Complementeer het coderen - Raffineer het uiteindelijk systeem framework - Presteer interne/externe integratie

Volledig systeem



VI. testen
- Gerbruik het EIS met een gecontroleerde input set - Beoordeel de EIS output - Verbeter problemen - Importeer echte data



Verbeterd systeem

VIII. Extensie
- Train de executives - Documenteer het systeem - Breidt de beschikbaarheid uit - Feedback

Plan voor extensie



VII. Installatie
- Installeer het volledig systeem - Stem het systeem af

Bijlage 3. Het interview

Proces

1. Lopen de onderhandelingen volgens een vast patroon? Is er een protocol?
2. Hoe lang duurt een onderhandeling?
3. Welke systemen ondersteunen de onderhandelingen op dit moment?
4. Wordt elke verzekeraar op dezelfde manier behandeld?
5. Hoe wordt alles op dit moment verwerkt?
6. Hoe worden scenario's op dit moment berekend?

Relevantie

1. Zijn er knelpunten?
2. Heb je een idee voor het verbeteren?
3. Welke functies moet een nieuw systeem bevatten?

Informatie

1. Voldoet de informatie op dit moment?
2. Hoe genereer je de informatie zelf?
3. Welke informatie moet een nieuw systeem je geven?
4. Welke ervaring heb je met een soortgelijk systeem?

Mensen en middelen

1. Van welke ICT faciliteiten wordt er gebruik gemaakt?

Attitude

1. Hoe sta je tegenover ICT vernieuwingen in het algemeen?
2. Hoeveel tijd en energie denk je te vinden voor veranderingen die de invoering van nieuw dingen in deze zorg, en het gebruik van ICT daarbij met zich mee zal brengen?

Bijlage 4. Interview medewerker 1

Proces

1. Lopen de onderhandelingen volgens een vast patroon? Is er een protocol?
Meestal wordt in de eerste instantie een prijs aangeboden aan de verzekeraar, die daarop reageert. Een echt vast protocol is er niet.
2. Hoe lang duurt een onderhandeling?
Soms gaat het onderhandelen vrij vlot, echter in sommige gevallen kunnen onderhandeling een jaar duren. In dit soort gevallen kan het MST geen compromis vinden met de zorgverzekeraar. In het uiterste geval komt men helemaal niet tot een compromis en wordt de standaardprijs gehanteerd. Deze wordt dan verstuurd naar de patiënt, die deze vervolgens weer declareert bij zijn verzekering.
3. Welke systemen ondersteunen de onderhandelingen op dit moment?
Op dit moment wordt alleen Excel gebruikt voor de onderhandelingen.
4. Wordt elke verzekeraar op dezelfde manier behandeld?
Nee, de grootste verzekeraar (Menzis in het geval van het MST) krijgt over het algemeen de laagste prijs aangeboden.
5. Hoe wordt alles op dit moment verwerkt?
Op dit moment wordt alles in Excel verwerkt.
6. Hoe worden scenario's op dit moment berekend?
Via Excel. Dit wordt allemaal vrij een aantal formats beschikbaar, maar die worden niet altijd gebruikt.

Relevantie

1. Zijn er knelpunten?
Soms is men erg gebonden aan regels, dit is echter alleen in het A-segment.
2. Heb je een idee voor het verbeteren?
Het zou wel makkelijk zijn als het maken van berekeningen minder tijdrovend zou zijn.
3. Welke functies moet een nieuw systeem bevatten?
Er moeten gemiddelden berekend kunnen worden over een hele prijslijst die aangeboden wordt aan verzekeraars. Er moet een vergelijking met het voorgaande jaar gemaakt kunnen worden. Er moet een vergelijking tussen de verzekeraars gemaakt kunnen worden.

Informatie

1. Voldoet de informatie op dit moment?
Ja, het is alleen tijdrovend.

2. Hoe genereer je de informatie zelf?

Door berekeningen uit te voeren.

3. Welke informatie moet een nieuw systeem je geven?

Zie bovenstaande

4. Welke ervaring heb je met een soortgelijk systeem?

Geen

Mensen en middelen

1. Van welke ICT faciliteiten wordt er gebruik gemaakt?

Voornamelijk Excel

Attitude

1. Hoe sta je tegenover ICT vernieuwingen in het algemeen?

Een nieuw systeem moet wel iets opleveren.

2. Hoeveel tijd en energie denk je te vinden voor veranderingen die de invoering van nieuw dingen in deze zorg, en het gebruik van ICT daarbij met zich mee zal brengen?

Bijlage 5. Interview medewerker 2

Proces

1. Lopen de onderhandelingen volgens een vast patroon? Is er een protocol?
Nee, een vast protocol is er niet.
2. Hoe lang duurt een onderhandeling?
Een onderhandeling kan heel lang duren. Hoe lang het precies duurt verschilt per onderhandeling.
3. Welke systemen ondersteunen de onderhandelingen op dit moment?
Alle berekeningen die gemaakt worden verlopen via Microsoft Excel.
4. Hoe wordt alles op dit moment verwerkt?
Via Excel
5. Hoe worden scenario's op dit moment berekend?
Via Excel

Relevantie

1. Zijn er knelpunten?
*Ja, soms zijn de bestanden te groot om te versturen via Excel. Dit komt voornamelijk doordat de bestanden veel te groot worden.
Soms komt het ook voor dat er gedacht wordt dat er een bepaalde afspraak gemaakt wordt over een prijs, maar dat beide het toch over een andere prijs hebben. Soms zijn het bijvoorbeeld afrondingsverschillen. Bestanden worden niet meegestuurd, waardoor dit soort fouten kunnen ontstaan.*
2. Heb je een idee voor het verbeteren?.
Het meesturen van bestanden om te voorkomen dat beiden het over een andere prijs hebben.

Informatie

1. Welke informatie heb je nodig om je werk goed te doen?
Zie vraag 4.
2. Voldoet de informatie op dit moment?
Soms verwachten de zorgverzekeraars meer informatie. Er wordt dan om een verklaring gevraagd aan de maatschappen. Soms wordt er een verklaring gevraagd voor variatie in cijfers. Echter dit zijn puur vragen van de zorgverzekeraar. Zij stelt zelf geen vragen aan de maatschappen of de zorgverzekeraar. Zij dient alleen als 'doorgeefluik'.
3. Hoe genereer je de informatie zelf?
Er wordt geen eigen informatie gecreëerd. De informatie van de maatschappen naar de zorgverzekeraar en andersom wordt alleen doorgegeven.

4. Welke informatie moet een nieuw systeem je geven?
 - *Historie moet zichtbaar zijn*
 - *Er moet een vergelijking gemaakt kunnen worden tussen de aanbiedingen die aan de verschillende zorgverzekeraars gedaan wordt*
 - *Het honorarium gedeelte moet gesplitst kunnen worden naar hoofd en poortspecialisme*
 - *Er moet een onderscheidt zijn tussen de 3 segmenteringen naar het B-segment. Dus van 2005, 2007*
 - *Er moeten volumes ingevoerd kunnen worden*
 - *Er moeten verschillende scenario's gemaakt kunnen worden.*
 - *Er moet gekeken kunnen worden wat de effecten voor wijzigingen hebben per specialisme.*
 - *Er moet aangegeven kunnen worden wat er in een bepaald scenario is veranderd, tekstvak.*
 - *Er moeten wijzigingen in afzonderlijke of groepen DBC's moeten kunnen aangebracht.*
 - *Mutaties zowel absoluut als in percentages.*
 - *De onder de streep effecten moeten duidelijk zijn*
 - *De schoningsprijzen moeten zichtbaar zijn.*
5. Welke ervaring heb je met een soortgelijk systeem?

Ervaring met DBC Services vanuit een andere positie. De ervaring toen was dat het programma niet heel gebruiksvriendelijk was en dat het daarom niet meer gebruikt werd.

Mensen en middelen

3. Van welke ICT faciliteiten wordt er gebruik gemaakt?

Excel

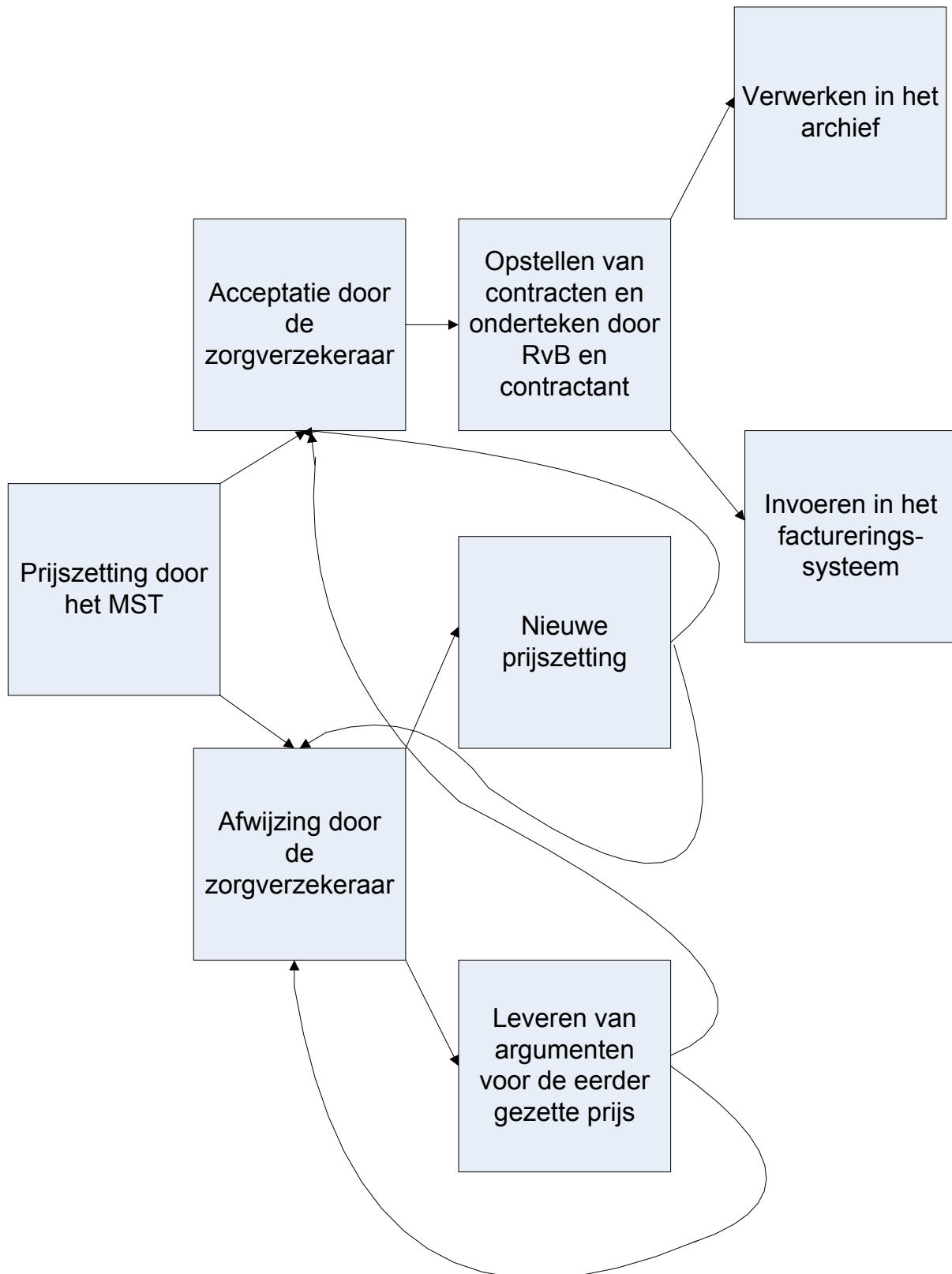
Attitude

4. Hoe sta je tegenover ICT vernieuwingen in het algemeen?

Positief zolang ze bruikbaar zijn en iets opleveren.
5. Hoeveel tijd en energie denk je te vinden voor veranderingen die de invoering van nieuw dingen in deze zorg, en het gebruik van ICT daarbij met zich mee zal brengen?

Niet te veel

Bijlage 6. Flowchart



Een schematische weergave van het onderhandel proces over DBC's.

Bijlage 7. De uitgebreide mogelijkheden.

Beveiliging

Functionaliteiten	Opmerkingen
Beveiligd inloggen	Middels een Vecozo certificaat
Toekennen van verschillende rollen	Ja, de volgende rollen zijn te onderscheiden: - Lezen - Lezen en schrijven - Lezen, schrijven en onderhandelen - Lezen, schrijven, onderhandelen en accorderen - Alleen toegang tot de kwaliteitsindicatoren

Gedetailleerde informatie over DBC's

Functionaliteiten	Opmerkingen
Zoeken op verschillende manieren	De volgende zoek functionaliteiten zijn te onderscheiden: - (Deel van de) DBC code - Segment - Specialisme - Per verzekeraar - Zorgtype - Zorgvraag - Diagnose - Behandeling - Per provincie - Regio - Specialisme
DBC overzicht per verzekeraar	
DBC overzicht uitgesplitst naar ziekenhuis en honorariumcomponent	
Inzicht in passantentarieven	

Onderhandelen

Functionaliteiten	Opmerkingen
Vaste contactpersoon per verzekeraar aanmaken	
Mogelijkheid tot het bijvoegen van attachments	
Export mogelijkheden naar Excel	
Onderhandelen met personen die niet aangesloten zijn op DBC Services	
Lijst met onderhandelingen die nog	

afgerond moeten worden	
Onderhandelen op NZa format	Op NZa format 2007, 2008 en 2009. Er is zowel een format beschikbaar waar de schoningsprijzen al voorgevuld is, evenals een lege.

Modellerings- en analysemogelijkheden

Functionaliteiten	Opmerkingen
Vergelijkingen maken	- Met andere contracten - Met voorgaande jaren - Andere zelf opgestelde contracten - Uitgesplitst naar ziekenhuis- en honorariumcomponent - Zowel absoluut als procentueel
Alleen nulwaarden tonen	Of nulwaarden uitsluiten
Zowel vergelijkingen met prijzen als met omzetten	
Vergelijkingen maken per honorarium en kosten componenten	
Kortingen op de totaalprijs of per specialisme of op DBC niveau	
Benchmark mogelijkheden	

Contractbeheer

Functionaliteiten	Opmerkingen
Overzicht van alle lopende contracten	
Optie tot het beëindigen van contracten	

Kwaliteitsmogelijkheden

Functionaliteiten	Opmerkingen
Bijhouden van kwaliteitsindicatoren	Het betreft een combinatie van de IGZ kwaliteitsindicatoren en indicatoren uit het project 'Zichtbare Zorg' (aandoeningspecifieke indicatoren). De zorgverzekeraar heeft tevens de mogelijkheid om zelf indicatoren toe te voegen. Deze worden echter niet gecorrigeerd voor zorgwaarde.
Overzicht welke kwaliteitsindicatoren aan een behandeling worden gesteld door de zorginkoper.	
Overzichtelijke vergelijking tussen de kwaliteitsindicatoren die ingevoerd zijn door het ziekenhuis en de norm zoals deze gesteld is door de zorgverzekeraar.	

Bijlage 8. Uittreksel van de Kamer van Koophandel

Dossiernummer: 05079137

Blad 00001

Uittreksel uit het handelsregister van de Kamers van Koophandel
Deze inschrijving valt onder het beheer van de Kamer van Koophandel voor
Midden-Nederland

Rechtspersoon:

Rechtsvorm	:Besloten vennootschap
Naam	:DBC Services B.V.
Statutaire zetel	:Zwolle
Eerste inschrijving in het handelsregister	:08-11-2005
Akte van oprichting	:03-11-2005
Maatschappelijk kapitaal	:EUR 105.000,00
Geplaatst kapitaal	:EUR 84.000,00
Gestort kapitaal	:EUR 84.000,00
Er zijn verschillende soorten aandelen	:Raadpleeg het handelsregisterdossier

-

Onderneming:

Handelsna(a)m(en)	:DBC Services B.V.
Adres	:Professor Bronkhorstlaan 10 gebouw 94, 3723MB Bilthoven
Correspondentieadres	:Postbus 281, 3720AG Bilthoven
Datum vestiging	:01-08-2005
De rechtspersoon drijft de onderneming sinds	:03-11-2005
Bedrijfsomschrijving	:Het verlenen van diensten ten behoeve van het nieuwe bekostigings- en honoreringssysteem voor ziekenhuizen en medische specialisten
Werkzame personen	:0

-

Bestuurder(s):

Naam	:Kuhrij, Hans
Geboortedatum en -plaats	:25-06-1954, Rotterdam
Infunctietreding	:01-09-2007
Titel	:Directeur
Bevoegdheid	:Alleen/zelfstandig bevoegd

Alleen geldig indien door de kamer voorzien van een ondertekening.

06-01-2010	Blad 00002 volgt.
Dossiernummer: 05079137	Blad 00002

Handelsregisterhistorie

30 05079137 DBC Services B.V.

Professor Bronkhorstlaan 10 gebouw 94 3723MB Bilthoven

OUDE STATUTAIRE NAMEN ZOALS VASTGELEGD SINDS 01-10-1993

*** Geen historie voor dit onderdeel***

OUDE HANDELSNAMEN ZOALS VASTGELEGD SINDS 01-10-1993

*** Geen historie voor dit onderdeel***

OUDE VESTIGINGSADRESSEN ZOALS VASTGELEGD SINDS 01-10-1993

Adres Dokter Stolteweg 60 -66, 8025AZ Zwolle

Datum ingang ***Onbekend***

Adres Dokter Stolteweg 60 -66, 8025AZ Zwolle

Datum ingang 01-04-2008

OUDE RECHTSVORMEN ZOALS VASTGELEGD SINDS 01-10-1993

Rechtsvorm Rechtspersoon in oprichting

Datum ingang 01-08-2005

OUDE BEDRIJFSOMSCHRIJVINGEN ZOALS VASTGELEGD SINDS 01-10-1993

Datum ingang 01-08-2005

Bedrijfsomschrijving Het verlenen van diensten ten behoeve van het nieuwe bekostigings- en honoreringssysteem voor ziekenhuizen en medische specialisten

FUNCTIONARISGEGEVENS UITGETREDEN FUNCTIONARIS(SEN) RECHTSPERS.

Enig aandeelhouder:

Naam Het NIC B.V. / 3

Adres Dokter Stolteweg 60 -66, 8025AZ Zwolle

**Inschrijving
handelsregister
onder dossiernummer** 05063978

Enig aandeelhouder sedert 03-11-2005

Uit functie 15-12-2006

Naam Het NZC B.V. / 5

Adres Professor Bronkhorstlaan 10 gebouw 94, 3723MB
Bilthoven

**Inschrijving
handelsregister
onder dossiernummer** 05063980

Enig aandeelhouder sedert 15-12-2006

Uit functie 16-01-2007

FUNCTIONARISGEGEVENS UITGETREDEN FUNCTIONARIS(SEN) ONDERNEMING

Bevoegde functionaris(sen):

Naam Het NIC B.V. / 1

Adres	Dokter Stolteweg 60 -66, 8025AZ Zwolle
Inschrijving handelsregister onder dossiernummer	05063978
Infunctietreding	01-08-2005
Uit functie	03-11-2005

FUNCTIONARISGEGEVENS UITGETREDEN FUNCTIONARIS(SEN) RECHTSPERS.

Bestuurder(s):

Naam	Het NIC B.V. / 4
Adres	Dokter Stolteweg 60 -66, 8025AZ Zwolle
Inschrijving handelsregister onder dossiernummer	05063978
Infunctietreding	03-11-2005
Titel	Directeur
Bevoegdheid	Alleen/zelfstandig bevoegd
Uit functie	01-09-2007

OVERIGE FUNCTIONARISGEGEVENS UITGETREDEN

*** Geen historie voor dit onderdeel***