

WIE SCHRIJFT DE ARTS VOOR?

*Een techniekfilosofisch onderzoek naar de structurerende
werking van de nieuwe ziekenhuisfinanciering op de
medische praktijk van de specialist*

Doctoraalscriptie

*WWTS
2006*

C. H. van Houten-Hettinga



WIE SCHRIJFT DE ARTS VOOR?

*Een techniekfilosofisch onderzoek naar de structurerende
werking van de nieuwe ziekenhuisfinanciering op de
medische praktijk van de specialist*

Onderzoeksverslag
ter afronding van de doctoraalopleiding Wijsbegeerte van
Wetenschap, Technologie en Samenleving
november 2006

C. H. van Houten-Hettinga
Studentnummer 9402144

Eerste begeleider: dr.ir. E.C.J. van Oost
Tweede begeleider: dr. B.J.R. van der Meulen
Derde begeleider: prof. dr. W. van Rossum

“De geneesheer handelt niet vanuit een visie op gezondheid in het algemeen, maar heeft in zijn handelingen de gezondheid van een bepaald individu voor ogen.”

(Aristoteles, Ethica Nicomachea 1.6: 1097a10)

“Hoe ziekenhuiszorg betaalbaar blijft? In feite interesseert ons dat geen bal. Als wij ons werk maar kunnen blijven doen. ... Wat die kosten betreft, dat is een zaak van het ziekenhuis. Als die het niet voor elkaar krijgen, dan moeten ze bij Den Haag zijn. Daar moeten ze ons niet mee lastig vallen.”

(Interview orthopeed, 14 juni 2006)

The first part of the book is devoted to a general introduction to the theory of the firm. It begins with a discussion of the basic concepts of the firm, such as the firm's objective, the firm's structure, and the firm's behavior. The second part of the book is devoted to a detailed analysis of the firm's behavior. It begins with a discussion of the firm's production function, the firm's cost function, and the firm's profit function. The third part of the book is devoted to a detailed analysis of the firm's structure. It begins with a discussion of the firm's ownership structure, the firm's management structure, and the firm's incentive structure. The fourth part of the book is devoted to a detailed analysis of the firm's behavior in a competitive market. It begins with a discussion of the firm's pricing strategy, the firm's output strategy, and the firm's investment strategy.

SAMENVATTING

Op 1 januari 2005 is in Nederland een nieuwe declaratiesystematiek voor ziekenhuizen ingegaan. Met deze systematiek is marktwerking geïntroduceerd in de Nederlandse gezondheidszorg. De DBC-systematiek richt zich, in tegenstelling tot de 'oude' declaratiesystematiek, op het tegelijkertijd declareren van alle behandelingen die een patiënt in het kader van een bepaald ziektegeval heeft ondergaan. Om dit mogelijk te maken, moet de behandelend specialist een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) registreren. Deze DBC heeft een looptijd die het gehele behandeltraject duurt en alle behandelingen die de patiënt voor dit ziektegeval ondergaat worden middels geautomatiseerde systemen aan de DBC gekoppeld. Over tien procent van de DBC's, het zogenaamde B-segment, moeten de ziekenhuizen zelf verkoopprijzen vaststellen, die ze kunnen onderhandelen met zorgverzekeraars in ruil voor een gegarandeerde afname van zorg. Van de overige 90 procent van de DBC's, het A-segment, worden de prijzen landelijk vastgesteld. De ziekenhuizen zullen proberen over de B-segment DBC's afspraken te maken met specialisten over het te hanteren behandelbeleid: een hele nieuwe gewaarwording voor de specialist die gewend is autonoom te kunnen handelen.

Een groot verschil met de oude systematiek is, dat de specialist verplicht is om een rol te spelen in het administratieve declaratieproces. Hij moet niet alleen zorg dragen voor de registratie van de DBC's, maar ook voor het oplossen van uitval van DBC's of de onderliggende verrichtingen wanneer het geautomatiseerd koppelen niet is gelukt. Ook kan het zijn dat een DBC met onderliggende behandelingen wordt afgekeurd door een validatiemodule die de DBC's vergelijkt met norm-DBC's. Deze norm-DBC's schrijven op deze manier min of meer het behandelbeleid voor patiënten met een bepaalde aandoening voor. Ook aan de afgekeurde DBC's zal de specialist tijd moeten besteden. De specialist zal de DBC-registratie dan ook in zijn drukke medische praktijk een plek moeten geven om tot een goede registratie te komen.

Zowel vanuit het ziekenhuis dat afspraken wil maken over het behandelbeleid bij B-segment DBC's als vanuit de structurering in de validatiemodule wordt ingegrepen in de medische praktijk van de specialist. Om de gevolgen hiervan te onderzoeken staat in deze scriptie de volgende vraag centraal: *Wat betekent de invoering van de DBC-systematiek, zoals die lokaal in ziekenhuizen is ingericht middels informatiesystemen, voor het handelen van specialisten in hun dagelijkse medische praktijk?*

Voor de beantwoording van deze vraag zijn interviews afgenomen bij specialisten, wetenschappelijke verenigingen, de Orde van Medisch specialisten, DBC-projectleiders, ziekenhuisdirectie en bij de onderhoudsorganisatie van de DBC-systematiek. Daarnaast zijn diverse rapporten van specialistenkoepels, ziekenhuiskoepels,

patiënten belangengroepen en overheidsrapporten bestudeerd. De problematiek is uitgewerkt tegen een techniekfilosofische achtergrond, waarbij Orlikowski's structuratiemodel van technologie, de actor-netwerktheorie van Latour, en Latour's theorie over handelingsprogramma's centraal staan.

De belangrijkste bevindingen zijn dat de betrokken partijen er voor wat de DBC-systematiek betreft heel verschillende visies op na houden. Dit levert vanwege de hoeveelheid fundamentele aanpassingen die reeds aan het systeem gedaan zijn grote problemen op voor een consequente doorontwikkeling van de DBC-systematiek. Daarnaast lijkt de onderhoudsorganisatie niet bij machte om de systematiek goed bij de medische praktijk aan te laten sluiten. Voor de medisch specialist betekent dit dat ze continu worden geconfronteerd met conceptuele aanpassingen aan de systematiek, terwijl ze geregeld niet kunnen registreren wat er daadwerkelijk in de medische praktijk gebeurt. Door deze onvolkomenheden in de systematiek worden de specialisten gedwongen om creatief met de registraties om te gaan, hetgeen in de interviews duidelijk naar voren komt. Veelal door onduidelijkheid over de zeer complex geworden systematiek raken de specialisten steeds meer het vertrouwen in de DBC-systematiek als acceptabel declaratiesysteem systeem kwijt.

De interactie tussen gebruikers, ICT-systeem en de organisatie zoals Orlikowski die schetst lijkt in de uitwerking van de DBC-systematiek in de dagelijkse praktijk van de specialist echter enigszins verstoord. Een oorzaak hiervoor kan zijn dat het betekenis geven aan het concept 'DBC-systematiek' niet binnen de organisatie plaatsvindt, zoals dat in het model van Orlikowski het geval is, maar veelal landelijk wordt bepaald. De speelruimte die er nog is in het proces van betekenis geven aan het DBC-concept, wordt meestal niet benut.

Ondanks de beperkingen in het autonoom handelen van de specialist, laat deze zich niet de wet voorschrijven. In het onderzoek komt naar voren dat het medisch handelen van de specialist door de introductie van de DBC-systematiek niet veranderd is. Het idee dat met de invoering van de DBC-systematiek het gedrag van de specialist kan worden aangestuurd lijkt dan ook niet in de praktijk bevestigd te kunnen worden. De DBC-systematiek zou dan nog steeds een goed declaratiesysteem kunnen zijn, maar een voorwaarde hiervoor is dat het B-segment uitgebreid wordt. Zolang de overheid niet van plan is hieraan gevolg te geven, blijft de DBC-systematiek te veel doelen hebben om zichzelf waar te kunnen maken.

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	VII
--------------------	-----

VOORWOORD.....	XI
----------------	----

1 INLEIDING.....	1
-------------------------	----------

1.1	Aanleiding.....	1
1.2	Ontwikkeling van de DBC-systematiek.....	2
1.3	Werking van de DBC-systematiek.....	5
1.4	Techniekfilosofische achtergrond.....	8
1.5	Probleemstelling en relevantie.....	11

2 THEORETISCH KADER.....	15
---------------------------------	-----------

2.1	De DBC als sociotechnisch construct.....	15
2.2	Orlikowski's 'Structurational Model of Technology'	16
2.3	Latour's actor-netwerk en programma's / anti-programma's.....	19
2.4	Uitwerking vraagstelling.....	21
2.5	Onderzoeksmethode.....	22

3 NIEUWE SOCIOTECHNISCHE STRUCTUREN.....	25
---	-----------

3.1	Het landelijke krachtenveld	25
3.2	Posities en visies van de betrokken actoren.....	28
3.3	Het programma voor de specialist	34
3.4	De DBC en zorgvernieuwing.....	38

4 LOKALE PRAKTIJKEN.....	41
---------------------------------	-----------

4.1	De specialist registreert.....	41
4.2	Anti-programma's.....	46
4.3	De DBC-gedachte in de ziekenhuisorganisatie.....	48

5	EVALUATIE EN CONCLUSIE	51
5.1	Reflectie op de DBC-systematiek	51
5.2	Terug naar de uitgangspunten	55
5.3	Wat heeft de DBC ons geleerd?	57
5.4	Conclusie.....	58
LITERATUURLIJST	61	
Primaire literatuur	61	
Secundaire literatuur	61	
Interviews.....	62	
Tijdschriften	63	
Websites	63	
GEBRUIKTE AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN	65	
BIJLAGEN	71	
Bijlage 1: Typeringslijsten	71	
DBC-Typeringslijst Orthopedie.....	71	
DBC-Typeringslijst Inwendige Geneeskunde	75	
Bijlage 2: Geïnterviewde personen en interviewvragen	83	

VOORWOORD

Vanuit mijn voormalig werk als hoofd van de boekhouding in het ziekenhuis de Tjongerschans in Heerenveen ben ik in aanraking gekomen met de administratieve afhandeling van de nieuwe ziekenhuisfinanciering, op basis van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC). In die hoedanigheid stuiten we vaak op de nodige problemen die ontstonden doordat er 'fouten' werden gemaakt bij het registreren van de DBC's. De coderingen van de specialist kwamen dan bijvoorbeeld niet overeen met de overige afdelingsregistraties, en dienden telkens handmatig aangepast te worden.

Mijn interesse voor dit onderwerp was hiermee snel gewekt, en naast mijn kennis van de administratieve afhandeling van deze nieuwe systematiek raakte ik nieuwsgierig naar de beleving van de specialisten die verantwoordelijk zijn voor de registratie van de DBC. In het kader van mijn studie Wijsbegeerte van Wetenschap, Technologie en Samenleving, die zich richt op problemen die liggen op het snijvlak tussen wetenschap, technologie en maatschappij, heb ik de kans gekregen mij meer in dit boeiende onderwerp te verdiepen.

Dit onderzoek had niet voltooid kunnen worden zonder de hulp van velen. Ten eerste wil ik mijn dank uitbrengen aan alle specialisten en DBC-deskundigen die ik heb mogen interviewen, en zonder wie mijn onderzoek niet mogelijk was geweest. Daarnaast wil ik mijn begeleiders Ellen van Oost, Barend van der Meulen en Wouter van Rossum bedanken voor hun inzet, goede suggesties en geduld bij de totstandkoming van deze scriptie. Ook een dankwoord aan mijn (voormalig) werkgevers, Ziekenhuis de Tjongerschans en Getronics PinkRoccade Healthcare, en de afdeling Wijsbegeerte van Maatschappijwetenschappen, mag niet ontbreken, omdat zij mij de mogelijkheid hebben gegeven om naast een fulltime baan deze studie te volgen en af te ronden. Een laatste woord van dank wil ik richten aan mijn lieve vrouw, Marije, zonder wier bemoediging en opmerkingen ik waarschijnlijk al lang met mijn studie gestopt was.

Ik hoop dat dit onderwerp u ook zal boeien, en wens u voor nu veel leesplezier.

Coen van Houten Hettinga
Goor, 14 november 2006

INLEIDING

1.1 Aanleiding

De laatste jaren is de zorgwereld enorm in beweging. Zo is iedereen wel bekend met de groeiende wachtlijsten in de gezondheidszorg. Ook het feit dat de kosten in de gezondheidszorg enorm uit de hand dreigen te lopen, zal iedereen bekend voorkomen. De problemen van wachtlijsten en kostenstijgingen spelen in alle facetten van de gezondheidszorg, maar in de ziekenhuiszorg lijkt de situatie het meest nijpend. Met de verdergaande vergrijzing van de samenleving zullen deze problemen alleen maar verder toenemen en zal hier een oplossing voor gevonden moeten worden. Vandaar dat de overheid per 1 januari 2005 een nieuwe declaratiesystematiek in de ziekenhuiszorg heeft geïntroduceerd. De basis van dit nieuwe declaratiesysteem is de DBC, de Diagnose Behandel Combinatie. Dit is een speciale codering voor een behandeltraject die door de behandelend specialist, de (medisch) specialist, moet worden getypeerd en welke vervolgens dient als basis voor de ziekenhuisdeclaratie aan de verzekeraars en patiënten. Deze scriptie is de schriftelijke neerslag van een techniekfilosofisch onderzoek naar deze nieuwe DBC-systematiek en de gevolgen die deze nieuwe systematiek heeft op het handelen van de specialist.

Met de invoering van de DBC-systematiek beoogt de overheid meer transparantie in de ziekenhuisbehandelingen te brengen. Dit zou volgens haar drie voordelen op moeten leveren.¹ Ten eerste zou bij de ziekenhuizen meer inzicht in de kosten van een behandeling moeten ontstaan, aan de hand waarvan de ziekenhuizen vervolgens hun bedrijfsvoering kunnen aanpassen, waardoor ze goedkopere en doelmatige zorg kunnen leveren. Ten tweede hoeven de zorgverzekeraars in het nieuwe financieringssysteem voor een aantal behandelingen, waaronder staar- of heupoperaties, niet meer verplicht met elk ziekenhuis contracten te sluiten. Hierdoor kunnen verzekeraars met de ziekenhuizen nog betere prijs- en kwaliteitsafspraken maken. Het derde voordeel is dat de ziekenhuiszorg betaalbaar blijft en dat wachtlijsten voor bepaalde behandelingen korter worden of verdwijnen. De eerste twee voordelen zullen worden gerealiseerd door de invoering van specifieke wet- en regelgeving voor de DBC-systematiek. Het laatst genoemde voordeel, de betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg, is echter niet zo eenvoudig te realiseren. De praktijk zal moeten uitwijzen of de invoering van de DBC-systematiek werkelijk leidt tot een betere betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg.

De invoering van de DBC-systematiek betekent een grote inspanning van alle betrokken actoren zoals de ziekenhuizen, specialisten, verzekeraars en andere betrokkenen. Zo heeft de DBC-systematiek naast een verandering van werkwijze ook een compleet nieuwe informatiebehoefte tot gevolg. Hierdoor ontstaan voor alle betrokken actoren nieuwe taken en verantwoordelijkheden en moeten de onderlinge

¹ http://www.minvws.nl/dossiers/diagnose_behandeling_combinaties_dbcs/default.asp

verhoudingen tussen bijvoorbeeld ziekenhuizen en specialisten opnieuw bepaald worden. Voor de specialist is de verandering misschien wel het grootst. Voorheen werd de administratie met betrekking tot de ziekenhuisdeclaratie door de afdelingssecretariaten alleen uitgevoerd. Nu worden naast de afdelingssecretariaten ook de specialisten gedwongen tot het voeren van een financiële administratie zonder medische grondslag.

Zoals hierboven al even is genoemd, staat in dit onderzoek deze veranderde rol van de specialist in de DBC-systematiek centraal. Voordat hier in paragraaf 1.5 verder op ingegaan wordt, zal ik eerst kort op de ontwikkeling (1.2) en de werking van de DBC-systematiek (1.3) ingaan. Ook zal in 1.4 de techniekfilosofische wetenschappelijke discussie waarin de DBC-systematiek kan worden ingebed, worden geschetst.

1.2 Ontwikkeling van de DBC-systematiek

Voor de invoering van de DBC-systematiek, was er sprake van een financieringssysteem gebaseerd op budgetbekostiging, ook wel FB-systeem ofwel functioneel budgetteringssysteem genoemd. Dit hield in dat ziekenhuizen (grotendeels) op basis van in het voorgaande jaar geregistreerde productie van een beperkt aantal indicatoren, door de zorgverzekeraars het budget kregen toegekend voor het huidige jaar. Deze indicatoren worden ook wel FB-parameters genoemd en betreffen het aantal eerste polibezoeken (EPB's), het aantal dagopnames, het aantal opnames en het aantal verpleegdagen.² Om het budget daadwerkelijk binnen te krijgen, moesten de ziekenhuizen allerlei verrichtingen, dat wil zeggen allerlei op de ziekenhuisafdelingen geregistreerde behandelingen³, volgens landelijke tarieven factureren.⁴ Wanneer er verschil ontstond tussen de gefactureerde productie en het afgesproken budget, werd de prijs van een verpleegdag naar boven of naar beneden bijgesteld, zodat aan het einde van het jaar het complete budget was gefactureerd. Een gevolg van deze systematiek was dat, wanneer in een jaar meer behandelingen werden gedaan dan in het budget was afgesproken tussen het ziekenhuis en de verzekeraars, de productieverhogingen door de ziekenhuizen uit eigen zak betaald moesten worden. Deze werkwijze werkte in de hand dat ziekenhuizen niet meer wilden produceren dan afgesproken, omdat het behandelen van meer patiënten immers tot grote (financiële) problemen bij ziekenhuizen kon leiden.⁵ Bovendien was er in de budgetbekostigingssystematiek geen prikkel voor de ziekenhuizen om efficiënter te werken. Dit heeft aan het ontstaan van de vaak lange wachtlijsten, zoals die bij een ieder bekend zijn, bijgedragen.

Omdat men het er wel over eens was dat er iets moest veranderen aan de declaratiesystematiek van ziekenhuizen, is in 1994 een onderzoek ingesteld door de Commissie Biesheuvel, met als doel advies uit te brengen over de modernisering van

² Een eerste polibezoek (EPB) mag eenmaal per jaar, per medisch specialisme waar de patiënt een consult heeft, aan een patiënt worden toegekend, minimaal een jaar nadat de vorige EPB is toegekend (indien aanwezig). Een dagopname is een één dag durende behandeling. Een opname is een meer dan één dag durende behandeling. Verpleegdagen zijn het totaal aantal dagen dat patiënten opgenomen zijn geweest.

³ Dit zijn bijvoorbeeld verrichtingen als röntgenfoto's van de afdeling radiologie, bloedonderzoek van het laboratorium, chirurgische ingrepen op de operatiekamer, de polikliniek en de kliniek.

⁴ De tarieven werden vastgesteld door het CTG, het College Tarieven Gezondheidszorg. Vanaf 2005 heet deze organisatie CTG-zaio, CTG-Zorg Autoriteit in Oprichting.

⁵ Zo dreigde het Slotervaart Ziekenhuis in 2004 aan zorgverzekeraar Agis 24 miljoen euro terug te moeten betalen wegens jarenlange overschrijding van de productieafspraken (Zorgvisie, 19 oktober 2004).

de curatieve zorg.⁶ Deze commissie stelde dat meer marktwerking in de gezondheidszorg wenselijk was om de oplopende kosten in het budgetsysteem af te remmen, waarmee ook meteen het probleem van de wachtlijsten zou worden opgelost. Het advies dat werd uitgebracht was dat er een systeem van prestatiebekostiging moest komen als basis voor de onderhandelingen over de zorginkoop door verzekeraars. Men moest nu op zoek gaan naar een systeem om dit uit te werken. Bij een eerste oriëntatie stuitte men op een in veel landen gebruikt systeem, dat van de DRG-systematiek.⁷ Dit systeem bleek echter niet te voldoen aan de eisen van de Nederlandse overheid, omdat belangrijke elementen zoals marktwerking, poliklinische behandelingen en het honorarium van de specialist, in dit systeem niet opgenomen waren.⁸ Er werd dus besloten om zelf een systematiek te ontwikkelen, waarbij het definiëren van zorgproducten een eerste stap zou zijn. De eerste aanzet voor producttypering vond in 1997 plaats door de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (NvH). Daar de methodiek aldaar werkbaar bleek, werd deze op initiatief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), kortweg Orde, en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) verder ontwikkeld voor alle specialismen en was de basis voor de DBC-systematiek gelegd.⁹ In eerste instantie was er alleen sprake van de registratie van DBC's door de specialisten. Vanaf 2004 werd ook gesproken over het koppelen van de zorgactiviteiten aan de geregistreerde DBC's, zodat de door de specialist getypeerde DBC's gevalideerd zouden kunnen worden.¹⁰ De reden waarom uiteindelijk besloten is tot de verplichte koppeling is dat er veel onduidelijkheid was over de relatie tussen de verrichtingen in het oude systeem en de DBC's in het nieuwe systeem.

Met deze verplichte koppeling van DBC's aan zorgactiviteiten en de controle daarop is de DBC-registratie in de kern sterk aangepast, waardoor de complexiteit van de DBC-systematiek ook sterk is toegenomen. Het aantal behandelmodaliteiten moest worden uitgebreid en de van oudsher gebruikte verrichtingenadministratie in ziekenhuizen moest hiernaast gehandhaafd blijven.¹¹ Bovendien is het zo dat, wanneer er gecontroleerd wordt, er ook wordt afgekeurd. En wat afgekeurd wordt, moet uitgezocht worden. Naast een grotere complexiteit levert deze koppeling dus ook meer werk op. Werk dat in principe bij de specialist komt te liggen omdat de specialist de 'eigenaar' is van de DBC. Zo worden specialisten dus niet alleen met de registratie van DBC's belast, maar ook met het oplossen van uitval. Hiermee is niet gezegd hoeveel (tijd) het registreren van DBC's en het oplossen van uitval van de specialist gaat vergen – daar wordt later in dit onderzoek op ingegaan – maar in ieder geval is hiermee de DBC-systematiek niet meer die systematiek waar de NVZ, de Orde en ZN in eerste instantie overeenstemming over bereikten.

⁶ Curatieve zorg betekent letterlijk geneeskundige zorg, in tegenstelling tot preventieve zorg. De curatieve zorg richt zich op het behandelen en genezen van acute en chronische ziekten.

⁷ Het systeem van *Diagnostic Related Groups (DRG)* bestaat in Amerika al vanaf 1983 en werd de basis voor de ziekenhuisvergoedingen van de geleverde zorg. DRG's worden gevormd op basis van de internationale ICD (*International Codes of Diseases*) codering, welke ook in veel Nederlandse ziekenhuizen gebruikt worden voor de registratie op de medische administratie. De DRG-systematiek wordt wereldwijd door tientallen landen gebruikt. (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (juni 2006). *Stand van zaken invoering DBC's; Kamerstuk 12-06-2006*, p. 9-10).

⁸ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004). *Periodiek voortgangsrapportage DBC's; Kamerstuk 26-03-2004*.

⁹ NVZ vereniging van ziekenhuizen (juni 2006). *De DBC-systematiek nader bezien. 'Verbeteren door vereenvoudigen'*, p. 7

¹⁰ Tijdens de validatie wordt vergeleken of de geregistreerde DBC wel overeenkomt met de geregistreerde zogenaamde essentiële verrichtingen. Dit zijn bij bepaalde behandelingen karakteristieke verrichtingen als polibezoeken, dagopnamen, opnamen, bepaalde medische ingrepen en een aantal dure geneesmiddelen. Wanneer geen inconsistenties worden gevonden kan de DBC worden gefactureerd, anders moet de DBC (of de verrichtingenadministratie) worden aangepast.

¹¹ Orde van Medisch specialisten (mei 2006). *Eindrappportage Orde-DBC-Ondersteuningsteams*. Utrecht: Volta_ontwerpers, p. 44.

Omdat de ziekenhuizen tot de daadwerkelijke inwerkingtreding van de DBC-systematiek 'gewoon' verrichtingen moesten blijven factureren, zijn ziekenhuizen en specialisten in het voortraject nooit met de koppeling van verrichtingen aan DBC's en de controles daarop geconfronteerd. Om de DBC-systematiek te kunnen ontwikkelen, heeft de overheid subsidies voor ziekenhuizen in het vooruitzicht gesteld, en is zij op zoek gegaan naar ziekenhuizen die wilden proefdraaien met het nieuwe systeem. Dit werden de zogenaamde koploperziekenhuizen. Zij hebben vanaf 2000 geëxperimenteerd met de DBC-registratie, waarbij de DBC-registratie werd gevoerd naast de gewone verrichtingenregistratie uit de oude financieringssysteem. De overheid heeft de organisatie DBC2003 in het leven geroepen om de ziekenhuizen hierbij te ondersteunen. In samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen van de specialismen zijn codelijsten ontwikkeld om de DBC's te typeren. Gedurende de proefperiode vonden op basis van de ervaringen van de koploperziekenhuizen geregeld wijzigingen plaats in de typeringslijsten. De koploperziekenhuizen stuurden hiertoe overzichten met de geregistreerde DBC's naar DBC2003. Door analyse van alle door de koploperziekenhuizen opgestuurde DBC's werd vervolgens inzicht verkregen in de aantallen en soorten geregistreerde DBC's.

Gedurende de periode 2001-2003 is door de projectorganisatie DBC2003 in samenwerking met de veldpartijen (NVZ, Orde en ZN) verder gewerkt aan de ontwikkeling van de DBC-systematiek. Om ervoor te zorgen dat andere ziekenhuizen ook DBC's zouden gaan registreren, werden aanvullende subsidies in het vooruitzicht gesteld. Zo zouden verreweg de meeste ziekenhuizen al een redelijk volledige DBC-registratie hebben voordat de systematiek daadwerkelijk geïmplementeerd zou worden.

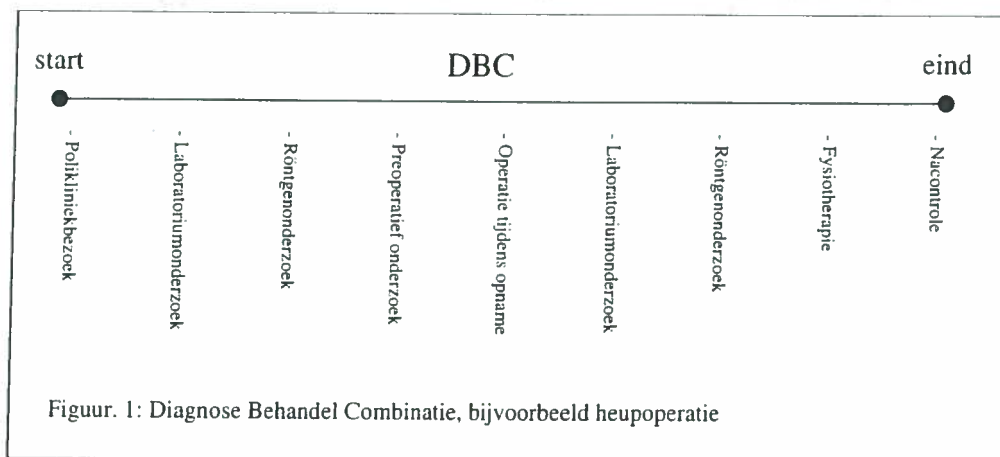
De oorspronkelijk beoogde invoeringsdatum voor de DBC-systematiek van 1 januari 2003 bleek te ambitieus. Vandaar dat de projectorganisatie DBC2003 werd ontbonden en er een begeleidingscommissie, DBCZorg, werd aangesteld, die werd aangestuurd vanuit VWS. DBCZorg kreeg van het ministerie de opdracht om in een jaar tijd de DBC-implementatie voor te bereiden. Vanaf deze periode moesten ziekenhuizen, naast het aanleveren van DBC's aan DBCZorg, ook de in het ziekenhuis geregistreerde bijbehorende verrichtingen aanleveren. Hierdoor kreeg DBCZorg inzicht in de gemiddeld uitgevoerde verrichtingen bij een bepaalde DBC. Deze informatie zou later onder andere gebruikt worden voor de validatie (controle) van de te factureren DBC's.

De implementatiedatum werd nog verscheidene malen verschoven, tot op 1 januari 2005 de DBC-systematiek dan ook daadwerkelijk is ingevoerd. Echter voor het onderdeel marktwerking bleek de datum nog steeds te ambitieus. Voor dit onderdeel is de implementatiedatum verschoven naar 1 februari 2005. Met de daadwerkelijke implementatie van de DBC-systematiek per 1 januari 2005 werd de begeleidingscommissie DBCZorg opgeheven, en werd het beheer en verdere ontwikkeling van de DBC-systematiek belegd bij de stichting DBC-Onderhoud. Deze stichting draagt er zorg voor dat afspraken over DBC's in de systematiek worden verwerkt en dat bestaande structuren worden onderhouden. Zij ontvangt hiervoor een subsidie van het ministerie van VWS. De stichting is onafhankelijk, en de leden zijn afkomstig uit de diverse veldpartijen. Deze zijn: de NPCF (Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie), de NVZ, de NFU (Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra), de Orde en ZN. Een andere partij, die zichzelf als actor heeft benoemd, en die invloed heeft op de DBC-ontwikkeling, is het CBP (College Bescherming Persoonsgegevens).

Wanneer op de ontwikkeling van de DBC-systematiek wordt teruggekeken zijn er toch een aantal op zijn minst opmerkelijke ontwikkelingen te benoemen. Een eerste punt dat opvalt is, dat de oorspronkelijk beoogde DBC-systematiek een stuk eenvoudiger was dan de DBC-systematiek zoals die nu bestaat. Veranderingen hierin lijken deels toe te schrijven aan de veranderende rol van DBC2003 naar DBCZorg. Ook heeft de toename van het aantal betrokken actoren bijgedragen tot wijzigingen in de DBC-systematiek. Zo waren in het begin alleen de Orde, de NVZ en ZN betrokken, in samenspraak met DBC2003. Vooral doordat maatschappelijke organisaties als de NPCF en het CBP betrokken zijn geraakt bij de ontwikkeling van de DBC-systematiek en aanvullende eisen gingen stellen aan het systeem, is de complexiteit van de systematiek nog weer vergroot. Bovenstaande conclusies worden ook getrokken in een in 2006 door de Orde uitgevoerd onderzoek naar de DBC-systematiek¹² en in een soortgelijk door de NVZ verricht onderzoek.¹³

1.3 Werking van de DBC-systematiek

Het grootste verschil tussen de DBC-registratie en de oude systematiek, is dat met de DBC het hele behandeltraject vanaf dat de patiënt met een klacht in het ziekenhuis komt, totdat de betreffende aandoening genezen is, wordt omvat. In de oude systematiek werden alle verrichtingen nog als losse eenheden verwerkt. Nu wordt bij het eerste contact van een patiënt met de specialist de DBC door de specialist geopend en getypeerd, en de DBC wordt pas definitief gesloten wanneer de hele behandeling is afgerond.¹⁴ In plaats van dat er voor elke verrichting een aparte rekening wordt gestuurd, komt de totale nota voor de gehele behandeling nu in één keer bij de verzekeraar of bij de patiënt op de mat. Hierdoor zal veel inzichtelijker worden wat een bepaalde behandeling eigenlijk kost. In de onderstaande figuur staat een voorbeeld van een DBC met alle behandel-elementen, zoals deze zou kunnen bestaan bij een heupoperatie:



Afhankelijk van het specialisme bestaat een DBC uit een combinatie van drie of vier componenten, ook wel assen genoemd. Dit zijn: het zorgtype, de diagnose, de behandeling en eventueel de zorgvraag. Bij het zorgtype gaat het om de soort zorg die

¹² Orde van Medisch specialisten (mei 2006).

¹³ NVZ vereniging van ziekenhuizen (juni 2006).

¹⁴ Een uitzondering hierop zijn langdurige controletrajecten en de behandeling van bepaalde soorten chronische patiënten. Hierbij wordt de behandeling steeds na maximaal een jaar gesloten en weer verlengd. Dit om jaarlijkse facturering mogelijk te maken.

geleverd wordt. Zo zijn spoedeisende zorg, initiële zorg en vervolg zorg veel voorkomende zorgtypen. De zorgvraag wordt maar door een aantal specialismen gehanteerd, vooral bij diegene waarbij het erg lang kan duren voordat een diagnose bekend is. De zorgvraag is dan de klacht waarmee de patiënt bij de specialist komt. De diagnose is de door de specialist gestelde diagnose, en de behandeling geeft aan wat voor soort behandeling de patiënt heeft ondergaan. Hiermee wordt onderscheid gemaakt in poliklinische zorg en behandelingen in dagbehandeling of tijdens opname, alsmede in bepaalde ingrepen die de patiënt heeft ondergaan. De specialisten zijn verantwoordelijk voor de registratie van de DBC's, hetgeen rechtstreeks in de computer kan gebeuren, of op een papieren typeringslijst wordt aangegeven, welke vervolgens door de assistente wordt ingevoerd. Een voorbeeld van een typeringslijst van orthopaedie en van interne geneeskunde is te vinden in bijlage 1. De van oudsher bestaande verrichtingenadministratie die op de ziekenhuisafdelingen plaatsvindt, blijft, zoals gezegd, naast de DBC-registratie bestaan. De bij een behandeling behorende verrichtingen worden gekoppeld aan de DBC, zodat een overzicht ontstaat van voor die DBC uitgevoerde verrichtingen. Dit proces wordt *matching* genoemd. Alle aan een DBC gekoppelde verrichtingen worden samen een profiel genoemd. Dit profiel van een DBC wordt gebruikt om de door de specialist getypeerde DBC te valideren. Dit valideren houdt in dat er bijvoorbeeld gecontroleerd wordt of er bij een klinische DBC ook inderdaad een verpleegperiode aanwezig is, en of bij een heup-DBC inderdaad een implantaat geregistreerd is. Wanneer bij een door de specialist geregistreerde DBC niet de voor de validatie benodigde verrichtingen zijn geregistreerd, moet de DBC door de specialist worden aangepast.

De specialist wordt met deze controle verondersteld heel goed te weten wanneer welke DBC geregistreerd mag worden, zodat de DBC tijdens de controle niet uitvalt. Wanneer de DBC echter uitvalt, hoeft dat niet per definitie te betekenen dat de specialist de verkeerde DBC heeft geregistreerd. Voor hetzelfde geld is er op een afdeling met de registratie iets niet goed gegaan, of is er vanwege een fout in de *matching* een koppeling niet gelegd. Om de specialist niet onnodig met uitval te belasten, zal het ziekenhuis zorg moeten dragen voor een goede administratie. Gezien het feit dat ziekenhuizen in de oude declaratiesystematiek voor hun budget maar afhankelijk waren van een beperkt aantal budgetparameters¹⁵, en een goede kwaliteit van de overige registraties dus niet een noodzaak was, is dit niet zomaar gerealiseerd.

Direct vanaf het ontstaan van de koploperziekenhuizen, hebben ziekenhuizen de productie van hun DBC's aan de overheid aangeleverd. Op deze manier is er op landelijk niveau inzicht ontstaan in de hoeveelheden DBC's die er geregistreerd worden en de verrichtingen die aan die DBC's gekoppeld zijn. Deze informatie wordt onder andere gebruikt om de DBC-systematiek te verfijnen en de kostprijzen en verkoopprijzen te bepalen. Ook is deze informatie van groot belang voor het vaststellen van de verrichtingen die voor de validatie van een bepaalde DBC verplicht gemaakt moeten worden. De regels voor de validatie worden door DBC-Onderhoud beheerd, en ongeveer eens per jaar worden de regels bijgewerkt en voor gebruik in de ziekenhuissoftware vrijgegeven. Vanaf 1 januari 2005 moeten de ziekenhuizen de geregistreerde DBC's en onderliggende verrichtingen maandelijks aanleveren aan de DIS (DBC Informatie Systeem), een landelijk datawarehouse met ziekenhuisgegevens.

¹⁵ EPB's, dagbehandelingen, opnames en verpleegdagen.

Een probleem van de constellatie van de DBC-systematiek is dat er geen ruimte lijkt voor zorgvernieuwing. De introductie van nieuwe type behandelingen is namelijk niet mogelijk doordat het opbouwen van de validatieregels geschiedt uit de door de ziekenhuizen in het verleden geregistreerde DBC's met onderliggende verrichtingen. Op het moment dat er met een nieuwe behandeling gaat worden gestart, zijn van deze behandeling nog geen gegevens aan de DIS aangeleverd. Er zijn dus ook geen validatieregels bekend, waarmee deze DBC gevalideerd en vervolgens gefactureerd kan worden. Mogelijk zou er zelfs een nieuwe DBC en/of nieuw tarief moeten komen voor die nieuwe behandeling. Dit probleem is door DBC-Onderhoud onderkend, waarna zij de Wetenschappelijke Advies Raad (WAR) hebben ingesteld.¹⁶ Specialisten kunnen aan de WAR een verzoek indienen om een bepaalde behandeling declarabel te maken. Zij moeten hiervoor een dossier aanleveren waarmee hun aanvraag gestaafd wordt. De WAR geeft vervolgens advies aan DBC-Onderhoud, waarna, ofwel het verzoek afgekeurd wordt, ofwel de DBC declarabel zal worden gemaakt.

Deze werkwijze van DBC-Onderhoud kan in de dagelijkse praktijk rare gevolgen hebben. Zo zou een specialist, wanneer die een nieuwe behandelmethode zou willen gaan toepassen, eerst een aanvraag bij de WAR moeten indienen. Stel dat de WAR na uitgebreid onderzoek de aanvraag honoreert, dan moet DBC-Onderhoud de nieuwe behandelmethode opnemen in de DBC-systematiek. Wijzigingen in de systematiek worden echter maar één- of tweemaal per jaar doorgevoerd, waardoor de tijd tussen het indienen van een aanvraag en de daadwerkelijke uitleveringen van de nieuwe behandelmethode in de DBC-systematiek wel anderhalf jaar kan bedragen. Dit zou kunnen betekenen dat de specialist dan ook anderhalf jaar moet wachten met die nieuwe behandeling, of dat tot het moment van uitleveren vooralsnog een andere, verkeerde, DBC wordt geregistreerd. Hiermee wordt dan feitelijk een onjuiste administratie gevoerd. Nog vreemder zou het zijn wanneer de aanvraag aan de WAR zou worden afgekeurd. Een medisch nieuwe behandeling, die mogelijk elders in de wereld al uitgevoerd wordt, zou dan niet worden opgenomen in de DBC-systematiek. Dit betekent dat deze behandeling als zodanig niet vergoed kan worden. Moet dit dan ook inhouden dat de specialist dan maar afziet van het introduceren van deze nieuwe behandeling, en er zo een voor de specialist en de patiënt zeer nadelige situatie ontstaat?

Eén van de noodzakelijke pijlers van de invoering van de DBC-systematiek was de introductie van marktwerking in de ziekenhuiszorg. Hiervoor was het nodig dat de wederzijdse contracteerplicht¹⁷ tussen ziekenhuizen en verzekeraars werd opgeheven. Om dit mogelijk te maken, is de hele structuur van de gezondheidszorg verankerd in nieuwe wet- en regelgeving. Hiervoor zijn al tal van instanties, waaronder DBC-Onderhoud en ctg-zaio¹⁸, opgericht of getransformeerd. Met het vervallen van de wederzijdse contracteerplicht zijn verzekeraars niet langer verplicht om hun verzekerden de mogelijkheid te geven zich bij elk willekeurig ziekenhuis naar keuze te laten behandelen en zijn ziekenhuizen niet meer verplicht patiënten te behandelen van elke willekeurige zorgverzekeraar. Hiermee komt dus direct ook de vrije

¹⁶ DBC-Onderhoud (2005). *Diagnose Behandel Combinatie, DBC ... op weg naar transparantie in de zorg ...*, p. 7.

¹⁷ De wederzijdse contracteerplicht verplicht verzekeraars om elke ziekenhuisnota's in behandeling te nemen, ongeacht van welk ziekenhuis in Nederland die nota komt. Tevens worden ziekenhuizen verplicht om alle patiënten, ongeacht waar zij zich verzekerd hebben, te behandelen.

¹⁸ Het ctg-zaio is het uitvoeringsorgaan van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG). Het heeft tot taak de tarieven voor de B-segment DBC's die in onderhandeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot stand zijn gekomen, goed te keuren. Ook stelt zij de landelijke prijzen voor de A-segment DBC's vast.

artsenkeuze voor patiënten te vervallen. In plaats daarvan moeten ziekenhuizen met verzekeraars prijs-, kwantiteits- en kwaliteitsafspraken maken voor de behandeling van bij die verzekeraar verzekerde patiënten.

Deze marktwerking is een belangrijk onderdeel van de DBC-systematiek. In eerste instantie geldt de marktwerking budgettair gezien voor tien procent van de totale door ziekenhuizen geleverde zorg. Deze tien procent zijn de zogenaamde B-segment DBC's: DBC's waarvan de prijs en kwaliteit tussen het ziekenhuis en verschillende zorgverzekeraars onderhandeld moet worden. Om dit mogelijk te maken moeten ziekenhuizen eerst kostprijzen per B-segment DBC gaan berekenen. De overige negentig procent van de DBC's behoren tot de A-segment DBC's. Hiervan wordt de prijs door het ctg-zaio landelijk vastgesteld. Het budget wordt vervolgens bepaald via de oude budgetparameters.¹⁹ Dit wordt gedaan door na afloop van het jaar de aan deze DBC's gekoppelde parameters te bepalen, waarna er een definitieve afrekening plaatsvindt.²⁰ Van de in 2005 totaal 12.000 verschillende DBC's vallen er 1.387 in het B-segment.²¹ Hoewel er zich in 2006 geen wijzigingen hebben voorgedaan in de B-segment DBC's, wil de overheid het percentage B-segment DBC's de komende jaren verder omhoog trekken. Ook zal de DBC-systematiek in andere zorginstellingen, zoals de geestelijke gezondheidszorg en mogelijk in de huisartsenpraktijken worden ingevoerd.

Omdat alleen in het B-segment marktwerking is geïntroduceerd, kan alleen voor B-segment DBC's vrij onderhandeld worden met verzekeraars zonder het budgetplafond van het A-segment: hier kunnen ziekenhuizen extra inkomsten genereren. Wanneer erbij stilgestaan wordt, dat op dit moment maar tien procent van de DBC's in het B-segment vallen, lijken de voordelen voor de ziekenhuizen eerst dan ook nog beperkt. De inspanningen die de specialisten hierbij moeten leveren, gelden echter al wel voor 100% van de DBC's (het A-segment en het B-segment). Wanneer dan ook mee wordt genomen dat specialisten met correcties uit de *matching* en validatie geconfronteerd worden, voor zowel DBC's uit het A- als het B-segment, is duidelijk dat er wel wat van de specialist gevraagd wordt, en dat de wil van de specialisten om mee te werken aan het registreren van DBC's geen vanzelfsprekendheid is.

1.4 Techniekfilosofische achtergrond

De grote hoeveelheid DBC's en de computersystemen die nodig zijn om de *matching* en validatie uit te voeren, maken de DBC-systematiek tot een technische aangelegenheid. Filosofen denken al van oudsher na over de gevolgen van technologie voor de mensen die ermee moeten werken. Zo maken de punten die in de voorgaande paragrafen al genoemd zijn in relatie tot de structurerende werking van de nieuwe declaratiesystematiek, zoals de beperking van de handelingsvrijheden van de specialist door regelgeving als het ware in de technologie in te schrijven, onderdeel uit van een bredere wetenschappelijke discussie. Een discussie die gedomineerd wordt

¹⁹ Zoals reeds eerder genoemd, gaat het hier om het aantal eerste polibezoeken, het aantal opnames, het aantal dagopnamen en het aantal verpleegdagen

²⁰ Een consequentie van het feit dat de A-segment DBC's in de oude budgetsysteem blijven vallen, is dat er een verschil kan ontstaan tussen het afgesproken budget, de hoeveelheid geld waar het ziekenhuis recht op heeft, en de financiering, de hoeveelheid geld die het ziekenhuis daadwerkelijk heeft gefactureerd. Om dit te compenseren wordt op de A-segment DBC's een op- of afslag toegepast, zodat tussentijds het verschil tussen budget en facturatie geminimaliseerd wordt. Dit is vergelijkbaar met de handelswijze in de oude budgetsysteem, waarbij deze correctie plaatsvond middels een correctie op de verpleegdagprijs. Hierdoor is niet alleen de prijs van B-segment DBC's, maar ook de prijs van A-segment DBC's per ziekenhuis verschillend.

²¹ Zie: <http://www.ctg-zaio.nl>

door een denken in termen van de toenemende technocratisering van de maatschappij en de betekenis daarvan voor diegenen die daarmee geconfronteerd worden. Vaak wordt in deze discussie aan technologie een bepaalde kracht toegedicht, als zou het een stuwende autonome kracht zijn. Deze gedachte lijkt versterkt te worden door ontwikkelingen die we om ons heen zien. Zo zien we inderdaad dat korte tijd na de uitvinding van de mobiele telefoon iedereen er een heeft. Niemand leek deze ontwikkeling te hebben kunnen voorzien: de revolutie van de mobiele telefoon ging als vanzelf. Wel moeten we ons goed realiseren dat een mobiele telefoon op zichzelf bekeken niks is. Juist zijn relatie met menselijke actoren die een netwerk van menselijke relaties hebben maken dat de telefoon haar waarde krijgt. De telefoon medieert in het onderhouden van de sociale contacten. Zo is de opkomst van de mobiele telefoon minder autonoom dan die op het eerste gezicht lijkt. Deze wonderbaarlijke samenwerking en verhoudingen tussen dingen en mensen zijn belangrijke en veel terugkerende thema's bij schrijvers als Feenberg, Latour en Verbeek.²²

De betekenis van de inlijving van technologie in onze relaties met anderen gaat dieper dan het eenvoudig gebruiken van een technologisch hulpmiddel. Het gebruik van dit technologisch hulpmiddel, legt ons namelijk ook dingen op. Zo verwacht men van ons, nu we eenmaal allemaal een mobiele telefoon hebben, dat we ook overal bereikbaar zijn. Waar het voorheen nog heel normaal was dat je, wanneer je niet thuis of op kantoor was, niet bereikbaar was, zijn we nu toch wel verbaasd, bijna verontwaardigd, als we iemand niet terstond te pakken kunnen krijgen. Zo'n zelfde moreel appel is ook terug te vinden bij e-mail, waarbij op dezelfde dag dat een mail verstuurd is toch wel een antwoord terug wordt verwacht, terwijl vroeger zonder probleem drie dagen tot een week op de post gewacht werd. Bij veel technologieën wordt nog een stap verder gegaan en word je als gebruiker van technologie daadwerkelijk tot bepaalde handelingen gedwongen. Dit is bijvoorbeeld het geval bij verkeersdrempels, die je dwingen je snelheid te verlagen. Hierbij wordt het moreel appel op het fatsoen niet te hard te rijden vervangen door een ding van beton. In dit soort gevallen wordt voorrang gegeven aan het gewenste effect boven de moraal, waardoor de mens feitelijk wordt gedegradeerd tot uitvoerende instantie van een verplichte handelingsactie. Over deze moralisering van apparaten wordt onder andere geschreven door Verbeek, Achterhuis, Latour en Swierstra.²³ Een vraag die wordt opgeworpen door deze moraliteit van de dingen, is in hoeverre de autonomie van de menselijke actor beperkt wordt door de technologie. Deze vraag is ook zeer relevant in de invoering van de DBC-registratie door de specialist. Brey²⁴ legt in dit verband de relatie tussen autonomie en de kwaliteit van het werk: door in structuren gedwongen te worden, neem je vanzelf meer afstand tot het werk en gaat het je minder zeggen.

Het opleggen van structuren is één effect van technocratisering. Een ander effect is dat door ontwerpers van software ook bepaalde rollen aan gebruikers worden opgelegd. Bij het ontwerp van software worden hierbij bepaalde eigenschappen aan

²² Zie bijvoorbeeld: Feenberg, A. (1999). *Questioning Technology*. Londen: Routledge. ISBN 0 415 19754 6. / Latour, B. (1993). *De Berlijnse sleutel en andere lessen van een liefhebber van wetenschap en techniek*. Amsterdam: Van Gennep. ISBN 90 5515 072 X. / Verbeek, P. (2000). *De daadkracht der dingen, over techniek, filosofie en vormgeving*. Amsterdam: Boom. ISBN 90 5352 630 7.

²³ Verbeek, P. (2003). *De moraliteit van de dingen*. In: I. Devisch en G. Verschraegen (red.). *De verleiding van de ethiek – over de plaats van ethische argumenten in de huidige cultuur*. Amsterdam: Boom. ISBN 90 5352 825 3. / Achterhuis, H.J. (1998). *De erfenis van de utopie*. Amsterdam: Ambo. ISBN 90 263 1544 4. / Latour, B. (1993). / Swierstra, T.E. (1999). *Moeten artefacten moreel gerehabiliteerd?* In: Kennis en Methode, volume 23, nummer 4 (1999).

²⁴ Brey, P. (1999). *Worker Autonomy and the Drama of Digital Networks in Organizations*. In: Journal of Business Ethics, volume 22, nummer 1 (oktober 1999).

gebruikers toegedicht. Deze toegedichte eigenschappen worden vervolgens onderdeel van de technologie, maar hoeven helemaal niet met de werkelijkheid overeen te komen, zoals Mackay laat zien.²⁵ Gebruikers worden zo in bepaalde structuren gedwongen, hetgeen een behoorlijk spanningsveld met zich mee kan brengen. Zulke structuren worden nog versterkt wanneer een technologie waar gebruikers mee worden geconfronteerd helemaal ingebed raakt in de omgeving waarin ze functioneren en er standaarden ontstaan. Dit zien we onder andere in het ontwerp van een toetsenbord van een computer of een telefoon. Binnen de gebruiksomgeving hebben zoveel mensen er mee leren werken, dat het eenvoudigweg te kostbaar is om de technologie aan te passen, ook al zou deze technologie niet de beste zijn. Hoe dit ontstaan van standaarden in zijn werk gaat wordt uitgebreid uitgewerkt door Utterback.²⁶

In de DBC-systematiek zien we ook een standaard ontstaan, zowel qua typering, die immers vanuit gestandaardiseerde codelijsten wordt opgebouwd, als voor wat de wijze van registratie met behulp van de *matching* en de validatie betreft. In hoeverre deze nu nog veranderlijk is, is nu nog niet te zeggen. Wel brengt het werken volgens vaste routines aparte effecten met zich mee. Wat moet je namelijk doen wanneer het ziektebeeld van een patiënt niet in een DBC te vatten is? Bowker en Leigh Star beschrijven wat het gebruik van classificaties inhoudt en wat het betekent om daar buiten te vallen.²⁷ Het ontstaan van classificaties vindt wel altijd plaats binnen een bepaalde context. Dat houdt in dat technologie altijd is ingebed in sociale structuren. Deze structuren spelen een belangrijke rol in de ontwikkeling van de technologie en ze kunnen dan ook niet los van elkaar gezien worden. Rammert en Orlikowski²⁸ laten dit zien en schetsen een interactie tussen de technologie, de gebruikers en de structuur die door de omgeving wordt opgelegd.

Bij de DBC-systematiek is duidelijk deze soort interactie waar te nemen tussen specialist, ziekenhuis en de technologie, de DBC-systematiek. Overigens moet wel opgemerkt worden dat de DBC-systematiek hierin een wat rare vorm heeft. Hoewel het door de betrokken actoren als technologie gezien wordt, heeft het een heel ander karakter dan bijvoorbeeld een auto of een computer. Toch is de DBC-systematiek iets dat zonder technologie niet mogelijk zou zijn geweest. Zoals de wegen met verkeerslichten en drempels ontworpen zijn voor de auto, zo zijn de computersystemen met ingeschreven codestelsels en *matching* en validatie ontworpen voor de DBC-systematiek. Hoewel een DBC niet fysiek grijpbaar is als een auto, is het verkeersstelsel als zodanig al meer vergelijkbaar met de DBC-systematiek. Overigens heeft de DBC-systematiek nog een rare eigenschap, namelijk de veranderlijkheid. Het is duidelijk een technologie in ontwikkeling, waaraan steeds nieuwe elementen toegevoegd worden. Deze soort technologieontwikkelingen komen de laatste tijd steeds meer voor, en wordt door Hughes²⁹ beschreven als postmoderne technologie.

²⁵ Mackay, H. et al. (2000). *Reconfiguring the user: Using rapid application development*. In: Social Studies of Science, jaargang 30, volume 5 (October 2000).

²⁶ Utterback, J.M. (1994). *Mastering the Dynamics of Innovation: How Companies Can Seize Opportunities in the Face of Technological Change*. Boston (MA): Harvard Business School Press. ISBN 0 87584 342 5.

²⁷ Bowker, G.C. et al (1999). *Sorting Things Out, Classification and its consequences*. Cambridge (MA): The MIT Press. ISBN 0 262 52295 0. / Leigh Star, S. (1991). *Power, technology and the phenomenology of conventions: on being allergic to unions*. In John Law (Ed.), *A sociology of Monsters: Essays on power, technology and domination*. London: Routledge. ISBN 0 415 07139 9.

²⁸ Rammert, W. (1997). *New Rules of Sociological Method: Rethinking Technology Studies*. In: The British Journal of Sociology, volume 48, nummer 2 (Juni 1997).

²⁹ Hughes, T.P. (1998). *Rescuing Prometheus: Four monumental projects that changed the modern world*. New York: Vintage Books. ISBN 0 679 73938 6.

Naast het dynamische karakter van de DBC-systematiek is een ander aspect van recente technologieontwikkelingen dat er geregeld hele grote bedragen mee gemoeid zijn. Met dit soort bedragen dient voorzichtig omgegaan te worden, en vaak ontstaan er hele structuren om risico's af te dekken. Heimer beschrijft in dit verband de situatie van het verzekeren van boorplatformen in Noorwegen.³⁰ Ze laat zien dat verzekeraars hele eigen structuren opleggen ter controle van de eigenaar van de boorplatformen, terwijl die structuur helemaal los staat van de bedrijfsprocessen. Optimalisatie van de door de verzekeraar opgelegde controlepunten levert dus niet per definitie een verbetering van het bedrijfsproces op. Bij de DBC vindt iets soortgelijks plaats. De *matching* en validatie, alsmede de medewerker interne controle die de declaraties moet controleren en de door het ziekenhuis af te geven bestuursverklaring zijn onderdelen van een controlesysteem dat geen enkele relatie heeft met de kwaliteit van de patiëntenzorg, de eigenlijke functie van het ziekenhuis.

1.5 Probleemstelling en relevantie

Nu er meer bekend is over de achtergrond en werking van de DBC-systematiek, kan de probleemstelling van dit onderzoek geformuleerd worden. Zoals in de vorige paragrafen duidelijk is geworden, is de wijze waarop geregistreerd dient te worden grotendeels voorgeschreven door landelijke richtlijnen. Als gevolg hiervan is naar voren gekomen dat in de uitwerking van de DBC-systematiek relaties zijn gelegd tussen de DBC's, zoals die worden geregistreerd door de specialist, en de verrichtingen, die worden ingevoerd door de verschillende ziekenhuisafdelingen. Ook de interne controlemechanismen van *matching* en validatie zijn besproken, waarbij de belangrijke rol van de specialist, als verantwoordelijke voor de uiteindelijke registratie van DBC's, belicht is. We hebben gezien dat de specialist zo niet alleen geconfronteerd wordt met de DBC-registratie, maar ook met de uitwerking van de voorschriften in lokale ziekenhuizen en ICT-systemen. Deze ICT-systemen bleken vanwege het grote aantal DBC's, de complexe regelgeving rond *matching* en validatie en de interne informatiebehoefte van ziekenhuizen een belangrijk element in de DBC-systematiek. Het is van het grootste belang, dat met de nieuwe systematiek een goed samenwerkend en coherent geheel ontstaat, waarbij de specialist bij de registratie optimaal ondersteund wordt, zodat kostbare tijd zoveel mogelijk ten goede aan patiëntenzorg kan komen. Vanwege de unieke positie van de Nederlandse DBC-systematiek, in relatie tot budgetteringssystemen in de rest van de wereld, en de daarmee samenhangende beperkte kennis over de werkelijke gevolgen hiervan, is er echter weinig inzicht in de wijze waarop de samenhang tussen landelijke voorschriften, de lokale ziekenhuisorganisatie en de door de ziekenhuizen gebruikte ICT-systemen in de praktijk van de specialist is uitgewerkt. Ook is er daardoor weinig inzicht in de wijze waarop het werk van specialisten door de DBC-systematiek beïnvloed wordt.

Onderhavig onderzoek heeft dan ook juist tot doel de manier waarop specialisten de DBC-systematiek ervaren, in kaart te brengen, alsmede een inzicht te geven in de (praktische) problemen en/of voordelen dat voor hun met zich meebrengt. De concrete vraag die hierbij centraal staat, luidt als volgt:

³⁰ Heimer, C.A. (1985). *Allocating Information Costs in a Negotiated Information Order: Interorganizational Constraints on Decision Making in Norwegian Oil Insurance*. In: *Administrative Science Quarterly*, volume 30 (1985).

Wat betekent de invoering van de DBC-systematiek, zoals die lokaal in ziekenhuizen is ingericht middels informatiesystemen, voor het handelen van specialisten in hun dagelijkse medische praktijk?

Deze vraag zal hierbij zo uitgewerkt worden dat, uitgaande van de DBC-systematiek, de gevolgen voor het handelen van de specialist in zijn dagelijkse medische praktijk worden geanalyseerd. Hierbij zal ook de dynamiek van de DBC-ontwikkeling en de sturing die daaraan gegeven wordt, meegenomen worden, omdat zo de vrijheid en autonomie van de specialist voor zowel de registratie als mogelijkheden voor de beïnvloeding van de ontwikkeling van de voor hem structurerende systematiek in beeld worden gebracht.

De door mij gestelde onderzoeksvraag is wetenschappelijk relevant, omdat inzicht in het begrip over de gevolgen van de DBC-systematiek op het handelen van de specialist bijdraagt aan de brede, in 1.4 uitvoerig geschetste, wetenschappelijke discussie. Een discussie die meer inzicht geeft in de rol van technologie in onze samenleving. De opleiding Wijsbegeerte van Wetenschap Technologie en Samenleving heeft als object van studie juist deze problemen aan te pakken die liggen op het snijvlak tussen wetenschap, technologie en maatschappij en deze problemen te vatten in een techniekfilosofisch kader. In hoofdstuk 5 zal ik nog terugkomen op deze discussie, en zal ik de plaats van dit onderzoek in deze discussie verder duiden.

Naast een wetenschappelijke borging, is de invoering van de DBC-systematiek ook maatschappelijk relevant vanwege haar inbedding in een continu maatschappelijk proces van vernieuwing binnen de ziekenhuiszorg. Zo zijn er naast de invoering van de DBC-systematiek tal van andere projecten gaande die van invloed zijn op de ziekenhuiszorg als de invoering van het landelijk elektronisch zorgdossier, de basisverzekering en het Burgerservicenummer (BSN). Berg heeft een beschrijving gegeven van de invoering van een elektronisch zorgdossier in ziekenhuizen.³¹ Hij bestempelt dit als een heel moeilijk proces vanwege voornamelijk twee zaken. Ten eerste is een ziekenhuis heel politiek geladen en is het moeilijk om ziekenhuisbreed overeenstemming te bereiken. Ten tweede constateert hij dat in ziekenhuizen gegevens alleen zo worden genoteerd dat deze functioneel nuttig zijn voor de gebruikers. Deze werkwijze leverde problemen op bij de invoering van het elektronische zorgdossier waarin werd getracht diverse contexten met diverse gebruikssituaties samen te brengen, wat hierdoor eigenlijk niet mogelijk is.

Dat de DBC-systematiek min of meer in dezelfde context wordt geïntroduceerd, terwijl de vorming van een landelijk patiëntendossier nog niet van de grond gekomen is, lijkt dan ook een zeer interessante ontwikkeling. De DBC-systematiek zal misschien dan ook als een soort baanbreker voor technologieontwikkeling binnen ziekenhuizen zelf en richting derden gaan fungeren. In ieder geval zal de DBC-systematiek inzichten opleveren over hoe projecten in deze moeilijke markt vormgegeven kunnen worden en met name hoe kan worden omgegaan met de kloof tussen de functionele wijze waarop specialisten gegevens normaal noteren en een verplichte registratie die van bovenop wordt opgelegd zoals bij de DBC-registratie het geval is.

Daarnaast is, maatschappelijk gezien, dit onderzoek interessant, vanwege de inzichten die het zal brengen in de effecten van een nieuw financieringssysteem voor de ziekenhuiszorg in Nederland. Omdat het systeem nog in ontwikkeling is, kunnen de uitkomsten uit dit onderzoek meegenomen worden in de verdere ontwikkeling van

³¹ Berg, M. et al (1998). *De nacht schreef rood, informatisering van zorgpraktijken*. Den Haag: Uitgever Rathenau Instituut: Emine Bozkurt. ISBN 90 346 3642 9.

de DBC-systematiek. Ook levert het onderzoek meerwaarde op voor specialisten en ziekenhuizen. Door een beter begrip van de achtergronden van de DBC-systematiek en de effecten van de werking van het systeem, zou een veranderde werkwijze in de registratie kunnen ontstaan. Hierdoor kan mogelijk veel onnodig werk worden voorkomen, en kan met meer beleid naar de toekomst gekeken worden.

In hoofdstuk 2 van deze scriptie wordt het theoretisch kader van dit onderzoek verder uiteen gezet. Ook wordt de onderzoeksvraag in dit hoofdstuk verder uitgewerkt. In het hoofdstuk daarna zal een overzicht gegeven worden van de positie en doelstelling van de betrokken actoren in de DBC-systematiek, alsmede de gevolgen van de DBC-systematiek voor specialisten en ziekenhuizen. Vervolgens zullen in hoofdstuk 4 de lokale praktijken worden geanalyseerd: aan de hand van ervaringen uit de praktijk komt hier aan bod hoe de DBC-systematiek door specialisten nu feitelijk gehanteerd wordt. In hoofdstuk 5 zal uiteindelijk de onderzoeksvraag worden beantwoord, waarna het hoofdstuk wordt afgesloten met de conclusie.

THEORETISCH KADER

In het vorige hoofdstuk is de onderzoeksvraag geformuleerd, en hebben we kennis kunnen maken met de nieuwe declaratiesystematiek volgens de DBC-systematiek, het onderwerp van studie. Ook is hierbij de techniekfilosofische achtergrond geschetst waarbinnen dit onderzoek een plaats krijgt. In dit hoofdstuk zal vervolgens in paragraaf 2.1, 2.2 en 2.3 het theoretisch kader worden geschetst, waarna de vraagstelling verder uitgewerkt wordt (2.4) en de onderzoeksmethode zal worden beschreven (2.5).

2.1 De DBC als sociotechnisch construct

Zoals in het vorige hoofdstuk naar voren is gekomen krijgt de DBC-systematiek werkelijkheidswaarde door zijn relatie met zowel menselijke gebruikers als technologieën. Om deze reden wordt de DBC in dit onderzoek opgevat als sociotechnisch construct. Dat wil zeggen dat de DBC wordt gezien als een construct dat betekenis krijgt door het netwerk van menselijke en niet-menselijke actoren waarin het participeert. Hierbij is een belangrijke rol weggelegd voor de voorstructurering die volgt uit de DBC-systematiek zelf, en die middels regels in de geautomatiseerde systemen van ziekenhuizen zijn ingeschreven. Het zijn deze ingeschreven regels die, samen met de beperkingen die door de lokale ziekenhuisorganisaties worden opgeworpen, het handelen van de medisch specialist structureren. In dit onderzoek wordt gepoogd deze structuren transparant te maken, zodat inzicht kan worden verkregen in de werkelijke beperkingen voor het medisch handelen van de specialist. Hieruit wordt vervolgens een analyse gemaakt van het handelen van de specialist en dit handelen wordt gerelateerd aan de in de software en in de ziekenhuisorganisatie opgenomen scripts.

In de analyse van het handelen van specialisten is het belangrijk te onderkennen dat de DBC-registratie door de specialist altijd plaatsvindt in lokale praktijken. In casu, specifieke ziekenhuisorganisaties waarin de DBC's middels lokaal ingerichte geautomatiseerde systemen worden verwerkt. Deze lokale praktijken kunnen onderling sterk van elkaar verschillen. De rol van de lokale ziekenhuisorganisatie en de lokale uitwerking van de DBC-systematiek in ICT-systemen moet dan ook centraal staan in de analyse van het handelen van de medisch specialist. De rol van de geautomatiseerde ICT-systemen is groot omdat zonder deze systemen waarin onder andere kostprijzen, verkoopprijzen, *matching*, validatie en facturatie zijn ingebouwd, en waarin onderscheid wordt gemaakt in alle 12.000 mogelijke DBC's, de DBC-systematiek helemaal niet mogelijk is. Door de in de ICT-systemen opgenomen regels lijkt hun invloed van gelijke omvang te zijn als die van menselijke actoren. In ieder geval wordt het handelen van de specialist door deze

ICT-systemen in hoge mate gestructureerd. Het theoretische kader dient dan ook recht te doen aan deze bijzondere lokale verhouding tussen menselijke en niet-menselijke actoren in het netwerk van de DBC-systematiek.

Een ander belangrijk kenmerk van de DBC-systematiek is, dat het nog in ontwikkeling is. Omdat het systeem nieuw is en nog niet af is, roept het veel acties en reacties van allerlei verschillende actoren op. Hierdoor wordt de invoering van de DBC-systematiek dan ook gekenmerkt als een proces waarin vele aanpassingen zijn gedaan. Een voorbeeld hiervan zijn de zogenaamde spooknota's. Zo waren er vanuit de samenleving waren er erg veel klachten over de zogenoemde spooknota's: te hoge ziekenhuisnota's of nota's van specialismen die nooit zijn bezocht.³² Naar aanleiding daarvan heeft de minister van VWS onder druk van de Tweede Kamer wijzigingen aangebracht in de DBC-systematiek. Dit verschijnsel van de verwerking van acties en reacties tot aanpassingen in de DBC-systematiek is zo significant voor de systematiek zelf, dat het dan ook onderdeel dient uit te maken van het theoretisch kader, waarbij de focus voor dit onderzoek dan op de acties en reacties van de specialist zal komen te liggen.

In de volgende paragrafen zal het theoretisch kader worden uitgewerkt aan de hand van geselecteerde theorieën. Daarna zal de vraagstelling verder worden uitgediept en zal de onderzoeksmethode van dit onderzoek besproken worden.

2.2 Orlikowski's 'Structurational Model of Technology'

Voor het verankeren van de aspecten in de DBC-systematiek die de lokale ziekenhuisorganisatie en de lokale ICT-inrichting, en daarmee de werkomgeving van de medisch specialist betreffen, is in onderhavig onderzoek Orlikowski's '*structurational model of technology*' gebruikt.³³ Met de introductie van haar model, zet Orlikowski een nieuwe stap binnen de organisatiesociologie om de rol van nieuwe technologie in organisaties op een constructivistische wijze te analyseren. Door de toepassing van Giddens structuratietheorie wordt in het '*structural model of technology*' technologie zowel als "resultaat van structuur en handelen binnen de organisatie beschouwd" als "vormgevend voor de structuur en handelen binnen organisaties". Hiermee positioneert Orlikowski zich in de traditie van de sociaal-constructivistische technologiestudies (Bijker, Law, Latour). Deze sociaal-constructivistische visie is in de jaren '80 opgekomen als een nieuwe benadering van de relatie tussen technologische en maatschappelijke ontwikkelingen. In de traditionele benadering waren er in eerste instantie twee gepolariseerde posities, de deterministische versus de voluntaristische.³⁴ De deterministische visie houdt ons voor dat ons handelen volledig gedetermineerd wordt door technologie (*determinisme/structure*). Technologie zou in deze benadering als autonome kracht in

³² Op deze spooknota's werden bijvoorbeeld specialismen genoemd waar de patiënten helemaal niet door behandeld zijn. Dit was een gevolg van het gebruik van gemiddelde tarieven bij de DBC-systematiek. Als één op de honderd patiënten voor een bepaalde behandeling door een specialist van een bepaald specialisme werd behandeld, kregen alle patiënten een honderdste van het tarief voor die behandeling op de nota. Dit is opgelost door alle tarieven van de behandelend specialisten samen te nemen onder het tarief van de hoofdbehandelaar. De hoge nota's ontstonden bij patiënten die bijvoorbeeld slechts vijf minuten door de specialist gezien werden en verder geen behandeling kregen. Zij moesten de gemiddelde kosten voor dit consult, inclusief poliklinische behandeling, betalen. Om dit op te lossen is het behandeltype *enkelvoudig poliklinisch consult* in het leven geroepen. Dit heeft een lager tarief, en in de DBC mogen maximaal één polikliniekbezoek en vijf maal diagnostiek met een maximum van € 100,- per stuk, worden opgenomen.

³³ Orlikowski, W.J. (1992), "The duality of technology: rethinking the concept of technology in organizations", *Organization Science*, 3 (3)

³⁴ Lente, H. van, en A. Rip (1998). *Expectations in technological developments: an example of prospective structures to be filled in by agency*. In: C. Disco and B. van der Meulen (Eds.). *Getting new technologies together: Studies in making sociotechnical order*. Berlijn: De Gruyter. ISBN 3 11 015630 X, p. 205.

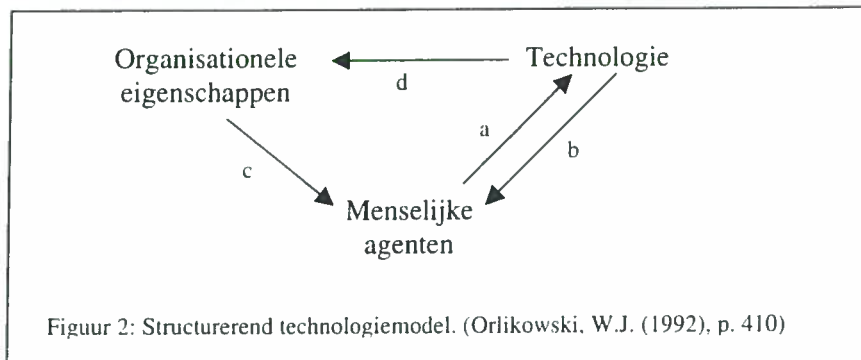
zijn ontwikkeling de organisatie verplichten een bepaalde richting op te gaan. De voluntaristische visie veronderstelt technologie als een neutraal medium. Volgens deze visie hebben onze keuzes voor bepaalde technologieën geen invloed op de vrijheid van ons handelen (*voluntarisme/agency*), en is technologie een hulpmiddel dat door de mens vrij ingezet kan worden. Deze benadering wordt ook wel de voluntaristische benadering genoemd. Vanaf de jaren tachtig is een meer genuanceerd beeld van de relatie tussen samenleving en technologie ontstaan, waarbij voorbij wordt gegaan aan de dichotome indelingen als *determinisme/voluntarisme* en *structure/agency*. Technologie wordt hierbij meer beschouwd als een zelfstandig opererende actor waarmee de mens interacteert. Technologische ontwikkelingen worden volgens deze benadering ingebed in een soort netwerk waarbinnen zowel de mens als de technologie een actieve rol vervullen. Binnen dit netwerk heeft elke actor zo zijn vrijheden en zijn beperkingen. Deze laatste benadering wordt de constructivistische benadering genoemd.

Nu de achtergrond achter de ontwikkeling in het denken over de invloed van technologie op het menselijk handelen is geschetst, zal worden geschetst welke positie Orlikowski inneemt in het *structure/agency* debat. In haar model streeft Orlikowski zoals gezegd naar een meer dialectisch begrip van de interactie tussen technologie en organisaties waarvoor zij de *structuratietheorie van Giddens* gebruikt. Structuratie wordt door hierbij gezien als een sociaal proces waarin de wederkerige interactie van menselijke actoren en de structuur van organisaties wordt beschouwd. Menselijk handelen wordt vanuit deze zienswijze zowel mogelijk gemaakt, als beperkt door organisatiestructuren. Deze organisatiestructuren zijn hierbij weer het resultaat van voorgaande acties. Door te handelen binnen de bestaande organisatiestructuren worden de bestaande structuren getransformeerd. Hiermee verworden ze vervolgens tot nieuwe structuren die op hun beurt weer beperkingen opwerpen voor toekomstig handelen. Dit transformeren van bestaande structuren is volgens deze theorie een natuurlijk verschijnsel, dat zijn oorzaak vindt in het principe dat actoren kennis vergaren en reflexief zijn.

Menselijk handelen binnen organisaties is binnen Giddens structuratie-theorie gebaseerd op drie fundamentele elementen van sociale interactie: betekenis, macht en normen. Betekenis wordt door menselijke interactie geconstitueerd en gecommuniceerd. De gezamenlijke kennis, waaronder de in de organisatie geldende regels, zijn hierin een integraal onderdeel van de sociale interactie welke deels de interactie bepalen en deels gevormd worden door de interactie zelf. Macht in een menselijke interactie ontstaat, doordat er vanuit de organisatie voor individuen mogelijkheden worden gecreëerd om uitkomsten te bereiken. Macht is hierin begrepen als een 'transformatieve capaciteit', hetgeen duidt op de mogelijkheid om door middel van menselijke actie de sociale en materiële wereld te transformeren. Het gebruik hiervan in organisaties wordt gemedieerd door de organisationele bronnen die participanten tot hun beschikking hebben. Deze bronnen zijn onderverdeeld in twee soorten: autoratieve, over mensen uitbreidbare, en allocatieve, over objecten of dingen uitbreidbare, bronnen. Vanuit deze bronnen wordt macht uitgeoefend en worden dominante structuren binnen organisaties gecreëerd, waarbij wordt bevestigd dat alle sociale systemen worden gekenmerkt door een asymmetrische verdeling van autoratieve en allocatieve middelen. Alleen als een bestaande asymmetrie wordt gewijzigd, kan ook de onderliggende structuur worden veranderd of ondermijnd. Normen zijn organisationele conventies of regels die ervoor zorgen dat er juist gehandeld wordt. Interactie wordt hierdoor beïnvloed, omdat op onjuist gedrag

normatieve sancties staan. Deze normen krijgen hun geldigheid vanuit rituelen, socialiseringspraktijken en tradities.

Orlikowski gebruikt de hierboven beschreven structuratie-theorie van Giddens om de notie van technologie opnieuw te conceptualiseren en de relatie tussen technologie en organisaties te herformuleren. Haar uitgangspunt hierbij is dat technologie de regels en de bron die de structuur van een organisatie bepalen, mede vormt. Deze structuur van interactie is schematisch weergegeven in onderstaande figuur:



In de figuur is te zien dat technologie het product is van menselijke actie (pijl a). Technologie komt namelijk altijd voort uit menselijk handelen en kent geen betekenis op zichzelf. Dit geldt niet alleen zozeer voor het ontwerpen van technologie, maar meer nog voor het gebruik van technologie in organisaties. Bij het ontwerp van technologie worden namelijk bepaalde interpretatieve regels ingebouwd, maar bij het gebruik wordt door menselijke agenten een gemeenschappelijke betekenis aan de technologie gegeven, welke vervolgens de toegestane handelingsschema's van de interpretatieve regels, faciliteiten en normen beïnvloeden. Technologie is het medium voor menselijk handelen (pijl b), simpelweg omdat mensen de technologie gebruiken en het hun handelen medieert. De technologie maakt het werk mogelijk, maar tegelijkertijd legt het beperkingen op aan het gebruik. Hiermee is technologie tegelijkertijd beperkend en mogelijk makend. Handelen in een organisatie wordt altijd beïnvloed en dus gevormd door de organisatie zelf (pijl c). Dezelfde technologie in twee verschillende organisaties kan immers een heel verschillend gebruik opleveren. Als laatste beïnvloedt de door menselijke actoren gebruikte technologie de organisatie (pijl d). Meestal worden hiermee de institutionele eigenschappen versterkt, maar soms worden deze ook getransformeerd.

De mogelijkheden die gebruikers hebben om invloed uit te oefenen op het gebruik van technologie kan heel verschillend zijn, maar uiteindelijk is de macht die gebruikers hebben vaak groter dan ze zelf beseffen:

In many organizations, individuals may have little control over when or how to use technology, and hence little discretion over which meanings and elements influence their interaction with it. But these constraints are institutional, and are not inherent in the technological artifact itself. Users can always choose (at the risk of censure) not to utilize a technology, or choose to modify their engagement with it.³⁵

³⁵ Orlikowski, W.J. (1992).

Wanneer gebruikers zich aan de in de technologie ingesloten regels en middelen committeren, versterken zij ongevraagd ook de institutionele structuren waarin de technologie wordt toegepast. Als gebruikers de technologie daarentegen anders gebruiken dan bedoeld was, kunnen ze de ingeschreven regels en middelen ondermijnen en soms transformeren, en daarmee ook invloed uitoefenen op de institutionele context en strategische doelen van de makers, bekostigers (sponsors) en implementatoren van de technologie.

2.3 Latour's actor-netwerk en programma's / anti-programma's

Het handelen van de specialist binnen de ziekenhuisorganisatie kunnen we zoals gezegd begrijpen vanuit Orlikowski's structurerend technologiemodel. In dit model spelen zowel de lokale ziekenhuisorganisatie, de (lokaal ingerichte) technologie, als de menselijke actoren een rol. In onderhavig onderzoek spelen echter meer actoren een rol, waardoor uitbreiding van Orlikowski's benadering noodzakelijk is. Hiervoor wordt Latour's actor-netwerk theorie gebruikt.

Latour beschrijft in zijn actor-netwerk theorie hoe menselijke en niet-menselijke actoren binnen een sociotechnisch construct als de DBC-systematiek een gelijkwaardige positie innemen in het netwerk waarbinnen ze opereren.³⁶ In het geval van de DBC-systematiek blijft het hierbij niet bij de actoren die Orlikowski benoemt, maar moeten de actoren worden uitgebreid met verscheidene andere actoren als het ministerie van VWS, DBC-Onderhoud, landelijke regelgeving, enzovoort. Het actor-netwerk dat zo ontstaat heeft als belangrijk kenmerk dat de vele betrokken actoren, menselijk en niet-menselijk, allemaal hun eigen belangen en doelen hebben. Iedere actor brengt beperkingen in voor de andere actoren, en binnen het netwerk zal een machtsspel ontstaan die bepaald welke actoren binnen het netwerk dominant worden. Zo kan ook de DBC-systematiek zelf als zelfstandige kracht ervaren worden en dus als actor in het actor-netwerk meegenomen worden. Latour beschrijft hierbij de ontwikkeling van (wetenschappelijke) praktijken als het smeden van een stabiel netwerk van relaties tussen actanten.

De ICT-systemen die gebruikt worden in de DBC-systematiek moeten voldoen aan allerlei eisen, zodat fraude voorkomen kan worden. Dit houdt in dat bepalingen en beleidsregels als scripts in de software ingebracht moeten worden. In zijn boek 'De daadkracht der dingen'³⁷ bespreekt Verbeek de theorie van Latour, waarin hij bijzondere aandacht geeft aan de kracht van de scripts, de vele plaatsen waar scripts gevonden kunnen worden, en de manier waarop zij benaderd kunnen worden. Scripts, zo zegt Verbeek, zorgen ervoor dat gebruikers hun gedrag aanpassen door mediatie van het object waar het script is ingeschreven. Dit zie je bijvoorbeeld bij verkeersdrempels en verkeersborden, waarbij chauffeurs niet langzamer gaan rijden door de waarschuwing van een agent of het verkeersbord, maar door de materie. Hun handelingsprogramma wordt ingeschreven in een stuk beton, en daarmee gedelegeerd aan de drempel om ervoor te zorgen dat er niet te hard gereden wordt. Niet alleen het handelingsschema of programma wordt hierbij veranderd, maar ook het materiaal van uitdrukking, waardoor de programma's veranderd worden.³⁸ Akrich legt bij het inschrijven van handelingsschema's een aparte rol weg voor

³⁶ Latour, B. (1993).

³⁷ Verbeek, P. (2000).

³⁸ Verbeek, P. (2000), p. 178.

ontwerpers, die tijdens het ontwerpproces een belangrijk stempel op het ontstaan van scripts kan leggen:

Designers thus define actors with specific tastes, competences, motives, aspirations, political prejudices, and the rest, and they assume that morality, technology, science and economy will evolve in particular ways. A large part of the work of innovators is that of "*inscribing*" this vision of (or prediction about) the world in the technical content of the new object. I will call the end product of this work a "script" or a "scenario".³⁹

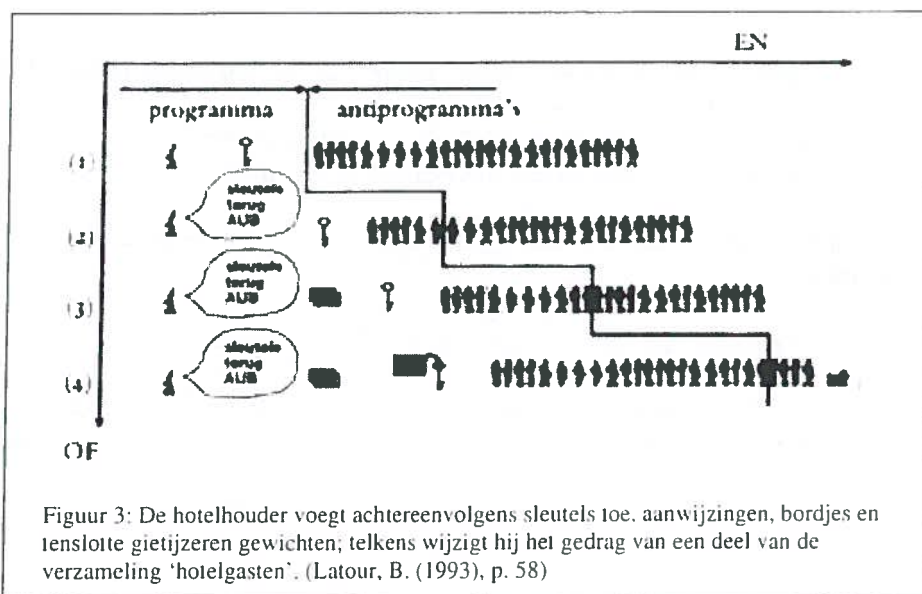
De visie van de ontwerper kan dus zeer bepalend zijn voor de goede werking van de technologie in de gebruiksfase. Wanneer de ontwerper verkeerde aannames maakt bij het vooropgestelde gedrag van de actoren, kan de technologie na implementatie waardeloos blijken te zijn.

De praktijk van het inschrijven van scripts is zeker ook van toepassing op de declaratiesystematiek van de DBC's. Middels de in de ICT-systemen opgenomen scripts worden de DBC's akkoord bevonden en wordt de rekening volkomen geautomatiseerd aangemaakt. De hele financiële afhandeling is hiermee gedelegeerd aan een computersysteem, welke zelfstandig normen oplegt aan de gebruikers. Voorbeelden van dit soort delegatie zijn op veel plaatsen in het netwerk van de DBC-systematiek te vinden. Daarnaast worden op vele niveaus ontwerpen gemaakt voor het inpassen van de DBC-systematiek in de medische praktijk. Ten eerste op landelijk niveau bij het ontwikkelen van de technologie, maar toch zeker ook bij de uitwerking binnen de ziekenhuisorganisatie en in de ICT-systemen. Hierbij komen we direct weer terug bij de dialectiek zoals Orlikowski die beschreven heeft.

Om op een wat uitgebreidere manier naar handelingsprogramma's te kijken, en de samenwerking van mensen en dingen daarbinnen, biedt Latour ons in 'De Berlijnse sleutel'⁴⁰ het mechanisme van programma's en antiprogramma's. Kern hiervan is dat het handelen van een actor bij andere actoren tegenreacties op kan roepen. Zo kan de verplichting om DBC's te moeten registreren bij sommige specialisten juist precies een weigering hiertoe oproepen. Het verplicht DBC's moeten registreren wordt in deze theorie het programma genoemd, en het weigeren om DBC's te registreren het anti-programma. Wanneer zo'n situatie ontstaat zal, bijvoorbeeld door het ziekenhuis, geprobeerd worden om zodanige voorwaarden te scheppen, dat de specialisten alsnog akkoord gaan met de verplichting om DBC's te registreren. Latour hanteert in zijn boek het voorbeeld van de hotelsleutelhanger, die door hotelgasten dikwijls onbedoeld mee het hotel uit wordt genomen. Door (kleine) aanpassingen in de omgeving waarbinnen deze controverse zich afspeelt, kan het uiteindelijk zo zijn dat de hotelgasten de sleutels niet zo makkelijk meer meenemen en dat het programma van de hoteleigenaar geaccepteerd wordt. Door achtereenvolgens (1) hotelgasten te gebieden de sleutel terug te geven, (2) bordjes neer te zetten en (3) vervolgens gewichten aan de sleutels te monteren, handelen steeds meer hotelgasten zoals de eigenaar dat wil. De hotelgasten hebben afstand genomen van hun anti-programma, het meenemen van de sleutel, en zich naar het programma, het afgeven van de sleutel, gevoegd. In onderstaande figuur is duidelijk te zien dat steeds meer hotelgasten zich aan het programma confirmeren:

³⁹ Akrich, M. (1992). *The de-scription of technical objects*. In W. Bijker and J. Law (Eds.) *Shaping technology/Building Society: Studies in Sociotechnical change*. Cambridge (MA): The MIT Press. ISBN 0 262 02338 5, p. 208.

⁴⁰ Latour, B. (1993).



Het denken in termen van programma's en anti-programma's is een krachtig middel om te begrijpen hoe door graduele aanpassingen aan het programma nieuwe anti-programma's ontstaan. Ook laat het ons zien dat via deze weg het gedrag van actoren zo beïnvloed kan worden dat het handelingsprogramma voldoende wordt gevolgd. Zeker bij systemen als de DBC-systematiek, die nog in ontwikkeling zijn, zijn anti-programma's te verwachten. Door de veranderingen die de invoering van de DBC-systematiek op de ziekenhuisorganisatie heeft en de daarvoor noodzakelijke onderhandelingen te benaderen als een systeem van programma's en anti-programma's, kan een beter inzicht verkregen worden in de gesloten compromissen en kan de invloed van de verschillende individuele actoren bepaald worden.

Uit voorgaande kunnen we concluderen dat, om te kunnen analyseren hoe het "programma" van de DBC-systematiek eruit ziet en welke veronderstellingen daarin zitten over het verwachte moeten handelen van specialisten (scripts), we niet alleen lokale ziekenhuizen beschouwen, maar het complete actor-netwerk in het onderzoek moeten betrekken.

Een tweede gevolgtrekking uit het theoretisch kader is dat weliswaar het handelen van de specialisten op een nieuwe wijze gestructureerd wordt middels de "programma's" en scripts, maar dat daarmee het handelen nog niet *gedetermineerd* wordt. Dit betekent dat we voor de beantwoording van de onderzoeksvraag ook de feitelijke handelingen, met mogelijke anti-programma's, moeten onderzoeken.

2.4 Uitwerking vraagstelling

Nu de achtergrond van de DBC-systematiek is geschetst en het theoretisch kader van dit onderzoek is vormgegeven, kan de in de inleiding geformuleerde vraag: "*Wat betekent de invoering van de DBC-systematiek, zoals die lokaal in ziekenhuizen is ingericht middels informatiesystemen, voor het handelen van specialisten in hun dagelijkse medische praktijk?*" verder uitgewerkt worden. De vraagstelling wordt hierbij uitgesplitst in een tweetal hoofdvragen:

1. *Wat is het programma voor de rol van de specialist in de DBC-systematiek in specifieke ziekenhuizen?*
2. *Wat zijn de anti-programma's die verschillende specialisten hanteren in de praktijk van de DBC-systematiek in specifieke ziekenhuizen?*

Voor de beantwoording van de eerste hoofdvraag, zullen de volgende deelvragen gesteld worden:

1. a. *Welke actoren zijn betrokken bij de DBC-systematiek?*
1. b. *Wat zijn de belangen van de verschillende betrokken actoren?*
1. c. *Welke invloed hebben lokale ziekenhuispraktijken en besluitvormingsprocessen op de vormgeving van de lokale DBC-systematiek?*
1. d. *Welke invloed hebben ICT-ondersteuningspakketten op de vormgeving van de lokale DBC-systematiek?*

Met de beantwoording van deze vragen kan inzichtelijk gemaakt worden welke beperkingen en mogelijkheden de specialist eigenlijk heeft binnen de DBC-systematiek. Bij de tweede deelvraag zal worden gekeken naar de wijze waarop specialisten deze structurering van hun activiteiten ('programma') accepteren dan wel 'anti-programma's' hiervoor ontwikkelen.

2.5 Onderzoeksmethode

In dit onderzoek wordt de dagelijkse praktijk van de specialist en de plek van de DBC-registratie daarbinnen onderzocht. Hierbij zullen lokale situaties onderzocht en beoordeeld worden. Vanwege het enorme aantal DBC's en de meer dan honderd ziekenhuizen waarin duizenden specialisten DBC's registreren zullen keuzes gemaakt moeten worden over het aantal te onderzoeken lokale situaties. Omdat de DBC's uit het B-segment niet worden nagecalculeerd op basis van de 'oude' parameters, en de DBC's uit dit segment dus direct opbrengst opleveren, is ervoor gekozen om de focus op het B-segment te leggen. Hier vindt immers marktwerking plaats en dat kan mogelijk ander gedrag bij de betrokken actoren oproepen dan bij het A-segment het geval is.

Binnen het tijdsbestek van dit onderzoek is het echter niet mogelijk alle specialisten en alle (B-segment) DBC's erin te betrekken. Daarom wordt in dit onderzoek de praktijk van de DBC-systematiek binnen twee verschillende specialismen onderzocht. Om tot een keuze voor bepaalde specialismen te komen, is als eerste gekeken naar de verschillende specialismen die DBC's moeten registreren. Omdat de behandeling door specialisten van een specialisme waarbij operaties uitgevoerd worden zeer verschillend is van die waarbij dat niet gebeurt, en deze verschillen duidelijkheid naar voren komen in de DBC-typering, wordt in dit onderzoek een snijdend (opererend) en een beschouwend (niet opererend) specialisme bestudeerd. Bij snijdende specialismen veelal sprake van een geplande opname en ingreep, waar een poliklinisch bezoek aan voorafgaat, en waarna een controle- en eventueel een revalidatietraject wordt ingezet, met als doel dat de patiënt beter wordt. Bij beschouwende specialismen is veel meer sprake van eenmalige of kortlopende contacten tussen patiënt en specialist, of van chronisch zieke patiënten die, na een

eerste onderzoek dat leidt tot een diagnose, een periodiek controletraject ingaan. Binnen deze twee verschillende typen specialismen zouden ook heel goed verschillende soorten anti-programma's kunnen ontstaan.

Concreet zal in dit onderzoek de nadruk op een heup-DBC van de orthopeed en een diabetes-DBC van de internist liggen. De keuze hiervoor is tweeledig. Ten eerste betreft het in beide gevallen behandelingen die al snel een beeld van herkenning oproepen. Hierdoor is, zonder in medische details te hoeven treden, het ziekteverloop en de behandelmethode relatief eenvoudig begrijpbaar. Ten tweede zijn deze twee soorten DBC's qua behandelingstraject heel verschillend. Waar een heup-DBC een redelijk vastomlijnd behandeltraject bevat, waarin zowel poliklinische als klinische settings plaatsvinden, is een diabetes-DBC veel minder eenduidig vast te stellen. In principe is een diabetes-DBC altijd poliklinisch met enkele poliklinische controles, maar al naar gelang er complicaties optreden worden diverse andere behandelmethoden ingezet. Deze verschillen zullen ook gevolgen hebben voor de wijze waarop de specialist de DBC-registratie vormgeeft.

Naast een inkadering op het aantal te onderzoeken specialismen wordt ook het aantal te onderzoeken ziekenhuizen beperkt tot twee. Zo kunnen eventuele te constateren cultuur- en organisatieverschillen en verschillen in ICT-inrichting meegenomen worden. Op deze manier kan het samenspel van organisatie, ICT en de praktijk van de DBC-registratie met behulp van Orlikowski verder ontleed worden. Ook kunnen mogelijke verschillen in de neerslag van deze systematiek in de ziekenhuisorganisatie naar voren komen, en wordt duidelijk hoeveel vrijheid het ziekenhuis heeft om de DBC-systematiek op een eigen manier in de organisatie in te bedden. Te denken valt aan elementen als de organisatiestructuur, de toewijzing van taken en verantwoordelijkheden, en de keuzes voor het gebruik van ICT.

Een laatste onderscheid dat gemaakt kan worden, ligt op het niveau van de individuele specialist. Dat een specialist binnen hetzelfde ziekenhuis dezelfde typeringslijst en instructies gebruikt, wil niet zeggen dat zij in de DBC-registratie hetzelfde handelen. Elke specialist is in principe een individuele actor in zijn eigen spreekuur. Het beste zou het dan ook zijn wanneer per ziekenhuis per specialisme een aantal verschillende specialisten te onderzoeken. Helaas is het zeer lastig gebleken om binnen één ziekenhuis de DBC-praktijk van meerdere specialisten te onderzoeken. Vandaar dat in totaal twee specialisten, een orthopeed en een internist, geselecteerd zijn. Voor een volledig beeld van de ondersteuning die vanuit de eigen beroepsvereniging gegeven wordt, zijn de standpunten van zowel de wetenschappelijke vereniging van orthopedie als die van de internisten meegenomen in het onderzoek. Ook is er contact geweest met de Orde van Medisch specialisten voor het onderzoeken van de meer globale problematiek van de DBC-systematiek.

Om de praktijk van de specialist beter te kunnen plaatsen in de overkoepelende ziekenhuisorganisatie zijn in de geselecteerde ziekenhuizen ook de beleving van de DBC-projectleiders onderzocht. Tevens is een ziekenhuisdirecteur geïnterviewd om op een wat abstracter niveau de ontwikkeling van de DBC-systematiek en de uitwerking daarvan in de praktijk van het ziekenhuis te bekijken. Bovendien is contact gezocht met DBC-Onderhoud, de onderhoudsorganisatie die de DBC-systematiek verder ontwikkelt. Zij zijn zeer goed op de hoogte van de afwegingen die gemaakt worden bij een bepaalde uitwerking van de systematiek en de problemen die spelen in de DBC-registratie van specialisten in ziekenhuizen.

Voor de gegevensverzameling van het benodigde empirische materiaal is gebruik gemaakt van een aantal verschillende bronnen. Ten eerste heeft een selectie van

beschikbare literatuur plaatsgevonden. Zo is gebruik gemaakt van diverse publicaties en rapporten over de DBC-systematiek die door de verschillende betrokken actoren is uitgegeven. Dit betreft zowel beschrijvingen als analyses van de werking van het systeem en de resultaten van onderzoek naar het huidige gebruik van de DBC-systematiek.

Naast documentonderzoek is ook gebruik gemaakt van interviews bij de geselecteerde specialisten en ziekenhuizen en instanties. De interviews zijn opgezet middels open vragen en richten zich specifiek op de door mij aangegeven aandachtspunten in het theoretisch kader. Kort gezegd staan hier dus de relatie ziekenhuis – ICT – specialist centraal en is er daarnaast aandacht voor de relaties met andere betrokken actoren en de programma's en anti-programma's die de DBC-systematiek in de praktijk laat zien. Voor verschillende actoren is op basis van hun plaats in de DBC-systematiek een verschillende vragenlijst opgesteld. De vragenlijsten zijn te vinden in bijlage 2.

NIEUWE SOCIOTECHNISCHE STRUCTUREN

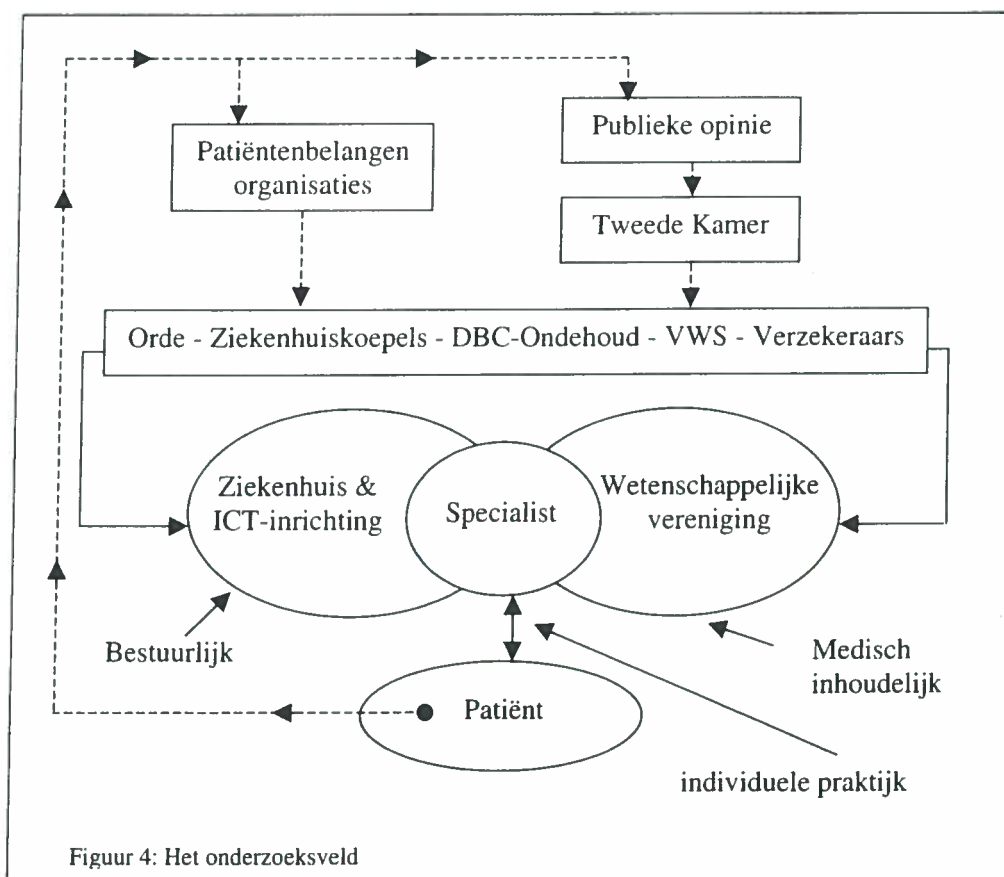
In het vorige hoofdstuk is het theoretisch kader dat in deze scriptie gebruikt wordt om de DBC-systematiek techniekfilosofisch te analyseren besproken. In dit hoofdstuk zal de eerste deelvraag: “Wat is het programma voor de rol van de specialist in de DBC-systematiek in specifieke ziekenhuizen?” beantwoord worden. Hiertoe zullen de verschillende posities van actoren die betrokken zijn bij de DBC-systematiek nader belicht worden, alsmede hun positie in het netwerk van de DBC-ontwikkeling. Dit zal geschieden aan de hand van de in hoofdstuk 2 door mij beschreven actor-netwerkttheorie. Hierna zullen de handelingsprogramma's voor de specialist, volgens de theorie van Latour, besproken worden, zodat meer inzicht ontstaat in de effecten van de DBC-systematiek voor de specialist. Ook zal hierbij ingegaan worden op de dialectiek binnen de relatie ziekenhuis-specialist-ICT-systemen, waarvan de basis in Orlikowski's structuratie-model ligt. In hoofdstuk 4 zal vervolgens verder worden ingegaan op de dagelijkse praktijk van de specialist en zijn DBC-registratie.

3.1 Het landelijke krachtenveld

Bij de implementatie van een nieuwe systematiek, zoals de DBC-systematiek, is het voor het werkveld belangrijk dat er duidelijke richtlijnen zijn en dat er voldoende sturing is. Op deze manier kan een eenduidig beleid ontwikkeld worden, en is het voor alle betrokken actoren duidelijk wat het gezamenlijke einddoel is dat nagestreefd wordt. Wanneer we de sturing in de beleidsontwikkeling van de DBC-systematiek bekijken, zijn daarin de Orde, de overheid (VWS), DBC-Onderhoud, de ziekenhuiskoepels (NVZ en NFU) en de verzekeraars (ZN) als beleidsmakers te onderkennen.⁴¹ Dit zijn echter zeer verschillende actoren met geheel eigen belangen, waarmee niet zo'n eenduidige sturing te realiseren lijkt. De onderlinge machtsverhoudingen binnen deze groep is bepalend voor de richting die de ontwikkeling van de DBC-systematiek opgaat en drukt daarmee een belangrijk stempel op de praktijk van de DBC. Feitelijk is hiermee, naast het actor-netwerk van de medische (DBC-)praktijk, sprake van een tweede actor-netwerk: dat van de beleidsmakers. Via de beleidsmakers worden veranderingen in de systematiek die gevolgen hebben voor de praktijk doorgevoerd. De gebruikers van de systematiek, die hun plek hebben in het actor-netwerk van de (medische) praktijk hebben via hun

⁴¹ Dit is een kerngroep van de betrokken partijen zoals de minister van VWS die in zijn voortgangsrapportage aanduidt (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004)). Een aantal actoren, zoals de Nederlandse Raad voor Particuliere Klinieken en het College Voor Zorgverzekeringen worden door mij niet meegenomen. De eerst genoemde actor niet, omdat deze een relatief kleine partij vertegenwoordigt en de organisatie toch heel anders functioneert dan een volledig ziekenhuis. De als tweede genoemde actor wordt niet meegenomen, omdat zij een rol heeft in het adviseren van de minister over (de effecten van wijzigingen in de declaratiesystematiek op) het standaard verzekeringspakket. Dit staat dusdanig ver van de dagelijkse medische praktijk af, dat deze actor voor dit onderzoek niet relevant is.

koepels inspraak op beleidsniveau. Zo is de positie van de patiënt een vast thema in de periodieke voortgangsrapportages over de DBC-invoering van de minister van VWS aan de Tweede Kamer.⁴² Wanneer dit laatste actor-netwerk van de beleidsmakers niet stabiel is, en er sprake is van wisselende machtsverhoudingen, zal dat de ontwikkeling van de DBC-systematiek niet ten goede komen. De patiënt is niet met een eigen koepel vertegenwoordigd, maar kan via de publieke opinie en de Tweede Kamer doordringen tot het beleidsniveau. Ook hebben de belangenverenigingen de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) de macht om op beleidsniveau mee te praten over de ontwikkeling van de DBC-systematiek. Zo heeft de minister toegezegd dat de privacy van patiënten gewaarborgd wordt na de invoering van de DBC-systematiek.⁴³ In het schema hieronder is het netwerk van de DBC-systematiek weergegeven:



In de figuur is te zien dat de (medische) praktijk van de specialist plaatsvindt in zijn contact met zijn patiënten. De specialist wordt hierbij geflankeerd door twee organisaties, het ziekenhuis met zijn ICT-inrichting en de wetenschappelijke vereniging van zijn specialisme. Deze twee samen maken het mogelijk dat de specialist zijn (medische) praktijk kan voeren. De twee organisaties worden op hun beurt beïnvloed door een heel scala aan beleidsorganen, welke overigens zelf ook weer beïnvloed worden door de eigen leden en de publieke opinie (via de Tweede Kamer). De beleidsmakers hebben daarmee zeer veel invloed op de organisaties die

⁴² Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004).

⁴³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004).

de praktijk van de specialist structureren, en daarmee indirect op het werk van de specialist zelf. In deze figuur is overigens ook direct het model van Orlikowski terug te vinden, waarbij de samenhang tussen Ziekenhuis, ICT-inrichting en Specialist (als gebruiker van de ICT), beschreven wordt.⁴⁴ Maar tegelijkertijd laat bovenstaande figuur ook zien dat de lokale organisatorische praktijken en processen ingebed zijn in grotere netwerkstructuren op macroniveau. Omdat de lokale DBC-praktijken nog in een ontwikkelingsfase zijn⁴⁵ is de interactie met deze andere actoren uit het bredere beleidsnetwerk ook relevant voor het onderhavig onderzoek. Ook deze actoren hebben invloed op de manier waarop het handelen van specialisten gestructureerd wordt. Wanneer aan dit netwerk de DBC-systematiek zelf als actor toegevoegd wordt, is het zo ontstane actor-netwerk feitelijk het onderzoeksveld van dit onderzoek.

Wanneer we dit uitgebreide model beschouwen, en de individuele dagelijkse praktijk van de DBC-registratie van de specialist centraal stellen, zien we direct dat ook hier het contact van de specialist met de patiënt een grote rol speelt. Uit de specifieke zorgvraag van de patiënt volgt immers het openen van een bepaald soort DBC.⁴⁶ De relatie van de wetenschappelijke vereniging in de DBC-systematiek is, dat zij in samenspraak met DBC-Onderhoud de typering van de specialist kan kiezen, vaststellen en de instructies daarbij bepalen.⁴⁷ Daarnaast oefent ook het ziekenhuis door zijn organisatiestructuur en de keuze van ziekenhuissoftware invloed uit op de dagelijkse praktijk van de DBC-registratie door de specialist en schept zo een kader waarbinnen het handelen van de specialist gestalte krijgt. Zo functioneren procedures, werkafspraken en geautomatiseerde processen als zowel een inperking als een uitbreiding van de handelingsruimte van de specialist.

De actoren in het actor-netwerk van de beleidsmakers spelen duidelijk een wat andere rol. Zo voeren de verschillende koepels een lobby bij het ministerie van VWS om de ontwikkeling van de DBC-systematiek te beïnvloeden. DBC-Onderhoud, de onderhoudsorganisatie van de DBC-systematiek die verantwoordelijk is voor het inbedden van besluiten en beleid in de DBC-systematiek, is een bijzondere actor. Zelf neemt deze organisatie geen positie in in het debat over de ontwikkeling van de systematiek. Ze voert alleen maar onder bepaalde voorwaarden wijzigingen door die door de diverse actoren zijn aangedragen. Hierbij horen ook de wijzigingen die vanuit het ministerie van VWS worden aangedragen.⁴⁸ De manier waarop de wijzigingsvoorstellen door DBC-Onderhoud worden ingebracht in de DBC-systematiek is echter heel bepalend voor de uiteindelijke werking van de systematiek. Hiermee heeft DBC-Onderhoud dan ook het vermogen een groot stempel te drukken op de ontwikkeling van de DBC-systematiek.

De algehele regiehouder in de DBC-systematiek is de minister van VWS, en daarmee ook het ministerie van VWS. Het is de minister die uiteindelijk richting geeft aan de DBC-ontwikkeling.⁴⁹ Aan de hand van lobby van de hierboven besproken actoren en toezeggingen aan de Tweede Kamer, vaak gebaseerd op elementen die in de publieke opinie een uitgang hebben gevonden, wordt door de minister steeds een

⁴⁴ Orlikowski, W.J. (1992).

⁴⁵ Dit blijkt alleen al uit het feit dat bijna alle betrokken actoren in de eerste helft van 2006 een bezinningsstuk op de DBC-systematiek hebben geschreven waarin suggesties worden gedaan voor verbeteringen en aanpassingen in de nabije toekomst. Zo zijn onder andere de volgende rapporten verschenen: NVZ vereniging van ziekenhuizen (juni 2006). / Orde van Medisch specialisten (mei 2006). / Sogeti (juni 2006). *DBC moet. Maar dan wel goed! Doet ICT wat het moet?* / VWS. ZN. NFU, NVZ, Orde, NPCF (juni 2006). *DBC's: eenvoudig beter; De kunst van het weglaten.*

⁴⁶ Nederlandse Internisten Vereniging, DBC-Onderhoud (juni 2005). *Instructie DBC-registratie Interne Geneeskunde 2005*, Utrecht / Nederlandse Orthopaedische Vereniging, Overgangsorganisatie DBC-Onderhoud (juni 2005). *Instructie DBC-registratie Orthopedie 2005*, Utrecht

⁴⁷ DBC-Onderhoud (2005), p. 4.

⁴⁸ DBC-Onderhoud (2005), p. 3.

⁴⁹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004).

ontwikkelrichting uitgezet. De wijzigingen worden vervolgens uitgewerkt door DBC-Onderhoud, die over de wijzigingen diverse overleggen pleegt met de veldpartijen. De wijzigingen worden daarna voorgelegd aan het College Tarieven Gezondheidszorg – zorg autoriteit in oprichting (ctg-zaio), die de effecten van de wijzigingen doorrekent en daar de minister weer over informeert. Hiermee kan de minister een besluit nemen en is, na het doorlopen van dit uitgebreide traject, de wijziging goedgekeurd. Vervolgens kunnen dan de softwareleveranciers en ziekenhuizen aan de slag om hun systemen en organisatie aan te passen op de nieuwe wijzigingen.

Tijdens het interview met de Orde van Medisch Specialisten werd teruggekeken op de ontwikkeling die de DBC-systematiek heeft doorgemaakt en hoe het heeft kunnen gebeuren dat de systematiek zo complex is geworden. Vanuit de eenvoudige basis van enkel en alleen de DBC-registratie, zoals initieel opgezet door de Orde, de NVZ en ZN, hebben steeds andere actoren, ieder vanuit hun eigen belang, een stempel kunnen drukken op de ontwikkeling van de DBC-systematiek. Zo zijn er steeds elementen aan de systematiek toegevoegd, daarbij steeds reacties van de andere actoren uitlokkend, die vervolgens weer wijzigingen tot gevolg hebben.⁵⁰ De onderlinge verhouding van de betrokken actoren heeft duidelijk een grote rol gespeeld bij de ontwikkeling van de DBC-systematiek, en heeft daarmee ook gevolgen voor de wijze waarop de rol van de specialist in de DBC-systematiek is vormgegeven.⁵¹

3.2 Posities en visies van de betrokken actoren

Nu het krachtenveld van actoren rondom de ontwikkeling van de DBC-systematiek bekend is, zal hieronder op de verschillende belangen en visies van de respectievelijke actoren in de DBC-systematiek worden ingegaan. Bepaalde keuzes die zijn gemaakt in de ontwikkeling van de DBC-systematiek zullen dan beter begrepen kunnen worden, en er zal ook meer inzicht in de huidige werking ontstaan.

De overheid

Het belangrijkste doel van de overheid is om de zorg betaalbaar te houden, om zo zorg aan de burgers te kunnen blijven garanderen. Daarom is de overheid van mening dat er iets gevonden moet worden op de almaar stijgende kosten in verband met de vergrijzing, en de nieuwe, betere maar ook duurdere, behandelmethoden. Vandaar dat de overheid graag marktwerking in wil voeren. Om marktwerking in te kunnen voeren, is eerst inzicht nodig in de kosten en inhoud van de specifieke behandeling. Ook dient een uniforme structuur van zorgproducten te worden gedefinieerd. Hiermee is het vervolgens mogelijk om de zorg meer onderling te vergelijken, en de concurrentie tussen ziekenhuizen te bevorderen. De overheid heeft een aantal organen waarmee zij meer of minder direct bij de DBC-ontwikkeling betrokken is. Ten eerste is er het ministerie van VWS zelf, met aan het hoofd de minister van VWS. Hoewel de DBC-systematiek nooit ontwikkeld had kunnen worden zonder de instemming en hulp van de andere betrokken actoren, is het ministerie van VWS de grote initiator van het DBC-project. De minister is de grote beleidsbepaler en alle partijen leggen verantwoording af aan de minister. Majeure wijzigingen kunnen alleen tot stand komen met goedkeuring van de minister. De minister draagt er zorg voor dat de nodige wetten aangepast worden, en dat alle betrokken actoren de juiste bevoegdheden hebben om de DBC-registratie mogelijk te maken.

⁵⁰ Interview Orde van Medisch Specialisten, 9 juni 2006.

⁵¹ Interview Orde van Medisch Specialisten, 9 juni 2006.

De oorspronkelijke doelstellingen van de minister van VWS zijn: transparantie van het zorgaanbod, prestatiebekostiging en de introductie van marktwerking.⁵² Hiermee beoogt de minister respectievelijk dat er inzicht komt in wie wat doet tegen welke prijs, er loon naar werken is, en dat er meer concurrentie ontstaat tussen ziekenhuizen.⁵³ De minister heeft echter moeten constateren dat de transparantie van de DBC-systematiek zelf te wensen over laat:

De invoering van het DBC systeem toont aan dat om verschillende redenen het systeem te complex is geworden. Vereenvoudiging is een noodzaak. Vereenvoudiging moet wel in de juiste context geplaatst worden. Het moet immers de huidige problemen oplossen en de introductie van prestatiebekostiging en uitbreiding van het aantal DBC's met vrije prijzen ondersteunen.⁵⁴

De minister heeft een plan opgesteld voor aanpassingen in de DBC-systematiek die vanaf 1 januari 2007 doorgevoerd zouden kunnen worden. Hierin zijn ook voorstellen ter vereenvoudiging van de systematiek meegenomen.

Een tweede overheidsorgaan dat betrokken is, is de Tweede Kamer. De minister van VWS moet immers verantwoording afleggen aan de Tweede Kamer. Middels brieven en kamerstukken houdt de minister de Kamer op de hoogte, en vraagt zo goedkeuring voor het gevoerde beleid. De Tweede Kamer heeft tot doel om ervoor te waken dat er door de invoering van de DBC-systematiek voor de Nederlandse bevolking en alle betrokken actoren geen onwenselijke situaties ontstaan. Hiervoor hoeft de Kamer overigens niet het initiatief van de minister af te wachten. De Kamer kan ook zelfstandig de minister ondervragen over de systematiek en kan, indien dat in ogen van de Kamer nodig is, de minister onder druk zetten om aanpassingen door te voeren. Via de Kamer krijgen partijen die een niet zo'n sterke stem hebben in de ontwikkeling van de DBC-systematiek ook een stem. Zo is via de weg van de publieke opinie er door patiënten aangedrongen op een oplossing voor spooknota's.

DBC-Onderhoud

DBC-Onderhoud is, zoals eerder genoemd, een belangrijk door de overheid gesubsidieerd orgaan dat betrokken is bij de ontwikkeling van de DBC-systematiek. Feitelijk is de enige taak van DBC-Onderhoud om de wensen van veldpartijen na goedkeuring door de minister uit te werken. Wat de introductie van de DBC-systematiek erg lastig heeft gemaakt, is volgens DBC-Onderhoud het feit dat men wilde dat het systeem direct goed zou werken. Daardoor is, volgens DBC-onderhoud het systeem publiek en ook politiek bezit geworden, en dat maakt het manoeuvreren en verbeteren van het systeem voor hen een lastige klus.⁵⁵

Hoewel zij zelf er dus geen visie op behoort te houden - omdat zij slechts een uitvoeringsinstantie is - heeft DBC-Onderhoud veel zeggenschap over de verankering van de afgesproken wijzigingen in de systematiek. Juist over de wijze waarop de systematiek vorm heeft gekregen is zoveel discussie. Daarmee is de naam DBC-Onderhoud misleidend, omdat het sturend vermogen van DBC-Onderhoud op de ontwikkeling van de DBC-systematiek veel groter is dan van een onderhoudsorganisatie verwacht kan worden. Toch heeft DBC-Onderhoud bij het doorvoeren van wijzigingen niet het laatste woord. De inhoudelijk door te voeren wijzigingen worden weliswaar door DBC-Onderhoud opgesteld en tot een

⁵² Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004).

⁵³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006), p. 1.

⁵⁴ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006), p. 4.

⁵⁵ Interview DBC-Onderhoud, 9 juni 2006.

samenhangend pakket gemaakt. Het pakket zelf moet echter nog beoordeeld worden door het ctg-zaio. Wanneer door de invoering van het pakket wijzigingen ongewenste macro-economische effecten zouden ontstaan, wordt een negatief advies uitgebracht, en moet DBC-Onderhoud het hele pakket terugtrekken.⁵⁶ Zo'n terugtrekking van een pakket heeft diverse implicaties, ook voor andere actoren, hetgeen blijkt uit het volgende citaat:

Het lastige is, dat er nog niet heel veel is opgeleverd aan de ziekenhuizen. Dat heeft formele vaststellingsredenen. Wij zouden afgelopen juni [2006] een pakket met allerlei systeemwijzigingen opleveren, maar dat pakket is bevroren op basis van allerlei publiekrechtelijke overwegingen. ... Het probleem is, dat het CTG aan het eind van de keten zit, en zij moeten het pakket bekrachtigen. Het kan dan zijn dat er discussie komt, niet over de inhoud van het pakket, maar over de effecten van het pakket. Dat heeft er toe geleid dat zo'n pakket toch averij oploopt aan het eind van de rit, terwijl iedereen al bezig is, ook in z'n software-uitlevering om dat pakket geïmplementeerd te krijgen.⁵⁷

DBC-Onderhoud moet de pakketten dan ook met de grootste zorgvuldigheid samenstellen om zo dit soort ongewenst uitstel te voorkomen. Voor henzelf is het ook heel vervelend, omdat veel tijd en energie op deze manier verloren gaan, en de ontwikkeling van de systematiek achter gaat lopen op de planning.

Een tweede belangrijk aspect is, dat er nog niet veel voorstellen voor zorgvernieuwing aan de WAR zijn gedaan. Toch blijkt uit de interviews met de internisten en de DBC-projectleiders dat er geregeld problemen zijn met registratie van als-niet-declarabel-gelabelde DBC's.⁵⁸ De bewustwording dat bij het doen van iets nieuws – zorgvernieuwing – ook een nieuwe DBC moet komen, is er nog niet. Daar ligt een taak voor de Orde, de ziekenhuizen, en DBC-Onderhoud om richtbaarheid aan te geven.⁵⁹ Daarnaast zou nog kunnen blijken dat de hoeveelheid dossiereisen die de WAR stelt eventuele aanmeldingen bij voorbaat al blokkeert.

De Orde (van Medisch Specialisten)

De Orde is vanaf 1995 nadrukkelijk betrokken geweest bij de ontwikkeling van de DBC-systematiek. Ze hebben onder andere de eerste wetenschappelijke verenigingen begeleid met het ontwikkelen van typeringslijsten. De Orde is van mening dat de DBC-systematiek een mooie methode is om een aantal noodzakelijke wijzigingen door te voeren in de honorering van de specialist. Het oude verrichtingsstelsel van voor de DBC was niet aangepast aan de tijd van tegenwoordig, waardoor grote inkomensverschillen ontstaan zijn tussen specialismen. Ondanks dat de achterban liever wilde vasthouden aan het oude verrichtingsstelsel, heeft de Orde gekozen voor de weg van de DBC:

De DBC-systematiek leidt, in goede werking, tot een herallocatie tussen specialismen. Dat is een doelbewust beleid geweest vanuit de Orde. Daarmee hebben wij ons niet bij alle specialismengroepen populair gemaakt, maar het is wel reëel. ... Dat heeft bijna een keer een bestuur de kop gekost, en het heeft tot een ALV geleid waarin het op het nippertje was of de DBC-systematiek zou worden afgeschoten.⁶⁰

⁵⁶ Onlangs is dit nog gebeurd met de wijzigingen die zouden worden doorgevoerd per 1 juli 2006. Nu wordt gepoogd die grotendeels alsnog door te voeren per 1 januari 2007.

⁵⁷ Interview DBC-Onderhoud, 9 juni 2006.

⁵⁸ Interview DBC-projectleider, 31 mei 2006 / Interview internist, 21 juni 2006 / Interview DBC-projectleider, 21 juni 2006 / Interview Nederlandse Internisten Vereniging, 28 juni 2006.

⁵⁹ Interview DBC-Onderhoud, 9 juni 2006.

⁶⁰ Interview Orde van Medisch Specialisten, 9 juni 2006.

Het probleem in de oude systematiek werd veroorzaakt doordat de tarieven gebaseerd waren op de situatie van de invoering destijds. Sommige behandelingen gebeuren echter inmiddels op een hele andere manier, waardoor ze bijvoorbeeld minder tijd kosten dan voorheen. De honorering voor deze verrichtingen is echter nooit aangepast, en dus krijgen specialisten die veel van dit soort ingrepen uitvoeren een veel hogere honorering dan collega's die behandelingen uitvoeren waar niet deze ontwikkeling heeft plaatsgevonden.⁶¹

Voor de specialisten brengt de DBC-registratie buiten de herallocatie van de honoraria nog andere risico's met zich mee. Zo worden medische fouten, maar ook de efficiëntie van het handelen in bijvoorbeeld het (gemiddeld) aantal aangevraagde laboratorium- of röntgenonderzoeken per soort behandeling, door de DBC inzichtelijk voor zowel de overheid⁶² (via de DIS-aanlevering) als voor de ziekenhuizen. De ziekenhuizen hebben nu de mogelijkheid de specialisten hierop aan te spreken. Voor specialisten die gewend zijn autonoom te handelen, is dat een hele stap. Vooral wanneer dit soort informatie ook als onderdeel van de B-segment onderhandelingen bij de verzekeraars terecht zou komen, is de kans groot dat de ziekenhuizen de specialisten zullen dwingen tot efficiënt maar zorgvuldig handelen om daarmee een lage prijs aan de verzekeraar te kunnen aanbieden.

Naast het inzicht dat ontstaat in de opbouw van de geleverde zorg, is ook de extra tijd die de specialist kwijt is aan de registratie van de DBC, geregeld onderwerp van discussie. Tijd waarin, zoals specialisten aangeven, ook patiënten geholpen hadden kunnen worden. Ook moeten zij de DBC-systematiek en de typering leren begrijpen, en is hun relatie met het ziekenhuis ingrijpend veranderd: het ziekenhuis is van ruimteverschaffer tot medebeleidsmaker geworden. Wanneer we dit in ogenschouw nemen, rijst de vraag waarom de specialisten eigenlijk bij monde van de Orde hebben toegezegd mee te werken aan de DBC-systematiek.

De Orde heeft hier echter duidelijke redenen en argumenten voor gehad. De DBC-systematiek maakt het namelijk in de ogen van de Orde mogelijk om een aantal professionele beroepswaarden en kenmerken veel beter te realiseren. Volgens de Orde zijn belangrijke professionele aspecten van de specialisten: loon naar werken, waar voor je geld, transparantie, behoud fiscaal ondernemerschap, vraagsturing en marktwerking. 'Loon naar werken' beoogt een eerlijker verdeling van honorering tussen specialismen onderling op basis van normtijd maal uurtarief. Dit betekent dat een specialist, ongeacht het specialisme, een evenredige vergoeding krijgt voor de tijd die hij aan de patiënt besteedt. 'Waar voor je geld' houdt in dat verzekeraars (en dus patiënten) niet teveel betalen voor een zorgproduct. Met dit punt wordt vooral bedoeld op het efficiënt werken, waardoor kosten gedrukt kunnen worden. Doordat de prijzen per product met de intrede van de DBC bekend zijn, is dat nu ook mogelijk. Voorheen was het namelijk niet mogelijk de kosten voor een complete behandeling uit de ziekenhuisregistraties te destilleren. Met 'Transparantie' wordt bedoeld op het meer inzichtelijk maken van het gehele zorgtraject (diagnostiek en behandeling). Zo wordt verklaard wat er allemaal is uitgevoerd gedurende de behandeling van de betreffende patiënt. Het 'Behoud fiscaal ondernemerschap' moet binnen de DBC-structuur gehandhaafd blijven, zodat de specialist zelfstandig ondernemer kan blijven, werkzaam in een ziekenhuis. Deze doelstelling heeft vooral belastingtechnische

⁶¹ Interview Orde van Medisch Specialist, 9 juni 2006.

⁶² Deze gegevens zijn door de overheid echter niet tot een specifiek ziekenhuis of een specifieke specialist te herleiden. Het betreft hier enkel DBC-profielen op basis waarvan landelijke gemiddelden (en afwijkingen daarop) vastgesteld kunnen worden. Ook verzekeraars hebben, met bepaalde restricties, toegang tot gegevens van de DIS.

consequenties. 'Vraagsturing' betekent dat er meer verantwoordelijkheid bij de veldpartijen wordt neergelegd en de overheid terugtreedt. Vanuit de situatie van het vorige systeem, waarbij het budget voor het lopende jaar van tevoren al vast stond, komt er in de DBC-systematiek meer ruimte om, bij een grotere vraag ook daadwerkelijk meer zorg te leveren. Anders dan in de oude systematiek hoeven de productieverhogingen dan niet uit eigen zak betaald te worden. Met 'Marktwerking' wordt beoogd dat verzekeraars middels afgesloten contracten steeds meer patiëntenstromen zullen proberen te sturen.⁶³ Door het voordelig contracteren kan het zijn dat een bepaalde patiënt door zijn zorgverzekeraar voor de behandeling van de ene aandoening naar ziekenhuis A wordt gestuurd en voor de andere aandoening naar ziekenhuis B.

Kort samengevat willen specialisten een eerlijker vergoeding voor geleverde diensten en meer vrijheid dan in het oude systeem. De DBC-systematiek verloopt echter op dit moment nog niet op alle punten ideaal. Het grootste probleem dat de Orde op dit moment met de DBC-systematiek heeft, is dat voor het A-segment het loon naar werken helemaal niet gehaald wordt. De indeling van de DBC's in clusters met dezelfde prijs is daarvoor te grof en onnauwkeurig.⁶⁴ De conclusie die de Orde dan ook trekt is:

De huidige werking van het DBC-systeem alsmede de huidige werking van de bekostiging en financiering in de medisch-specialistische zorg is (nog) niet in overeenstemming met de oorspronkelijke uitgangspunten. Duidelijk blijkt dat we in het B-segment op de goede weg zijn op het gebied van 'loon naar werk', 'waar voor je geld', de transparantie en de marktwerking. Helaas betreft dit maar tien procent van de zorg. Dit vraagt eigenlijk om een forse uitbreiding van het B-segment. Politieke steun voor uitbreiding blijft echter achterwege zolang het DBC-systeem alsmede de processen eromheen niet verbeteren.⁶⁵

Om de Orde mee te krijgen in de doorontwikkeling van de DBC-systematiek moet dus eerst een klus geklaard worden. Hier ligt een grote uitdaging voor alle betrokken partijen. Een uitdaging, waarvan de uitkomst wel eens bepalend kon zijn voor de toekomst van de DBC-systematiek.

De ziekenhuizen (NVZ/NFU)

Voor de ziekenhuizen heeft de invoering van de DBC-systematiek een enorme impact gehad. De hele administratieve organisatie moest opnieuw worden opgezet om het werken volgens de DBC-systematiek mogelijk te maken. Ook zijn er enorme investeringen gedaan in ICT-systemen en opleidingen voor werknemers. Alle vijf in Nederland opererende ICT-leveranciers⁶⁶ hebben ieder de verplichtingen van de DBC-systematiek in hun software opgenomen. Het blijkt echter dat de ondersteuning door de verschillende softwarepakketten nog niet optimaal is. Daarnaast wordt door de ziekenhuizen vaak ook niet optimaal gebruik gemaakt van de instellingsmogelijkheden van de softwarepakketten.⁶⁷ Hierdoor zou de ondersteuning die ziekenhuizen bieden aan de gebruikers van de software nog kunnen verbeteren.

Veel ziekenhuizen hebben extra personeel moeten aannemen om te kunnen voldoen aan de eisen die de overheid stelt aan de DBC-systematiek. Toch is de NVZ,

⁶³ Orde van Medisch specialisten (mei 2006).

⁶⁴ Interview Orde van Medisch Specialist, 9 juni 2006.

⁶⁵ Orde van Medisch specialisten (mei 2006), p. 41.

⁶⁶ Dit zijn: Chipsoft, Isoft, Getronics PinkRocade, McKesson en Sap.

⁶⁷ Sogeti (juni 2006).

de koepel van de algemene ziekenhuizen, één van de initiatiefnemers van de ontwikkeling van de DBC-systematiek. Om te begrijpen waarom de NVZ voorstander is van de DBC-systematiek, moeten we terug naar de uitgangspunten. De oorspronkelijke doelstellingen van de NVZ zijn: onderhandeling op basis van DBC's, integrale bekostiging en financiering op basis van DBC's, en prijzen voor de DBC's op basis van de integrale kosten van het ziekenhuis en de honoraria van de medisch specialisten. De achterliggende gedachte hierbij is, dat er een einde zou komen aan de budgetbeperking, waarbij de productiegroei geremd wordt zoals in het FB-systeem het geval was. De DBC-systematiek schept namelijk mogelijkheden tot een hogere productiegroei omdat ziekenhuizen nu ook over aantallen DBC's met de verzekeraars afspraken maken. Met de huidige vergrijzing biedt dat voor de ziekenhuizen zeker perspectieven. De DBC systematiek biedt echter meer voordelen:

Het belangrijke voordeel van de DBC-systematiek is, dat het inzicht in de bedrijfsvoering aanzienlijk verbetert. Wanneer je goed gaat registreren, zie je dat de ene specialist voor een bepaalde groep patiënten veel meer kosten maakt dan een andere specialist, en dat is voor het besturen van het ziekenhuis, voor het besturen van gezondheidszorg, buitengewoon belangrijk. Op basis daarvan kunnen nieuwe normen gesteld worden wat voor de behandeling van een bepaalde aandoening aan kosten gemaakt mag worden en wat daarvoor gerekend mag worden. En er is iets dat misschien nog veel belangrijker is: je kunt niet alleen de kosten bedrijfseconomisch bekijken, maar ook je kwaliteitssysteem. De kwaliteit van zorg, waarbij ook een norm gegeven kan worden voor kwaliteit, namelijk dat iedere patiënt die in feite te veel zorg krijgt, die te veel behandeld wordt, in feite slechte gezondheidszorg is. Niet eens vanuit bedrijfseconomisch motief, maar vooral vanuit professioneel motief. Dit kwaliteitsaspect kan een geweldig belangrijk bijproduct worden. Tenminste, wanneer er goed gewerkt wordt met het DBC-systeem. Dan gaan we een belangrijke stap vooruit.⁶⁸

Op deze manier is de DBC niet alleen goed voor de ziekenhuizen, maar ook voor de patiënten. Bovendien zal patiëntvriendelijkheid steeds meer een rol gaan spelen in de keuze van een patiënt voor een bepaald ziekenhuis. De vanzelfsprekendheid dat patiënten naar het ziekenhuis in hun eigen verzorgingsgebied gaan, zal langzamerhand verdwijnen. Omdat een ziekenhuis zonder patiënten niet kan bestaan, dient het ziekenhuis hier op tijd bij stil te staan.

De zorgverzekeraars (ZN)

Voor de verzekeraars biedt de DBC-systematiek veel voordelen. Hun steun hieraan lijkt dan ook niet zo opzienbarend. Het hele idee van marktwerking en transparantie, gecombineerd met afspraken over prijs, hoeveelheid en kwaliteit geeft de verzekeraars veel meer controle over de geleverde zorg, en dus over de werkwijze van ziekenhuizen en specialisten. De verzekeraars willen hun verzekerde goede en betaalbare zorg bieden. Doelmatigheid is daarbij een belangrijk uitgangspunt. Door toepassing van de marktwerking wordt dit in de DBC-systematiek bereikt en komt een reële en transparante prijsvorming tot stand. Voor de verzekeraars is het dan ook gunstig om zo veel mogelijk zorg in het B-segment te hebben, omdat de verzekeraars dan maximale invloed uit kunnen oefenen op het zorgaanbod en daarmee het meeste kunnen bereiken voor hun patiënten. Die invloed zou zelfs zo ver kunnen gaan, dat de verzekeraars zeggenschap krijgen over welke zorg in welk ziekenhuis ontwikkeld gaat worden. Het gaat dan met andere woorden om de vraag welk ziekenhuis zich mag

⁶⁸ Interview ziekenhuisdirectie, 31 mei 2006.

pecialiseren op welke gebieden. Deze gedachten worden door de verzekeraars ook daadwerkelijk uitgesproken omdat ze hiermee hun positie nog meer kunnen verstevigen.⁶⁹ Door goed en voordelig in te kopen zouden de voordelen voor de verzekeraars daadwerkelijk terug kunnen worden gegeven aan de verzekerde.

De patiëntenbelangen organisaties (NPCF en CBP)

Bij de ontwikkeling van de DBC-systematiek zijn een tweetal consumentenorganisaties betrokken. Dit zijn de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). Het doel van de NPCF is het "realiseren van vraaggestuurde zorg voor patiënten en consumenten vanuit het patiëntenperspectief, uitgaande van solidariteit, keuzevrijheid en behoud van persoonlijke autonomie".⁷⁰ Zij benadrukt hierbij dat patiënten ervaringsdeskundigen zijn die een eigen opvatting hebben over wat 'goede zorg' is, en dat deze opvatting maatgevend moet zijn bij de beoordeling van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Belangrijke issues hierbij zijn de betaalbaarheid van zorg, keuzevrijheid, het ontvangen van goede informatie van zorgverleners en het laten horen van de stem van de patiënt bij de beleidsmakers in de gezondheidszorg: de politiek, overheden, zorgaanbieders en verzekeraars.

Het CBP ziet er op grond van de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) als onafhankelijke instantie op toe dat persoonsgegevens zorgvuldig worden gebruikt en beveiligd en dat de privacy van burgers ook in de toekomst gewaarborgd blijft.⁷¹ Het CBP stimuleert de eigen verantwoordelijkheid van burgers en organisaties, maar kan ook handhavend optreden. Hoewel een DBC gedetailleerde (medische) informatie over een patiënt bevat, is hierop zowel de WBP als het beroepsgeheim van toepassing en mogen alleen gegevens die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de wettelijk omschreven doeleinden worden verstrekt.

Hoewel de NPCF en het CBP belangrijke taken hebben met betrekking tot de DBC-systematiek, zijn ze pas in een relatief laat stadium bij de ontwikkeling hiervan betrokken. Deze late betrokkenheid heeft bijgedragen aan de hoge complexiteit van de DBC-systematiek.⁷² Toch kan hun betrokkenheid, gezien de steeds belangrijker wordende rol van de patiënt, als niet meer dan logisch gezien worden. Het in een vroegtijdig onderkennen van het belang van deze actor had dan ook wellicht een groot aantal problemen kunnen voorkomen.

3.3 Het programma voor de specialist

Uit voorgaande is duidelijk geworden dat een consequentie van de invoering van de DBC-systematiek is dat een aantal actoren een andere rol krijgen in het totale zorgproces. Specialististen krijgen een veel actievere rol in het hele zorgproces. In plaats van alleen op medisch gebied te handelen, moeten ze nu ook DBC's registreren, patiënten voorlichting geven over de prijs van B-segment DBC's en over de verzekeraars waarmee voor deze DBC's contracten zijn afgesloten. Omdat de specialisten uiteindelijk degenen zijn die de DBC's moeten gaan registreren en die de patiënten tijdens het spreekuur van informatie moeten gaan voorzien, is hun medewerking en inzet bepalend voor het slagen van de vooraf gedefinieerde doelstellingen.

⁶⁹ De Friesland Zorgverzekeraar (oktober 2003). *Inkoopbeleid*. Amsterdam: MullerVisual Communication.

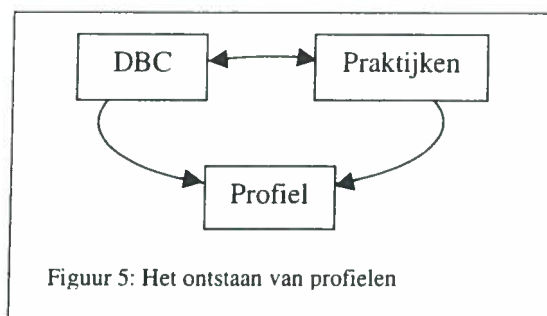
⁷⁰ <http://www.npcf.nl>

⁷¹ <http://www.cbppweb.nl>

⁷² Orde van Medisch specialisten (mei 2006).

Waar de rol van de specialist in de oude systematiek (vooral) beperkt bleef tot het medisch handelen, krijgt hij in de nieuwe systematiek ook administratieve en informatieve verantwoordelijkheden. Voordat een door de specialist geregistreerde (en gesloten) DBC omgezet kan worden tot een declaratie, moeten er door het ziekenhuis een aantal door het ctg-zaio voorgeschreven (geautomatiseerde) controles worden uitgevoerd. Dit houdt in dat de DBC met de daaraan gekoppelde verrichtingen tegen bepaalde landelijke tabellen gehouden moet worden. Hierbij wordt gecontroleerd of de gekoppelde verrichtingen wel bij de geregistreerde DBC horen. Indien er geen onregelmatigheden worden gevonden, wordt de DBC-code gevalideerd en kan de DBC gefactureerd worden. Indien de gekoppelde verrichtingen bij de DBC niet kloppen, kan de DBC niet gefactureerd worden. De DBC moet dan door de specialist worden aangepast. Feitelijk is de verantwoordelijkheid voor het typeren van de *juiste* DBC aan deze module gedelegeerd. De module controleert hiermee de specialist op dwingende wijze (en de module heeft altijd gelijk). Zonder de aanwezigheid van de door de validatiemodule vereiste gegevens, wordt deze niet goedgekeurd en kan de DBC niet gefactureerd worden. Latour beschrijft een zelfde soort dwingende delegatie bij de veiligheidsgordel in de auto, waarbij aan deze gordel de verloren gegane moraal van de bestuurder wordt gedelegeerd.⁷³ Bij de specialist is er dan misschien geen sprake van een verloren gegane moraal, maar zeker kan gesteld worden dat er een portie gezond wantrouwen is bij de verzekeraars. Alleen al het bestaan van de validatiemodule wijst hierop.

DBC's worden tijdens medische praktijken door de specialist geregistreerd. Tegelijkertijd met de DBC-registratie worden ook de verrichtingen geregistreerd door de betreffende afdeling of door het poliklinisch secretariaat. Door beide soorten registraties samen te brengen, ontstaan profielen: een overzicht van alle verrichtingen die zijn uitgevoerd in het kader van een DBC. Anders gezegd is een profiel het pakket aan medische ingrepen dat voor de behandeling van de betreffende patiënt is uitgevoerd. Dit proces van het opbouwen van profielen uit de registratie van DBC's en de gekoppelde zorgactiviteiten die zijn uitgevoerd tijdens de lokale medische praktijken is te vinden in figuur 5.



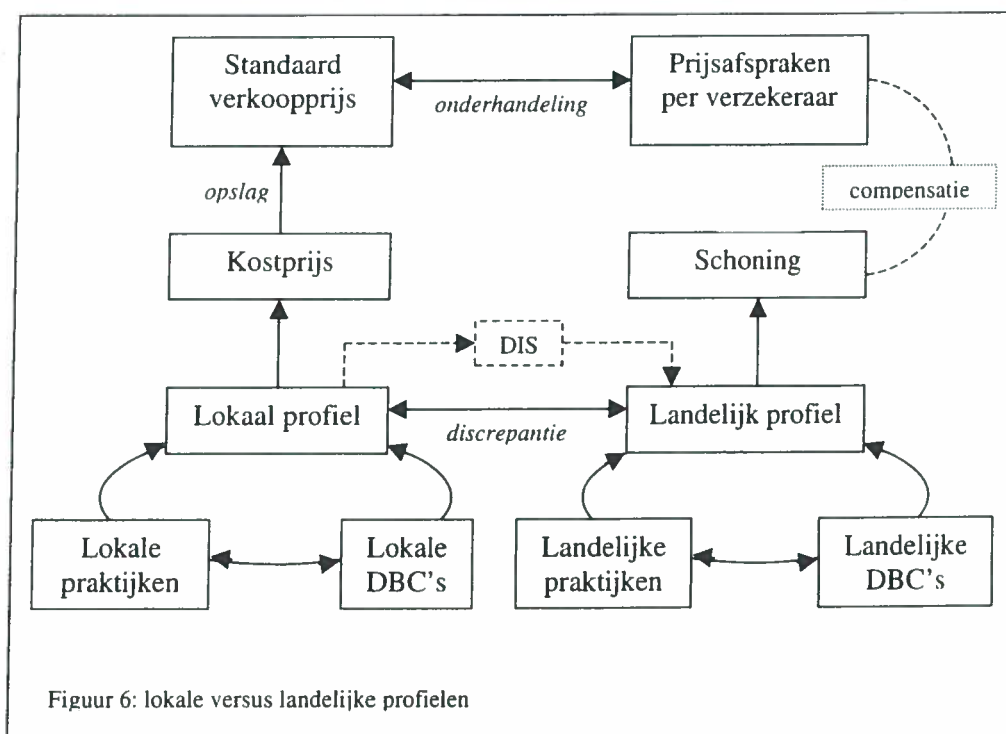
Nu kunnen we ons afvragen wat zo'n profiel van één DBC ons zegt. Op zich is dat niet meer dan dat in het kader van deze DBC deze betreffende ingrepen hebben plaatsgevonden. De kracht zit hem in het verzamelen van profielen en daarmee in het samenstellen van gemiddelde profielen: door van een groot aantal van dezelfde DBC's te kijken welke verrichtingen geregistreerd zijn en daaruit een gemiddeld profiel af te leiden voor die DBC, ontstaat er inzicht in de samenstelling van de

⁷³ Latour, B. (1993).

gemiddelde behandeling bij die DBC. Het is dit gemiddelde profiel dat in de DBC-systematiek een grote rol speelt, en wel op twee manieren.

Ten eerste ontstaan er uit de DIS-aanleveringen van alle ziekenhuizen landelijke profielen. De overheid gebruikt deze profielen om te achterhalen hoeveel parameters uit de 'oude' verrichtingenregistratie er in de B-segment DBC's zitten. Vervolgens wordt bepaald hoe vaak de ziekenhuizen de behandelingen behorende bij de B-segment DBC's het afgelopen jaar uitgevoerd hebben, zodat per ziekenhuis het aantal parameters dat bij de B-segment DBC's horen bekend is. Het bedrag dat hier in het 'oude' FB-systeem tegenover zou staan wordt van het ziekenhuisbudget afgehaald en moet worden terugverdiend door de verkoop van B-segment DBC's aan verzekeraars. Deze vermindering van het budget wordt schoning genoemd.⁷⁴

Naast de landelijke profielen ontstaan er per ziekenhuis ook lokale profielen. In deze lokale profielen ligt vast hoe in dat ziekenhuis de gemiddelde behandeling behorende bij die DBC eruit ziet. Voor de B-segment DBC's moeten ziekenhuizen de kostprijs uitrekenen om, middels een opslag, tot een standaardverkoopprijs te komen. Deze standaardverkoopprijs is voor ziekenhuizen de basis voor prijsonderhandelingen met zorgverzekeraars. Door korting te geven aan grote afnemers van B-segment DBC's verzekert het ziekenhuis zich van patiënten voor B-segment DBC's, maar in ruil voor deze zekerheid verliezen zij een deel van de marge. Om groot in te kunnen kopen verenigen verzekeraars zich in veel gevallen tot inkoopcombinaties, zodat prijsafspraken voor groepen zorgverzekeraars ontstaan. De totale afname van het aantal B-segment DBC's moet zorgen voor compensatie van de schoning op het ziekenhuisbudget, wat terug te zien is in de volgende figuur:



⁷⁴ Overigens is deze schoning een raming, na afloop van het jaar wordt op basis van de werkelijk uitgevoerde B-segment DBC's de schoning definitief vastgesteld.

Links in de figuur staan de lokale, voor een bepaald ziekenhuis geldende gegevens, terwijl aan de rechterkant de landelijke gegevens staan. De lokale profielen worden middels de DIS-aanleveringen van alle individuele ziekenhuizen omgezet in landelijke profielen. De landelijke profielen worden gebruikt om de schoning, de budgetkorting voor het B-segment, te berekenen. Ziekenhuizen moeten dit terugverdienen door op basis van het gemiddelde lokale profiel van alle individuele B-segment DBC's een kostprijs te berekenen, hier een verkoopprijs voor vast te stellen en deze verkoopprijs met de verschillende verzekeraars te onderhandelen. Het is voor ziekenhuizen dan ook belangrijk om de kosten van de B-segment laag te houden. Het eerste dat daartoe gedaan kan worden, is de lokale profielen met de landelijke profielen te vergelijken. Door de discrepanties tussen beide profielen te bekijken weet het ziekenhuis of hun B-segment DBC's relatief goedkoop of duur zijn. Ook kan gekeken worden op welke onderdelen de verschillen optreden: is bijvoorbeeld het aantal polikliniekbezoeken lager, of de opnameduur, of het aantal laboratoriumonderzoeken of röntgenfoto's.

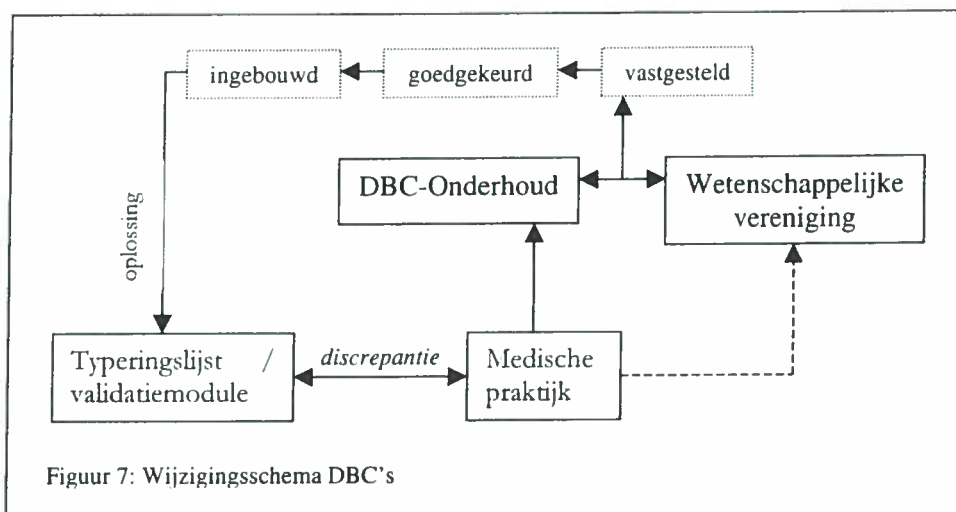
Naast het beperken van de kosten voor B-segment DBC's hebben ziekenhuis nog een tweede mogelijkheid om aan de hand van de profielen kosten omlaag te brengen. Zo kan niet alleen voor een bepaalde type DBC de kosten bepaald worden. Er kan ook gekeken worden of er binnen de registratiegegevens van dat type DBC verschil zit in de behandelmethode van de verschillende specialisten. Wanneer voor een bepaalde DBC de ene specialist altijd vier röntgenfoto's aanvraagt en zijn collega voor dezelfde DBC maar twee, kan dit aanleiding zijn voor het ziekenhuis om de betrokken specialisten aan te spreken op hun. Dit was tot voor de DBC-invoering onmogelijk, en betekent voor wat dat betreft een cultuuromslag. Het is alleen de vraag of de specialist hier zo blij mee zal zijn, omdat hij gewend is om autonoom te kunnen handelen en zelfstandig te kunnen bepalen welke behandelingen worden aangevraagd. Ook is het nog niet duidelijk of er ziekenhuizen zijn die de discussie over dit onderwerp al aan durven gaan.

Wat in ieder geval wel zal gebeuren, is dat de specialist met het ziekenhuis samen zal moet kijken waarom die bepaalde DBC op bepaalde punten duurder of goedkoper is. Bovendien zal de specialist gevraagd worden om in samenwerking met het ziekenhuis te pogen een kostenreductie voor de B-segment DBC's te realiseren. Op een aantal vlakken zoals kosten voor de gebouwen en administratief en ondersteunend personeel heeft het ziekenhuis zelf invloed, maar wanneer het gaat om de medisch inhoudelijke kant van de behandeling zal de specialist met voorstellen moeten komen. Zo kan hij aangeven of bij een bepaalde behandeling de opnameduur verkort kan worden, of dat door het toepassen van nieuwe technieken de totale behandeling kan worden verkort. Omdat specialisten doorgaans zelfstandig ondernemer zijn, kunnen specialisten door het ziekenhuis meestal niet gedwongen worden, maar alleen gestimuleerd, om hierin mee te werken.

Concluderend kan gezegd worden dat, wanneer het programma van de DBC-systematiek gevolgd wordt, de specialist geconsulteerd wordt over de opbouw van zijn B-segment DBC's, en worden van hem suggesties verwacht om de kostprijs van deze DBC's te verlagen. Hierbij zal eerst naar verschillen tussen het lokale en het landelijke profiel gekeken worden. De rol van de eigen organisatie is hierin zeer groot, waardoor het script voor dit programma bijna volledig wordt vastgelegd door de eigen ziekenhuisorganisatie.

3.4 De DBC en zorgvernieuwing

Naast de hiervoor besproken gewenste discrepanties, wier bestaan onderdeel uitmaakt van de werking van de DBC-systematiek, zijn er ook discrepanties die niet gewenst zijn. Deze ongewenste discrepanties zijn bijvoorbeeld discrepanties tussen de DBC-registratie en de medische praktijk, en zijn een bedreiging voor de DBC-registratie op zich. Deze discrepantie kan twee vormen aannemen: ten eerste kan het zo zijn dat de specialist een medische (hoofd be-)handeling verricht die niet te vatten is in de typeringslijst. In de instructies van de wetenschappelijke vereniging staat weliswaar dat in dat geval een typering moet worden gekozen die zo goed mogelijk aansluit bij de medische behandeling⁷⁵, maar het kan zijn dat de specialist op grond van zijn medische kennis het typeren van de behandeling onmogelijk acht. Op dat moment kunnen twee acties plaatsvinden. De specialist kan bij zijn eigen wetenschappelijke vereniging aangeven dat er tekortkomingen in de DBC-typeringslijsten zitten en, tezamen met zijn onderbouwing een verzoek tot aanpassing indienen. Een verzoek tot wijziging kan ook rechtstreeks of via het ziekenhuis aan DBC-Onderhoud gericht worden. Na vaststelling van het verzoek wordt, zo nodig na beoordeling door de WAR, het verzoek al dan niet goedgekeurd. Na goedkeuring moet de wijziging worden ingebouwd in de DBC-systematiek.⁷⁶ Deze hele cyclus is verbeeld in volgend schema:



Figuur 7: Wijzigingsschema DBC's

Dit inbouwen van de wijziging klinkt heel eenvoudig, maar het kan verstrekkende gevolgen hebben. In het eenvoudigste geval moeten de typeringslijst en de validatiemodule aangepast worden.⁷⁷ In wat meer complexe gevallen moeten beleidsregels van ctg-zaio aangepast worden, of moet de minister van VWS de wet laten aanpassen.⁷⁸ In ieder geval moeten de ICT-systemen van de ziekenhuizen aangepast worden.

Van de specialist wordt in dit DBC-programma nogal wat verwacht. Hij is er verantwoordelijk voor om een aanpassing bij de wetenschappelijke vereniging of bij

⁷⁵ Nederlandse Internisten Vereniging. DBC-Onderhoud (juni 2005). / Nederlandse Orthopaedische Vereniging. Overgangsorganisatie DBC-Onderhoud (juni 2005).

⁷⁶ DBC-Onderhoud (2005), p. 4-5.

⁷⁷ Een wijziging in een typeringslijst leidt altijd tot een aanpassing in de validatiemodule en vice versa. Een nieuwe typering moet immers ook gevalideerd kunnen worden, wat noodzakelijk een wijziging in de validatiemodule inhoudt.

⁷⁸ Interview DBC-Onderhoud, 9 juni 2006.

DBC-Onderhoud aan te vragen wanneer een behandeling niet te typeren valt. Wanneer hij dit niet doet, loopt hij grote kans dat de DBC (of de verrichtingen) tijdens de *matching* en validatie uitvallen. De specialist is verantwoordelijk voor het openen van DBC's. Wanneer de DBC te laat geopend wordt of te vroeg wordt afgesloten, kunnen de ingrepen niet aan de patiënt gekoppeld worden. Al deze uitval dient ook gecorrigeerd te worden.

In deze zin is het script van de DBC-systematiek onverbiddelijk. De DBC moet voldoen aan de regels van de *matching* en validatie, anders kan er nooit een declaratie volgen. Door aanpassingen in de tijd veranderen de *matching* en validatie geregeld, waardoor een bepaalde DBC op een gegeven moment ineens niet meer declarabel kan zijn, of omgekeerd.

Concluderend kan gesteld worden dat de vele uitgangspunten van de verschillende actoren een potentiële bedreiging zijn voor de uitwerking van de DBC-systematiek en de verdere doorontwikkeling daarvan. Door het steeds veranderende evenwicht in het actor-netwerk van de beleidsmakers worden alleen ad-hoc wijzigingen aan de DBC-systematiek doorgevoerd, zonder dat daar een duidelijke visie achter zit. Degene die hier uiteindelijk de dupe van worden zijn de gebruikers van de DBC-systematiek, waaronder de specialist. Nemen we hierin mee dat de specialisten aan strikte administratieve regels gebonden zijn en via rigide structuren belangrijke medische verbeteringen doorgevoerd moeten zien te krijgen in de DBC-systematiek, dan kan er een gerede twijfel bestaan of deze in de DBC-systematiek ingeschreven regels wel nageleefd zullen worden. Het om de systematiek heen werken kon voor de specialist namelijk wel eens minder problemen geven dan in de systematiek mee te gaan. Of de DBC-systematiek als geheel inderdaad gevaar loopt, zal verder duidelijk worden in het volgende hoofdstuk, waarin verder zal worden ingegaan op de dagelijkse medische praktijk van de specialist en zijn DBC-registratie.

LOKALE PRAKTIJKEN

In de voorgaande hoofdstukken heb ik geprobeerd te laten zien dat er voor de specialist met de komst van de DBC een grote verandering in de administratieve afhandeling van zijn medische werk heeft plaatsgevonden. Waar in deze eerdere hoofdstukken de focus meer heeft gelegen op de algemene werking, landelijke ontwikkelingen en de rol van de betrokken actoren, zal in dit hoofdstuk de focus op de medische praktijk van de specialist liggen en zal de tweede deelvraag: “Wat zijn de anti-programma’s die verschillende specialisten hanteren in de praktijk van de DBC-systematiek in specifieke ziekenhuizen?” beantwoord worden. Wat bij het beschouwen van de lokale situaties in het oog moet worden gehouden, is dat specialisten, zoals in hoofdstuk 3 is beschreven, medewerking aan het nieuwe systeem hebben toegezegd om meer vrijheid te krijgen dan in het oude functionele budgetteringssysteem en om beloond te worden naar inspanning, zonder inkomensplafond. In dit hoofdstuk zal dan ook bekeken worden in hoeverre de DBC-systematiek, zover als die nu is geïmplementeerd, veranderingen in de lokale praktijken heeft afgedwongen. Hierin zal ook in het bijzonder worden ingegaan op de effecten van de uitgangspunten van de verschillende betrokken actoren op de werking van de lokale DBC-praktijk. Effecten, die goeddeels middels de afgenomen interviews in de ziekenhuizen en met de specialisten naar voren zijn gekomen. Bij de analyse van deze praktijken komen ook de anti-programma’s naar voren die de specialisten hebben ontwikkeld om de DBC-systematiek voor hen in de praktijk werkbaar te maken.

In 4.1 zal eerst ingegaan worden op de registratieproblemen die de specialist ondervindt. Vervolgens zullen in 4.2 de anti-programma’s van de specialist in het DBC-systematiek aan de orde komen. Ten slotte zal in 4.3 de effecten van de DBC-systematiek op de ziekenhuisorganisatie nader belicht worden.

4.1 De specialist registreert

In de ziekenhuizen registreert de specialist elke dag voor de patiënten die hij ziet de bijbehorende DBC’s. Of de behandeling nu plaatsvindt op de polikliniek, in de kliniek of bij de spoedeisende hulp, de DBC wordt geregistreerd. Deze DBC-registratie moet worden gedaan naast alle medische handelingen die de specialist verricht. Het medisch handelen zal hierbij, als zijnde de primaire taak van de specialist, door de specialist altijd geprevaliseerd worden boven het administratief handelen. Bovendien blijkt het soms helemaal niet zo duidelijk welke DBC er eigenlijk geregistreerd dient te worden, zo blijkt uit het interview met de internist:

De hele ziekenhuisfinanciering, maar ook het doktershonorarium hangt vast aan die DBC, die vaak toch een beetje in de chaos van wat er gebeurt op zo'n dag geregistreerd moet worden, en waar bovendien veel willekeur in zit. Het is vaak helemaal niet duidelijk, zeker niet met de ingewikkelde interne patiënten, of je een diabetes [DBC] of hypertensie [DBC] of gecompliceerde diabetes [DBC] of een chronisch nierinsufficiëntie [DBC], of dat je richting de anomalie⁷⁹ moet scoren die zo'n patiënt heeft. Aan de ene kant zijn dokters altijd pietje precies, zeker internisten zijn dat. Dus die proberen dat zo gedifferentieerd mogelijk te doen. Aan de andere kant kom je in een enorme spagaat terecht, omdat je eigenlijk niet weet wat je aan het doen bent.⁸⁰

Het probleem van het kiezen van de juiste DBC blijkt echter ook specialisme-gebonden te zijn. Bij de orthopedie lijkt het probleem minder te bestaan en is met de typeringslijsten, volgens de door mij geïnterviewde orthopeed, heel goed te werken. Een verschil in de aard van de aandoeningen van patiënten die voor behandeling komen, kan wel eens aan deze verschillende ervaring ten grondslag liggen. Orthopedische patiënten komen namelijk vaak voor zeer duidelijk te classificeren problemen bij de specialist, terwijl bij de patiënten van internisten vaak sprake is van een complexe samenhang van verschillende problemen. Patiënten die bij de orthopeed zijn geweest gaan aan het eind van de behandeling ook "genezen verklaard" naar huis toe, terwijl bij de internist veel meer sprake is van chronische problemen, waarbij de behandeling steeds voort blijft duren.

Echter, ook de orthopedie heeft zijn eigen problemen. Zo vertelt de geïnterviewde vertegenwoordiger van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging over een voorbeeld uit zijn eigen praktijk:

Je hebt patiënten die geef je een injectie in zijn schouder en je zegt: kom over drie weken maar terug voor controle. En die patiënt komt niet. Vroeger hadden we dat ook wel, dat was niet zo erg. Maar nu blijft mijn hele administratie hangen: de DBC wordt niet gesloten. Dan komt de patiënt over vier maanden weer. De DBC staat nog steeds op en daar wordt het consult aan gehangen, terwijl het eigenlijk een nieuw geval is. Hier wil een specialist zich niet mee bemoeien.⁸¹

De hier genoemde problemen hebben betrekking op het afsluiten van DBC's. Wanneer de patiënt namelijk uitbehandeld is, moet de DBC gesloten worden, ook als de patiënt vervolgens wegblijft. Dit sluiten van DBC's wordt landelijk als een groot probleem gezien⁸², maar treedt vooral op bij specialismen waarbij de patiënt "genezen verklaard" het ziekenhuis verlaat. De internisten, met hun vele chronische patiënten, zullen hier daarom veel minder last van hebben dan de orthopeden. Kort gezegd komt het erop neer dat, hoewel de verplichting om DBC's te registreren voor alle specialisten hetzelfde is, de registratie zelf door de specialisten heel verschillend beleefd wordt.

Niet alleen de beleving van de specialisten is verschillend, maar ook de wijze waarop specialisten registreren. Sommige registreren rechtstreeks zelf in het systeem. Anderen geven de typering aan op een formulier en laten het vervolgens door de poli- of spreekuurassistent invoeren. De wijze waarop hieraan invulling wordt gegeven is verschillend per ziekenhuis, zelfs al binnen de twee door mij bezochte ziekenhuizen,

⁷⁹ De anomalie is in dit geval hetgeen dat dit ziektegeval afwijkend maakt van andere patiënten met soortgelijke aandoeningen.

⁸⁰ Interview internist, 21 juni 2006.

⁸¹ Interview Nederlandse Orthopaedische Vereniging, 28 juni 2006.

⁸² Orde van Medisch specialisten (mei 2006), p. 10.

en daarbinnen ook vaak weer verschillend per specialisme.⁸³ Dit verschil betreft overigens niet alleen de wijze van registratie, maar ook het moment waarop deze plaatsvindt. Het moment van registratie is door de specialist zelf te bepalen en hangt af van de werkwijze van de specialist. Zo kwam er bij de door mij geïnterviewde specialisten naar voren dat men op heel verschillende momenten registreert. Specialisten registreren de DBC ofwel direct bij het consult van de patiënt, maar er zijn ook specialisten die achteraf aan het einde van de dag alle DBC's van de gehele dag registreren.

Wanneer de praktijk van de registratie van de DBC als geheel bekeken wordt hebben we dus een DBC-systematiek, waarvan de uitwerking in typering en instructies per specialisme verschillend is, waarbij elk ziekenhuis per specialisme afspraken maakt over de invulling, en waarbij de specialist vervolgens zelf bepaalt wanneer hij registreert en of de registratie rechtstreeks in de computer plaatsvindt of op papieren lijsten die achteraf worden ingevoerd. Daarboven op bepaalt het ziekenhuis ook nog de keuze voor het ICT-systeem waarin de DBC's geregistreerd moeten worden, waardoor weer nieuwe verschillen geïntroduceerd worden.

De ondersteuning van ICT blijkt de DBC-registratie ook niet altijd eenvoudiger te maken. Er is vooral veel ontevredenheid over de softwareondersteuning voor het geautomatiseerde systeem, waardoor de gebruiksvriendelijkheid heel verschillend beoordeeld wordt.⁸⁴ Zo vertelde de door mij geïnterviewde internist het volgende:

Er is een update geweest van het computersysteem, waardoor er nu veel meer muisklikken gedaan moeten worden, en bovendien kun je bij klinisch patiënten niet meer zien of er een DBC geregistreerd moet worden. Dat kon bij de vorige versie wel. En ook de DBC-overzichten komen er niet zo mooi meer uit. De softwarekant is heel povertjes. Het geeft ook het gevoel van in de steek gelaten [te] zijn.⁸⁵

Naast het feit dat het registreren zelf veel tijd kost, vergt de validatie-uitval in veel gevallen ook veel tijd van de specialist. In de praktijk blijken vooral parallelle DBC's en door-de-validatie-module-als-onmogelijke-combinaties-bestempelde DBC's die toch voorkomen voor veel uitval te zorgen. Verder ontstaat uitval ook als gevolg van dubbelzijdige ingrepen, dat wil zeggen ingrepen die aan beide kanten van het lichaam plaatsvinden zoals het laten plaatsen van buisjes in beide oren, en als gevolg van röntgen- of laboratoriumdiagnostiek die voorafgaand aan de datum van het eerste contact al is uitgevoerd. De specialist wordt overigens heel verschillend met de uitval belast. De ziekenhuizen mogen hierin zelf keuzes maken, waarbij in sommige gevallen alle uitval bij de specialist wordt neergelegd en andere ziekenhuizen technische en administratieve correcties eerst door de administratie laten oplossen.⁸⁶ Er zijn zelfs ziekenhuizen waarbij het afhandelen van de restuitval aan de polisecretariaten wordt uitbesteed, en de specialist helemaal geen uitval te zien krijgt, zoals in het ziekenhuis van de door mij geïnterviewde orthopeed het geval is.⁸⁷ Het gaat dan vooral om uitval die eigenlijk voorkomen had kunnen worden en waarbij de specialist niet echt iets fout heeft geregistreerd, maar waarbij het systeem de juiste verrichtingen niet aan de juiste DBC heeft kunnen koppelen. Deze werkwijze heeft echter ook een nadeel, zo geven de DBC-projectleiders aan. Doordat bepaalde uitval

⁸³ Orde van Medisch specialisten (mei 2006), p. 10.

⁸⁴ Orde van Medisch specialisten (mei 2006), p. 9.

⁸⁵ Interview internist, 21 juni 2006.

⁸⁶ Orde van Medisch specialisten (mei 2006), p. 11.

⁸⁷ Interview orthopeed, 14 juni 2006.

niet meer naar de specialist opgestuurd wordt, is er ook geen leereffect en zal deze uitval ook niet verminderd worden.

Omdat de DBC pas definitief is nadat hij gesloten is, en deze pas gesloten wordt nadat de behandeling van de patiënt beëindigd is of na een jaar, kan het moment waarop de specialist de DBC ter correctie aangeboden krijgt, veel later plaatsvinden dan het moment dat de voor de validatie essentiële verrichtingen in het systeem zijn geregistreerd. Bij de afhandeling van de uitval zullen specialisten zich dan ook (weer) helemaal moeten verdiepen in de specifieke situatie van de patiënt, hetgeen tijdrovend is. Daarnaast blijkt uit zowel het onderzoek van de Orde⁸⁸ als uit de afgenomen interviews dat het afhandelen van uitval door specialisten zeer veel tijd kost. Tijd die de specialist niet altijd heeft:

Vaak heb ik er de tijd niet voor om de lijsten door te nemen en te controleren of de suggestie die gedaan wordt klopt. Dan zet ik gewoon mijn krabbel met de boodschap erbij dat ik geen tijd gehad heb er serieus naar te kijken, maar daar hoor je nooit wat over. Als de krabbel er staat zijn ze kennelijk tevreden. Wanneer ik er wel tijd voor heb, blijkt toch dat er wel eens wat niet goed gaat. Als ik er commentaar bij zet, krijg ik nooit reactie terug, dus wat ze er dan mee doen weet ik niet.⁸⁹

Naast de problemen met de te beoordelen uitval constateert de Orde in haar rapport⁹⁰ dat er ook veel ongenoegen is over de wijze van terugkoppeling van vragen aan DBC-Onderhoud. De antwoorden laten vaak erg lang op zich wachten en worden soms helemaal niet gegeven.⁹¹ De door mij geïnterviewde specialisten hebben hier heel verschillende ervaringen mee. De internist heeft vooral moeite met het steeds wijzigende beleid van DBC-Onderhoud voor wat betreft de regels voor de scopie.⁹² De orthopeed heeft daarentegen nog geen beroep hoeven doen op DBC-Onderhoud.

De verschillende houding van beide specialisten ten opzichte van DBC-Onderhoud kan voor een deel verklaard worden uit de meer of mindere mate van betrokkenheid bij de ontwikkeling van de DBC-systematiek. Zo is de orthopeed vanaf het begin bij de DBC-ontwikkeling betrokken geweest en heeft hij deelgenomen aan de werkgroep 'producttypering' van zijn wetenschappelijke vereniging.⁹³ De internist heeft daarentegen nauwelijks contact met de wetenschappelijke vereniging en vindt de ondersteuning vanuit de vereniging ook tegenvallen. Wel moest hij eerlijk bekennen wegens tijdgebrek niet altijd de stukken van de vereniging te lezen.⁹⁴ De wetenschappelijke vereniging van de Internisten, de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) zelf, heeft wel de nodige kritiek op DBC-Onderhoud, omdat zij de ontwikkeling van de DBC-systematiek zouden frustreren:

Het hele ICT-gebeuren moet beter en landelijk beter worden geregistreerd. Ook de validatie moet beter. Ook moet inzichtelijk worden gemaakt waarop gevalideerd wordt. Wij willen dat partners van zin zijn het systeem te updaten wanneer wij tegen dingen aanlopen. DBC-Onderhoud blijft komen met "het komende halfjaar gaan we niks veranderen" voor grote problemen waar wij dagelijks tegenaan lopen. Wij willen als vereniging binnen die hele controle een belangrijke rol krijgen en die bij die club

⁸⁸ Orde van Medisch specialisten (mei 2006), p. 9.

⁸⁹ Interview internist, 21 juni 2006.

⁹⁰ Orde van Medisch specialisten (mei 2006), p. 9.

⁹¹ Orde van Medisch specialisten (mei 2006), p. 9.

⁹² De scopie is een bepaald soort behandeling die soms bij de DBC van de uitvoerende specialist hoort, soms bij de DBC van de aanvragende specialist hoort, en soms helemaal buiten de DBC-systematiek als losse ingreep gefactureerd moet worden. (<http://www.ctg-zaio.nl>)

⁹³ Interview orthopeed, 14 juni 2006.

⁹⁴ Interview internist, 21 juni 2006.

[DBC-Onderhoud] weghalen. Ik denk dat de vereniging de eigen aanpassingen moet kunnen doen, en die moeten door iemand gecontroleerd worden.⁹⁵

De kritiek van de NIV richt zich dus op twee punten. Ten eerste de trage oplevering van aanpassingen voor problemen waar specialisten dagelijks mee te maken hebben. Dit wordt vooral veroorzaakt door de formele weg die een wijziging moet doorlopen en alle effecten die zowel door DBC-Onderhoud als het ctg-zaio doorgerekend moeten worden. Het tweede kritiekpunt betreft het feit dat de wetenschappelijke vereniging niet betrokken is bij de totstandkoming van de controles in de validatiemodule. De oorzaak hiervan ligt erin dat DBC-Onderhoud vanuit de historische aanleveringen aan de DIS, en de voorlopers daarvan, de essentiële verrichtingen afleidt. Deze worden vervolgens opgenomen in de validatiemodule. Hierbij wordt geen advies ingewonnen bij de wetenschappelijke vereniging.⁹⁶ Op zich is dit erg jammer, want de NIV heeft zware kritiek op de vulling van de DIS-database. Die is volgens haar namelijk zo beroerd, dat er helemaal niks uit geconcludeerd zou kunnen worden.⁹⁷

Naast de problemen die specialisten hebben met de registratie zelf, is er de angst dat verzekeraars te veel macht krijgen en zo ziekenhuizen tegen elkaar uit gaan spelen. Zo geeft de door mij geïnterviewde internist aan dat:

Eén van mijn angsten is, dat door te onderhandelen over die DBC's we de verzekeraars de macht geven om de [medische] staven uit elkaar te spelen. Als bijvoorbeeld de oogheekunde kapot wordt gespeeld op de cataract, dan wordt ook indirect de diabeteszorg beschadigd. Terwijl de zorgautoriteit erop moet toezien, dat er geen *package deals* gesloten kunnen worden. Je moet de verzekeraar ook inzicht geven in hoe de DBC is opgebouwd: je kunt niet zo met loze prijzen komen. Terwijl de partij waarmee je om de tafel zit de mogelijkheid heeft een eigen zorgcentrum te openen en potentieel je concurrent kan worden. Vanuit marktoverwegingen is dat compleet krankjorum: dat je je boeken moet openen voor iemand die je concurrent kan worden.⁹⁸

Dit element van de DBC-systematiek, waarbij ziekenhuizen zorgverzekeraars in de keuken moeten laten kijken, zit de specialisten dus niet echt lekker. Het wordt door de specialisten niet altijd zo zwart gezien als hierboven beschreven, maar een algemeen gevoel van onbehagen lijkt toch wel aanwezig te zijn. Dat het ziekenhuis met het terugdringen van kosten bezig is, wordt wat dat betreft nog wel als positief gezien, en ook de interesse van de verzekeraar in de elementen waaruit bijvoorbeeld een heup-DBC bestaat, wordt als een positief punt ervaren. De negatieve beleving van de specialist ontstaat specifiek wanneer de verzekeraar mee wil praten over de prijs van de DBC en daarmee inzicht in de gegevens verlangt.⁹⁹

Wanneer bij de problemen die specialisten met de inspraak van verzekeraars op de inhoud van behandelingen hebben, ook de complexiteit van de systematiek en de tijd die het de specialist kost in beschouwing wordt genomen, kan men zich voorstellen dat de specialist soms met fikse tegenzin zijn DBC's zit te registreren. Of zij hierbij ook tegen de regels van de systematiek registreren, en zij in de termen van Latour anti-programma's ontwikkelen, wordt in de volgende paragraaf besproken.

⁹⁵ Interview Nederlandse Internisten Vereniging, 28 juni 2006.

⁹⁶ Interview Nederlandse Internisten Vereniging, 28 juni 2006.

⁹⁷ Interview Nederlandse Internisten Vereniging, 28 juni 2006.

⁹⁸ Interview internist, 21 juni 2006.

⁹⁹ Interview Nederlandse Orthopaedische Vereniging, 28 juni 2006.

4.2 Anti-programma's

In de vorige paragraaf is duidelijk geworden dat het registreren van de juiste DBC niet altijd zo eenvoudig is. In de meeste gevallen bleek dat te maken te hebben met het *matchen* van verrichtingen aan parallelle DBC's en met het valideren van DBC's. Het uitzoeken van de juiste DBC om de verrichtingen aan te koppelen levert hierbij soms de nodige fouten in de registraties op. De door mij geïnterviewde internist gaf aan dat hij vooral een probleem heeft met preoperatief bezoek van bestaande diabetespatiënten. Hij geeft hierbij aan dat als er bij deze patiënten tijdens het laatste consult nog geen sprake was van een opname, het hem niet duidelijk is waar dat preoperatieve consult bij hoort. Moet dit bij een nieuwe DBC, type preoperatief, of hoort dat bij de al lopende DBC, omdat de opname ook in het teken van diabetes staat?¹⁰⁰

Een ander voorbeeld wordt gegeven door de geïnterviewde vertegenwoordiger van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), die probleem van het ontbreken van een uniforme registratie aanhaalt:

Als ik nu iemand heb met twee knie- en twee heupprothesen, die voor controle komt, dan laat ik foto's maken van beide knieën en beide heupen. Dan open ik de DBC 'controle prothese' en die sluit ik af. Nu is er een collega van mij, die opent vier DBC's en sluit er vier af. Dat kan gewoon niet. ... Het grote risico is dat wanneer je dit gaat doen, en je doet het als enige en de rest niet, dan is het voor jou aantrekkelijk. Gaat iedereen dat echter doen, dan krijg je binnen de kortste keren een onderzoek naar werktijd en productie en dan gaat het tarief sterk omlaag. Dan moet je dus meer doen voor hetzelfde geld.¹⁰¹

Wat we hier zien is dat, vanwege onbekendheid met de regels er te veel (of te weinig) DBC's geopend worden, en activiteiten mogelijk aan een verkeerde DBC gekoppeld worden. Hierbij is niet zozeer de vraag of in dit geval nu wel of niet juist gehandeld wordt. Veel belangrijker is de constatering dat er onduidelijkheid bestaat en dat een handelswijze gehanteerd wordt waarvan bij de actor niet bekend is of dit de goede is. Wanneer elke specialist in het ziekenhuis een aantal van dit soort gevallen heeft, kan dit de kwaliteit van de gehele DBC-registratie aantasten. Een ander voorbeeld hiervan is de onduidelijkheid over het moment van afsluiten van een DBC:

In dit vak is het wel eens zo dat je zegt: kom met een jaar terug, om te kijken hoe de functie van die heup of die knie is na de operatie. Maar dan kan je ook zeggen: nu is het prima, ik sluit hem af en over een jaar komt er een afspraak en dan komt er weer wat. Ik maak dan niet direct een vervolg aan. Op het moment dat ze weer komen komt er een nieuwe DBC. Hoe dat dan ingeschat wordt, dat weet ik ook niet.¹⁰²

Met deze onbekendheid van zowel het koppelen van consulten aan een al lopende DBC, terwijl er misschien wel een nieuwe DBC geopend had moeten worden, en de onbekendheid over het moment van afsluiten en openen van een eventuele vervolg-DBC (die in feite aan hoort te sluiten op de voorgaande DBC), is er de kans dat er ten eerste veel te veel of te weinig DBC's worden geopend, ten tweede dat DBC's veel te vroeg of te laat worden geopend, en ten derde dat DBC's te vroeg of te laat worden

¹⁰⁰ Interview internist, 21 juni 2006.

¹⁰¹ Interview Nederlandse Orthopaedische Vereniging, 28 juni 2006.

¹⁰² Interview orthopeed, 14 juni 2006.

afgesloten. Zowel in financiële zin als in de opbouw van het profiel van de DBC's houdt dat een groot risico in.

Een ander geval van fouten die ontstaan door onbekendheid met de systematiek, is het feit dat het niet zo hoeft te zijn dat twee patiënten met dezelfde DBC-typering ook dezelfde behandeling gehad hoeven te hebben. Bij de ene patiënt duurt het nu eenmaal langer en kost het meer inspanning om tot een bepaalde diagnose te komen dan bij de andere. Hoewel in de DBC-systematiek wordt uitgegaan van gemiddelde kosten, hebben specialisten soms moeite hiermee om te gaan:

En de ene patiënt met dezelfde code, is niet de andere. De verleiding zal daar natuurlijk wel bij ontstaan om, als iemand excessief behoeftig is, om dat dan vertaald te willen zien. Dat is misschien niet vanuit macroperspectief logisch, omdat dat gemiddeld wordt, maar op het moment dat jij bezig bent met die patiënt, heb je natuurlijk geen flauw idee of wat jij aan het doen bent, is meegenomen in die macrobeoordeling.¹⁰³

Feitelijk wordt op deze manier helemaal om de systematiek heen gewerkt. In de systematiek zit namelijk opgesloten dat de daadwerkelijke registraties aan worden geleverd aan de DIS. Uit alle aanleveringen wordt vervolgens het gemiddelde profiel bepaald, welke de basis is voor de validatiemodule, voor de verkoopprijs van de A-segment DBC's en voor de budgetaanpassing van B-segment DBC's. Door bij voorbaat de registratie aan te passen, zullen dit soort gevallen van excessief behoeftige patiënten nooit meegenomen worden in het gemiddelde landelijke profiel van de eigenlijke DBC, en gaat de prijs van de DBC die eigenlijk geregistreerd had moeten worden naar beneden. Dit grote probleem ontstaat juist vanwege het feit dat de systematiek altijd achterloopt bij de daadwerkelijke situatie door de opbouw uit de historische gegevens die aan de DIS ter analyse worden aangeboden.

Niet alle fouten in de systematiek ontstaan echter doordat de specialist onzeker is over de correcte handelswijze. De problemen bij het koppelen van verrichtingen aan de juiste DBC kunnen ook veroorzaakt worden door fouten in de ziekenhuisadministratie. In eerste instantie is er met het feit dat de specialist met uitval geconfronteerd in principe niks mis. Het wordt echter een probleem als uitval onterecht wordt naar de verkeerde specialist. Dat dit gebeurt kan te maken hebben met technische aspecten van het koppelen, maar soms ook blijkt het probleem in de ziekenhuisregistratie te zitten. Zo kwam in de interviews naar voren dat de specialisten geregeld uitval krijgen opgestuurd van patiënten die helemaal niet bij hen onder behandeling staan:

De ziekenhuisregistratie is vaak zo slecht: een patiënt wordt opgenomen, is bekend bij dokter X, maar op een bepaalde dag heeft dokter Y dienst, dus dan worden verrichtingen op dokter Y gezet. Als de patiënt is opgenomen, is dokter Z daar de supervisor, dus dan komen er ook weer dingen op zijn naam. Het is volstrekt onduidelijk wie verantwoordelijk is voor een bepaalde DBC.¹⁰⁴

Dit soort problemen lijken te ontstaan omdat de ziekenhuissoftware op een andere manier met waargenomen diensten omgaat dan medisch gezien gebruikelijk is. Waar medisch gezien de verantwoordelijkheid over wordt gedragen, maar de eindverantwoordelijkheid voor alle uitgevoerde acties bij de behandelend specialist blijven, kijkt een ICT-systeem alleen naar de specialist die daadwerkelijk een

¹⁰³ Interview internist, 21 juni 2006.

¹⁰⁴ Interview internist, 21 juni 2006.

onderzoek aanvraagt. De context van een waargenomen dienst wordt hierin niet zomaar meegenomen. Het is hierbij nog in het midden gelaten bij welke zienswijze de DBC-registratie aan zou moeten sluiten. In ieder geval bestaat er onduidelijkheid over de samenhang tussen al dan niet waargenomen diensten, de te registreren DBC's, en de verwerking daarvan in ICT-systemen.

4.3 De DBC-gedachte in de ziekenhuisorganisatie

In het voorgaande is met name ingegaan op de beleving van de specialist over de DBC-systematiek en het probleem van de uitval die de DBC-registratie met zich meebrengt. De DBC-registratie heeft echter ook een aantal goede dingen met zich meegebracht, in ieder geval voor wat betreft de samenwerking tussen de specialist en het ziekenhuis. Uit beide interviews met DBC-projectleiders kwam naar voren dat de contacten met de specialisten met de komst van de DBC-systematiek enorm verbeterd zijn. Ook wordt vanuit beide ziekenhuizen moeite gedaan de specialist meer te betrekken bij de DBC-systematiek. In de contacten tussen de specialisten en de ziekenhuismedewerkers wordt ook informatie aan specialisten teruggekoppeld. De mate en aard van de terugkoppeling kan echter sterk verschillen, zoals we hebben gezien bij de door mij geïnterviewde orthopeed en internist. In ieder geval geven de door mij bezochte ziekenhuizen periodiek informatie over meer algemene trends en ontwikkelingen in de DBC-registratie.¹⁰⁵ De focus ligt daarbij op dit moment nog vooral op de kwaliteit van de registratie. Wanneer deze kwaliteit redelijk goed is, ontstaat bij de specialisten dan een zekere trots:

De laatste tijd wordt veel gesproken over hoe we het doen. Dat hangt veel van het ziekenhuis af, want die moet het allemaal doen. We hebben in dit ziekenhuis in eerste instantie heel veel problemen gehad met de automatiseringsafdeling, voordat ze het onder de knie hadden. We krijgen geregeld feedback over hoe we het doen, maar onze groep doet het verdraaid goed. Eén keer in de maand of vaker krijgen de poli-assistenten uitvallijsten *matching* en validatie. Per man zijn er meestal drie of vier vraagtekens.¹⁰⁶

Niet alleen in hun contacten met het ziekenhuis is voor de specialisten de organisatie van de zorg veranderd. In beide bezochte ziekenhuizen spelen ook projecten om de patiëntenstroom te reguleren. In het ene ziekenhuis heet het project 'vernieuwd poliklinisch werken', waarbij de nadruk ligt op het anders organiseren van de zorg, zodat de patiënt minder vaak naar het ziekenhuis toe hoeft. In het andere ziekenhuis loopt het project '*jointcare*', waarbij orthopedische patiënten die op dezelfde dag geopereerd worden als groep begeleid worden door de fysiotherapie met als doel dat ze snel herstellen en naar huis kunnen. Hoewel deze projecten niet specifiek zijn gericht op DBC's in het B-segment, zijn voor de onderzochte specialismen de B-segment DBC's hier wel expliciet in meegenomen.

In het opzetten van projecten om patiënten minder vaak naar het ziekenhuis te laten komen, worden specialisten en het ziekenhuis soms ook tegengewerkt door de systematiek. Een voorbeeld dat in beide door mij bezochte ziekenhuizen werd genoemd betreft de consult-DBC's. Wanneer wordt geprobeerd de zorg zo te organiseren dat een patiënt maar één keer hoeft te komen en alle onderzoeken op één dag worden gepland, is dit in het kader van de patiëntvriendelijkheid een gunstige

¹⁰⁵ Interview DBC-projectleider, 31 mei 2006 / Interview DBC-projectleider, 21 juni 2006.

¹⁰⁶ Interview orthopeed, 14 juni 2006.

ontwikkeling. De DBC-systematiek straft dit echter af, doordat dit in de DBC-systematiek als een enkelvoudig-consult-DBC wordt gezien. Dit is een DBC die maximaal één polikliniekbezoek en maximaal vijf diagnostische onderzoeken van ieder niet meer dan 100 euro bevat. Aan deze DBC's hangt vervolgens een voor de patiënt extra laag tarief. Bij de consult-DBC's is daarom met name van de kant van de specialist heel veel kritiek. Ze proberen het voor de patiënt zo aangenaam mogelijk te maken, en dan moeten de specialisten, om loon naar werken te krijgen, de patiënt nog een extra keer terug laten komen of bij die patiënt meer zware onderzoeken uitvoeren, zodat de kosten daarvan boven de 100 eurogrens uitkomen. Dat is allemaal niet patiëntvriendelijk en ook niet kostenbesparend.¹⁰⁷ Het is dan ook duidelijk dat de DBC-systematiek hier tekortschiet. Dit blijkt helemaal, wanneer bedacht wordt dat de enkelvoudig-consult-DBC van oorsprong een kortdurend consult DBC zou zijn, als oplossing voor de hoge nota's van patiënten die maar een zeer kort consult gehad hebben. De korte duur van zo'n consult bleek echter niet door de validatiemodule onderscheiden te kunnen worden, waardoor als oplossing de enkelvoudig consult DBC is ontwikkeld.¹⁰⁸

Naast het anders organiseren van de zorg door ziekenhuizen zijn er nog andere mogelijkheden tot bezuinigen. Een groot probleem, zoals de geïnterviewde orthopeed aangeeft, zit namelijk in het aanvraagbeleid van specialisten.

Want hoe houd je het [de zorg] betaalbaar? Door verantwoordelijkheid te stellen. Wij hebben de mogelijkheid om alles aan te vragen wat je maar denkt dat goed is voor de patiënt. En dat is in feite niet goed. Je moet bij het begin beginnen. Nou ben ik al jaren werkzaam in dit vak, dus je hebt ook een bepaald systeem ontwikkeld. Ik zie het aan de jongere collega's. Die maken meer gebruik, soms wel misbruik, van de hulpmiddelen die er zijn als gevolg van de technische ontwikkeling de afgelopen jaren. ... Er zijn collega's die geregeld een MRI aanvragen voor een knieprobleem: die heb ik niet nodig.¹⁰⁹

De ziekenhuizen zullen dit soort verschillen bij het ontleden van de profielen van de lokaal geregistreerde DBC's zeker tegenkomen. Bij hun ligt de taak om deze praktijken bespreekbaar te maken en specialisten aan te spreken op excessief behandelbeleid. Op dit moment zijn de ziekenhuizen echter nog niet zover dat ze hiertoe daadwerkelijk overgaan.¹¹⁰

Wanneer we terugkijken op de in lokale praktijken uitgewerkte DBC-systematiek, dan zijn er een aantal dingen die opvallen. Ten eerste sluit de DBC-systematiek niet aan bij op de praktijk. Dit probleem is tweeledig. In de eerste plaats blijkt het voor specialisten die veel chronische patiënten met complexe aandoeningen behandelen heel lastig om de juiste diagnose te kiezen, terwijl die uiteindelijk gekozen diagnose wel weer een belangrijke rol speelt in het koppelen en valideren van de DBC's. Er is zo dus een grote kans op uitval waarvan bij de specialist niet duidelijk is hoe de DBC moet worden aangepast en hoe deze uitval een volgende keer voorkomen zou kunnen worden. Ten tweede is er bij de specialisten die veel patiënten behandelen gedurende kortlopende trajecten een groot probleem met het afsluiten van DBC's. Dit niet afsluiten van DBC's levert vervolgens weer risico's op wanneer de patiënt voor een

¹⁰⁷ Interview DBC-projectleider, 21 juni 2006.

¹⁰⁸ Interview DBC-projectleider, 31 mei 2006

¹⁰⁹ Interview orthopeed, 14 juni 2006.

¹¹⁰ Interview DBC-projectleider, 21 juni 2006 / Interview DBC-projectleider, 31 mei 2006

nieuw ziektegeval terugkomt bij hetzelfde specialisme. In plaats van twee DBC's is er dan maar één DBC, en raken de profielen van de DBC's vermengd.

Een ander punt, dat voor een deel ook uit bovenstaande punten volgt, is dat specialisten geregeld ad hoc beslissingen nemen over de te registreren DBC's. De hier gemaakte keuzes worden nauwelijks teruggekoppeld naar zowel het ziekenhuis, de wetenschappelijke vereniging of DBC-Onderhoud. Dit houdt in dat de fouten die er mogelijk in de systematiek zitten, er niet uit worden gehaald en de specialist feitelijk zijn praktijk aanpast aan de "foute" landelijke voorschriften. Op deze manier raakt de aanlevering aan de DIS-database vervuild en wordt het zelflerend karakter van de DBC-systematiek ondermijnd. Een tweede punt dat dit effect nog versterkt, is dat het geregeld voorkomt dat specialisten de uitvallijsten niet serieus beoordelen en klakkeloos de voorstellen die het ICT-systeem aangeeft, accorderen.

De systeemtechnische ondersteuning van de DBC-systematiek is sowieso een apart geval. Aan de ene kant is het gebruik ervan noodzakelijk om de enorme aantallen DBC's goed te kunnen verwerken en te analyseren, zodat de specialist alleen 'echte' uitval hoeft te beoordelen, maar aan de andere kant belemmert zij het leerproces bij de specialisten om deze uitval te kunnen voorkomen. Door de uitval toch bij de specialist neer te leggen, ontstaat dit leerproces wel, maar de bereidheid om serieus naar de uitval te kijken zal bij de specialist dan waarschijnlijk snel afnemen omdat dit werk tijdrovend is. Dit is een niet eenvoudig dilemma.

Kijken we nu terug op de lokale praktijken, dan blijkt de DBC-systematiek nog verre van ideaal te werken. Voor de uitvoering van de DBC-systematiek bestaan problemen in de samenwerking tussen de specialist, het ziekenhuis, en het ICT-systeem. Daarnaast blijken, vooral door onduidelijkheid bij specialisten anti-programma's te bestaan, die ervoor zorgen dat er niet wordt geregistreerd wat daadwerkelijk geregistreerd zou moeten worden. Uiteindelijk blijkt dan ook nog dat het systeem bepaalde vormen van zorgvernieuwing blokkeert doordat een ICT-probleem met het kortdurend consult niet afdoende kan worden opgelost. Niet alle gevallen die medisch kunnen worden onderscheiden zijn zo in de DBC-systematiek te bevatten, waardoor in de praktijk er lastiger mee te werken is dan zou moeten en het systeem eigenlijk dus te rigide is. Wat dit betekent voor de systematiek als geheel zal in het volgende hoofdstuk verder uitgewerkt worden.

EVALUATIE EN CONCLUSIE

Nu in de voorgaande hoofdstukken de onderlinge verhouding en de doelstellingen van de bij de DBC-systematiek betrokken actoren, alsmede de praktijk van de medisch specialist uiteengezet is, zal in dit hoofdstuk de hoofdvraag: *“Wat betekent de invoering van de DBC-systematiek, zoals die lokaal in ziekenhuizen is ingericht middels informatiesystemen, voor het handelen van specialisten in hun dagelijkse medische praktijk?”* beantwoord worden. Om dit te kunnen doen zal in 5.1 eerst worden teruggekeken naar hoe het huidige gebruik van de DBC-systematiek aansluit bij de oorspronkelijke opzet. Bovendien zal worden gereflecteerd op de gevolgen voor de medische praktijk van de specialist, en daaraan gerelateerd de positie van het ziekenhuis in deze systematiek. Hierbij zal uitgebreid worden teruggekomen op de relatie tussen technologie, gebruiker en organisatie zoals die in de structuratietheorie van Orlikowski is beschreven. Ook zal ingegaan worden op hoe de structurering van het handelen van de specialist in de huidige werking van de DBC-systematiek het ontstaan van anti-programma's bij specialisten in de hand werkt en wat dit betekent voor de uitgangspunten van de systematiek.

In paragraaf 5.2 worden de oorspronkelijke uitgangspunten van de betrokken actoren nog eens onder de loep genomen. Vanuit deze uitgangspunten kan de rol van de verschillende actoren in het sociotechnische actor-netwerk van de DBC-systematiek beter worden begrepen, en kan geanalyseerd worden welke concessies een bepaalde actor heeft gedaan om tot de huidige werkwijze binnen de DBC-systematiek te komen. Wanneer bekend is tot welke concessies bepaalde actoren in het verleden bereid zijn geweest, en hoe bepaalde handelingsschema's in scripts aan de DBC-technologie zijn gedelegeerd, kan aan de hand van te verwachten programma's / anti-programma's een voorspelling worden gedaan over het handelen van de specialist in de toekomst.

Deze blik op de toekomst zal in 5.3 een plek krijgen, waar ook de DBC-systematiek in de bredere filosofische discussie die in hoofdstuk 2 geschetst is zal worden geplaatst. Zo zullen onderwerpen als autonomie over je eigen werk (en handelen), de delegatie van taken aan technologie en de daarmee samenhangende demoralisering van het eigen handelen, de invloed van controlesystemen ten bate van derden voor de eigen bedrijfsvoering, en het karakter van postmoderne technologie ten opzichte van moderne technologie aan de orde komen. Uiteindelijk zal dan in 5.4 de hoofdvraag worden beantwoord en wordt deze scriptie afgesloten met de conclusie.

5.1 Reflectie op de DBC-systematiek

In de voorgaande hoofdstukken is uitvoerig gesproken over de gevolgen van de nieuwe declaratiesystematiek, de DBC-systematiek, voor de specialist. Er is naar

voren gekomen dat de rol van de specialist in de declaratieafhandeling in de nieuwe DBC-systematiek structureel veranderd is. De specialist heeft er taken bij gekregen, maar belangrijker is dat deze taken een bepaald gedrag van de specialist lijken voor te schrijven. Dit voorschrijven heeft niet primair tot doel om de bedrijfsvoering te verbeteren, maar om een voor derden, in casu de verzekeraars en de overheid, een gecontroleerde declaratiestroom te bewerkstelligen. Situaties zoals deze, waarbij derden een structuur opleggen aan organisaties puur voor controledoeleinden bedoeld is, wordt door Heimer besproken, waarbij zij het voorbeeld van de Noorse offshore industrie hanteert.¹¹¹ Haar argument, dat de controlerende partij de structuur oplegt aan de te controleren partij vanwege het eigen onvermogen of onwil om zelf inhoudelijk voldoende inzicht te verkrijgen in het bedrijfsproces, is in de DBC-systematiek zeer herkenbaar. Zowel de zorgverzekeraars als het ministerie, dé grote bekostigers van de ziekenhuiszorg, hadden zoals ik in de voorgaande hoofdstukken heb geprobeerd duidelijk te maken zeer veel behoefte om meer grip te krijgen op de ziekenhuiszorg. Met de DBC-systematiek hebben zij hiermee een structuur geschapen die aan deze voorwaarde kan voldoen.

De structuur die zo opgelegd is, staat feitelijk los van de bedrijfsvoering van het ziekenhuis, omdat de basis niet in medische handelingen besloten is, maar in administratieve. Toch zijn zowel ziekenhuizen en specialisten mede grondleggers van de DBC-systematiek, zoals we gezien hebben met ieder eigen doelen en argumenten. De ziekenhuizen hoopten met de DBC-systematiek meer inzicht te krijgen in de bedrijfsvoering. Een inzicht dat er, gezien de diverse interviews, nog niet is, en dat er vanwege het ontbreken van een medische grondslag misschien nooit zal komen. De specialisten zagen in de DBC-systematiek een kans om hun vrijheid te vergroten en hoopten onder het juk van de budgetbekostiging uit te komen. Zo hebben de grondleggers van de systematiek vanaf het begin een verschillende doelstelling, en dus een verschillend gevoel bij de DBC-systematiek.

In feite zouden deze verschillen van opvatting de DBC-systematiek niet hoeven bedreigen, zo lang men elkaars doelstelling maar respecteert. Hadden de specialisten en de ziekenhuizen echter geweten hoe de DBC-systematiek onder leiding van de minister van VWS zou worden uitgewerkt, dan denk ik dat ze zich wel twee maal bedacht zouden hebben alvorens in te stemmen met de DBC-systematiek. Op het moment dat de *matching* en de validatie werden geïntroduceerd, en daarmee het ontstaan van uitval werd gecreëerd, is de daadwerkelijke stap gezet van registratiesysteem naar controlesysteem en is de DBC-systematiek zoals wij die op dit moment kennen ontstaan.

De problemen die zijn ontstaan lijken voort te zijn gekomen uit een actor-netwerk van beleidsmakers dat niet in balans is, en waarbij verschillende actoren op verschillende momenten dominant zijn. Hierdoor ontstaat er niet een eenduidige visie op de ontwikkeling van de DBC-systematiek. De actoren hebben ook, zoals in hoofdstuk 3 naar voren is gekomen, verschillende doelen en grijpen alle mogelijkheden aan om hun doel te verwezenlijken. De problemen liggen echter niet alleen op het vlak van de beleidsmakers. Ook in het actor-netwerk van de medische praktijk van de DBC-systematiek is de balans geregeld zoek. Eén van de oorzaken is een verschuiving van de balans in het actor-netwerk van de beleidsmakers. Daarnaast hebben we te maken met een systematiek die nog steeds ontwikkeld wordt en waaraan nog steeds toevoegingen gedaan worden. Per definitie kan er dan ook geen sprake zijn van een stabiele situatie.

¹¹¹ Heimer, C.A. (1985).

De invoering van de DBC-systematiek heeft, zoals in de vorige hoofdstukken is beschreven, de onderlinge verhoudingen tussen ziekenhuis en specialist sterk veranderd. Wanneer dan ook in ogenschouw genomen wordt dat voor de inbedding van deze systematiek in de ziekenhuisorganisatie nieuwe ICT-systemen moesten worden aangeschaft en ingericht, en er een nieuwe vorm van communicatie tussen ziekenhuis en specialist is ontstaan, wordt duidelijk dat hier een nieuwe sociotechnische structuur tot stand is gekomen. Uit dit onderzoek is gebleken dat de rol die de software hierin speelt steeds meer de boventoon gaat voeren. De confrontatie van specialisten met de verplichting tot het registreren van DBC's, de niet te typeren zorg en de uitval zorgt ervoor dat, zoals we in hoofdstuk 4 hebben kunnen zien, de specialisten anti-programma's ontwikkelen. Het blijkt namelijk dat, ondanks alle ingeschreven scripts in de registratie, *matching* en validatie van DBC's, er zeker niet gesproken kan worden van een uniforme registratie. De grote verschillen tussen de DBC-registratie in de verschillende ziekenhuizen onderling, maar ook binnen de ziekenhuizen zelf, laat zien dat de DBC-systematiek op dit moment haar controlerende taak op een uniforme werkwijze niet waar maakt.

De sociotechnische structuur van de DBC-systematiek houdt, zoals in deze scriptie duidelijk is gemaakt, niet op bij de ziekenhuisorganisatie zelf, maar is ingebed in een heel actor-netwerk van diverse betrokken organisaties en structuren, welke mede de sturing en ontwikkeling van de DBC-systematiek bepalen. Binnen deze structuren is een grote rol weggelegd voor de ICT-systemen die de ziekenhuizen gebruiken voor de vastlegging van de DBC's en de onderliggende verrichtingen. Zeer veel registratiebeperkingen en controlepunten zijn gedelegeerd aan deze ICT-systemen en middels scripts in de software ingeschreven. Zelfs de landelijke (door)ontwikkeling van de DBC-systematiek, welke voor een belangrijk deel wordt gebaseerd op aanleveringen van ziekenhuisregistraties aan een landelijke database, is hiermee gedelegeerd aan ICT-systemen. In de uiteindelijke werking van de DBC-systematiek in het ziekenhuis spelen de softwareleveranciers dan ook een grote rol. Door hun ontwerp wordt binnen de ziekenhuizen vormgegeven aan de uitwerking van de DBC-systematiek. Omdat de DBC-systematiek nieuw is, zullen de leveranciers voor een goede implementatie afhankelijk zijn van de input van specialisten en ziekenhuisgebruikers. In de uitwerking zelf blijkt dat, ondanks dat alle ICT-systemen aan dezelfde landelijke eisen moet voldoen, er tussen de ICT-systemen grote verschillen te bestaan. Daarnaast blijken in de ICT-systemen zeer veel door de ziekenhuizen zelf te kiezen instellingen te zijn opgenomen.¹¹² Het feit dat deze verschillen ontstaan lijkt erop te wijzen dat zowel de ziekenhuisorganisatie als de gebruikers een grote stem hebben in de ontwikkeling van de software.

Wanneer we de werking van de DBC-systematiek vergelijken met het model van Orlikowski¹¹³, waarin ze de wisselwerking tussen organisatie, gebruikers en ICT-systeem beschrijft, zien we dat we toch in een wat bijzondere situatie zitten. Doordat er zoveel landelijk voorgeschreven wordt, is de handelingsvrijheid van de organisaties (ziekenhuizen), de gebruikers (specialisten) en de vormgeving van de ICT-oplossing relatief klein. Het blijft zo dat de organisatie invloed uitoefent op de gebruiker, maar hierbij moet wel worden voldaan aan de landelijke wet- en regelgeving. Ditzelfde probleem speelt bij de invloed die gebruikers hebben op de ontwikkeling van de software. De speelruimte is dus klein, maar laat – zoals uit dit onderzoek blijkt – wel ruimte voor grote lokale verschillen in registraties. Voor wat betreft de invloed van de ICT op de organisatie kan gesteld worden dat deze bij de DBC-systematiek zeer groot

¹¹² Sogeti (juni 2006).

¹¹³ Orlikowski, W.J. (1992).

is. De hele nieuwe declaratieopzet is in de systemen verwerkt en de ziekenhuisorganisatie moet hier aansluiting bij zien te vinden. Ditzelfde speelt ook bij de invloed van ICT op de gebruikers. Hoewel deze invloed significant is, kan hij niet volledig bij de ICT zelf gelegd worden. In de ICT is namelijk de nieuwe declaratiesystematiek opgenomen, en deze zorgt voornamelijk voor de wijzigingen in organisatiestructuren en gebruikerspraktijken. Bij de eerstvolgende grote wijziging in de DBC-systematiek zal deze invloed zich weer doen laten gelden.

Wanneer we nog even teruggaan naar de praktijk van de DBC-registratie door de specialist, blijkt dat, wil de specialist niet geconfronteerd worden met uitval, hij zich zo zou moeten gedragen als de validatie voorschrijft. Hiermee is de verantwoordelijkheid voor het goed typeren van een aandoening verschoven van de specialist naar de DBC-systematiek zelf. Deze delegatie vinden we duidelijk terug in de hele systematiek van *matching*, het koppelen van verrichtingen aan DBC's, en validatie, de controle van de geregistreerde DBC op basis van de gekoppelde verrichtingen. Vooral de validatie speelt hierbinnen een cruciale rol. Zo lijkt zij de specialist te dwingen om ofwel bij een bepaalde DBC de door de validatiemodule verplicht gestelde onderzoeken te laten uitvoeren, ofwel om een DBC te zoeken die, conform de controles bij de validatie, bij de aangevraagde onderzoeken past. In beide gevallen ontstaat de zeer onwenselijke situaties dat de registratie aangepast wordt aan de door de validatie gewenste uitkomsten. De controlefunctie van de DBC zorgt er zo voor dat niet wordt geregistreerd wat er medisch gebeurt, maar wat administratief wenselijk is.

Wanneer meegenomen wordt dat de controles op verrichtingen in de validatie zijn opgebouwd uit historische ziekenhuisdata welke door de ziekenhuizen aan de landelijke database (DIS) worden aangeleverd, lijkt bij voorbaat de hele controle van DBC's achter te lopen bij de medische praktijk. Zouden de specialisten namelijk een nieuwe soort DBC of een nieuwe behandeling bij een bestaande DBC willen gebruiken, dan is er een grote kans dat deze DBC wordt afgekeurd in de validatie. Zo hebben we gezien dat de DBC-systematiek hiermee uiterst onvriendelijk voor zorgvernieuwing in welke vorm dan ook is. Nieuwe praktijken zullen nooit 'automatisch', via de landelijke aanleveringen aan de DIS, opgenomen worden omdat ze niet al geregistreerd worden. Hiermee komt de doorontwikkeling van de DBC-systematiek in gevaar. Uit de interviews is gebleken dat de door DBC-Onderhoud ingerichte oplossing voor dit probleem, het aanbieden van een dossier aan de WAR met de aanvraag voor een 'nieuwe' DBC, ook niet echt goed lijkt te werken, gezien het beperkt aantal aanvragen dat inmiddels gedaan is. Een ander groot probleem is dat, hoewel er bij DBC-Onderhoud een aantal wijzigingsverzoeken bekend zijn, er nog maar weinig daadwerkelijk zijn doorgevoerd in de systematiek. Dit houdt in dat, de specialisten met bekende fouten moeten blijven doormodderen. Deze starheid in het systeem levert in mijn ogen een groot risico op voor de registratiebereidheid bij specialisten.

Naast deze beperking in de registratie van DBC's, wordt er ook een beperking opgelegd door de validatie van DBC's. De huidige werkwijze van het valideren van DBC's lijkt de specialist namelijk te dwingen tot het doen van gemiddelde behandelingen. De patiënt moet vooral niet minder behandeld worden, want dan wordt de DBC niet gevalideerd. Wanneer de patiënt meer behandeld wordt, kan er beter een andere DBC gezocht worden, omdat daar die extra inspanning beter in tot uitdrukking komt. Zoals uit de interviews is gebleken, is het heel lastig voor de specialist, die vanuit zijn medische expertise de patiënten behandelt, om de medische achtergrond bij de patiënt maar te moeten 'vergeten' wanneer hij de desbetreffende

DBC registreert, omdat dit laatste op basis van gemiddelde kosten dient te geschieden. Voor de specialist roept dit direct een gevoel van onrechtvaardigheid op: de aan de patiënt bestede inspanning willen zij graag terugzien in hun beloning. De opbouw van de DBC-systematiek is voor hen zo ondoorzichtig, dat ze bang zijn dat dat soort kosten uiteindelijk niet meegenomen worden en dan maar liever een andere DBC kiezen om te registreren.

Wanneer we kijken naar de geconstateerde anti-programma's, dan kunnen deze in verschillende soorten onderverdeeld worden. Ten eerste is er de onduidelijkheid bij de registratie van dubbelzijdige behandelingen of bij patiënten die behandeld worden voor meerdere aandoeningen tegelijk, en de onduidelijkheid over het moment van afsluiten van DBC's. Dit zijn problemen die eventueel middels scripts in ICT-toepassingen ondervangen zouden kunnen worden. Voor de specialist zou dit inhouden dat zijn vrijheid nog meer wordt ingeperkt, maar de onduidelijkheid zou dan weggenomen worden. Overigens zijn beide punten ook opgepakt door ICT-leveranciers, waardoor het een kwestie van tijd lijkt te zijn voordat specialisten met controles op combinaties van DBC's en met hulp bij het afsluiten van DBC's te maken krijgen.

We hebben gezien dat het tweede anti-programma de onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid voor DBC's in verband met de slechte kwaliteit van de ziekenhuisadministratie betreft. Hierover kan worden opgemerkt dat op sommige plaatsen een groot verschil tussen de medische gang van zaken en de administratieve verwerking bestaat, zoals bij de spoedeisende hulp vaak het geval is. In dit verband worden ook vaak de klinische DBC's genoemd¹¹⁴, waarvan de registratie een landelijk probleem lijkt. De registraties lijken in ziekenhuizen slecht ingericht op de medische praktijk, waardoor de specialist in de DBC-registratie het spoor bijster raakt. Hiermee verliest een ziekenhuis mijns inziens tegenover de specialist zijn geloofwaardigheid, wat een goede samenwerking in de weg kan staan.

Wanneer we kijken naar de relatie ziekenhuis – ICT-systeem, blijkt het zo te zijn dat de verschillen in de lokale inrichting groot zijn. Tel hierbij de in ieder ziekenhuis weer andere geldende afspraken met specialisten over de DBC-afhandeling op en het mag duidelijk zijn dat er op dit moment geen uniforme DBC-registratie plaatsvindt. Dit zal duidelijk ook gevolgen hebben in de aanleveringen van DBC-gegevens naar de landelijke database (DIS), waardoor er zich in zijn geheel bekeken een heel diffuus beeld van de DBC-registratie in Nederland zal ontwikkelen. Als dit de basis is waarop DBC-Onderhoud de doorontwikkeling van de DBC baseert, zal de specialist, vanuit zijn lokale medische expertise, moeilijk de werking van de validatie kunnen voorzien. Het gevolg hiervan zal zijn dat steeds vaker de DBC's op basis van een soort *trial and error* geregistreerd zullen worden, net zolang tot het systeem de DBC niet meer afwijst.

5.2 Terug naar de uitgangspunten

Wanneer we terugdenken aan de (door)ontwikkeling van de DBC-systematiek, kan het niet anders dan dat ook de aandacht weer gevestigd wordt op de diversiteit van de betrokken actoren en hun motivatie om te participeren in de DBC-systematiek. Er is de overheid, die als speerpunten het drukken van de kosten en de invoering van marktwerking heeft. Vervolgens heb je de ziekenhuiskoepels die wel iets zien in

¹¹⁴ Orde van Medisch specialisten (mei 2006), p. 11.

kostprijsopbouw van zorgproducten en de verbetering van de bedrijfsvoering. Daarbij is marktwerking een mooi middel om van de budgetbeperking in het oude financieringssysteem af te komen. De medisch specialist wil graag meer vrijheid ten opzichte van het oude systeem en wil graag betaald krijgen per zorgproduct. Meer werken betekent dan ook meer verdienen, en daarmee zou de DBC-systematiek een eerlijk(er) systeem zijn. Dan heb je nog de verzekeraars die zeer gebaat zijn bij concurrentie en marktwerking in de zorgsector, omdat dit lagere zorgkosten gaat opleveren. Daarnaast geeft de DBC ze veel meer inzicht in behandelingen dan in de oude systematiek het geval was. Ten slotte is er de patiënten- en consumentenorganisatie, die in de DBC-systematiek hét middel ziet om de wachtlijsten te laten verdwijnen. Ook zien zij voordeel in de concurrentie binnen de DBC-systematiek van zowel prijs als kwaliteit van zorgproducten.

Alles samengenomen moet de DBC-systematiek voldoen aan veel uitgangspunten. Het is echter de vraag in hoeverre deze uitgangspunten strijdig zijn met elkaar. De marktwerking is hierbij als min of meer gezamenlijk uitgangspunt aan te wijzen. Hier lijkt dan ook geen discussie over mogelijk te zijn. Toch is er veel kritiek van de kant van specialisten op de zeer beperkte omvang van de DBC's waar marktwerking voor geldt (het B-segment). De overheid lijkt, zo blijkt, wel marktwerking te willen, maar de kosten mogen macrobudgettair niet te veel stijgen. Met ander woorden: bij een volledige marktwerking zouden de kosten van de gezondheidszorg wel eens explosief kunnen stijgen. Deze rem op de doorontwikkeling van de systematiek zou voor wat de specialisten wel eens doorslaggevend kunnen zijn voor hun houding ten opzichte van de DBC-systematiek.

De overige uitgangspunten: kostprijsopbouw en verbeterde bedrijfsvoering van de ziekenhuizen, meer vrijheid van de specialist, en meer inzicht bij de verzekeraars zouden verder nog twist kunnen opleveren. Deze mogelijke twistpunten hebben echter geen betrekking op de werking van de systematiek, maar meer met het vertrouwen in elkaar en in het gebruik van de uitgewisselde gegevens. In zoverre lijkt dit dan ook geen onderwerp om in het kader van deze scriptie verder uit te werken. Wat wel een punt van zorg is, is dat ook binnen de koepels veel onenigheid is. Zo is een bestuur van de Orde een keer bijna afgezet en zijn er binnen de ziekenhuizen ook fervente voor- en tegenstanders. Voldoende draagvlak lijkt dus wel een aandachtspunt.

Om de DBC-systematiek goed te laten werken, moet deze door alle betrokken actoren worden geaccepteerd als middel tot financiering van de gezondheidszorg. Naast de rol van scripts die zijn opgenomen in de software blijken dus ook de menselijke relaties een belangrijke rol te hebben bij de ontwikkeling van de DBC-systematiek. In deze lastige vertaalslag van de theorie van de DBC-registratie naar de praktijk van menselijke relaties, kan een parallel getrokken worden naar de slecht van het grond komende landelijke Medisch Patiënten Dossier. In een onderzoek naar de reden hiervan werd aangegeven dat:

Hoewel standaardiseringsprocessen in het standaardbeeld van techniekontwikkeling bij uitstek als 'technische kwesties' worden betiteld, blijken juist hier sociale en politieke kwesties een grote rol te spelen. Standaardisering is het op één lijn brengen van uiteenlopende individuen, organisaties en technologieën – en elke specifieke ordening heeft zijn eigen sociale en politieke consequenties.¹¹⁵

¹¹⁵ Berg, M. et al (1998), p. 33.

5.3 Wat heeft de DBC ons geleerd?

In de vorige paragrafen hebben we gezien dat de huidige werking van de DBC-systematiek bepaalde risico's met zich meebrengt. Een groot deel van de risico's bestaat uit voor de specialisten onvoorzien gedrag van de ingeschreven scripts in registratie en validatie die soms ineens te dwingend zijn en soms te veel vrijheid laten. In de ICT-systemen zal ondersteuning moeten komen die, mogelijk aangestuurd vanuit landelijke richtlijnen, een eenduidiger gedrag van de validatie ondersteunen.

Naast dit probleem is er nog een ander punt waar aandacht voor moet komen. De eerste vulling van de landelijke database met DBC-gegevens waarop de eerste versie van de validatiemodule is gestoeld is tot stand gekomen vanuit DBC-registraties en verrichtingen registraties waarbij zelf geen validatie heeft plaatsgevonden. Met andere woorden: deze registraties zijn in volkomen vrijheid tot stand gekomen. Bestaande behandelmethoden en zorgvernieuwing konden dus beide zonder problemen geregistreerd worden. Vanaf 2005 werden de geregistreerde DBC's daadwerkelijk gevalideerd en treden de registratiebeperkingen in werking. Dat deze beperkingen regulerend werken hebben we in de loop van deze scriptie kunnen zien. Juist bij zorgvernieuwing treden hierbij de grootste problemen op. En juist zorgvernieuwing zal de komende jaren, ook door toenemende doelmatigheid in de gezondheidszorg, steeds vaak voorkomen. Waar de DBC-systematiek in 2005 nog één jaar achterliep, zal dat in 2006 zijn opgelopen tot twee jaar. Het behoeft niet veel fantasie om te beredeneren dat er met grote spoed een oplossing voor het probleem van zorgvernieuwing gevonden moet worden, of de DBC-systematiek is over een paar jaar nog meer verouderd dan het oude ziekenhuisfinancieringssysteem dat nu is.

Wanneer we denken aan alle restricties die de DBC-systematiek bij het weergeven van de medische praktijk in DBC's aan de specialist oplegt, krijgen we al snel het gevoel dat de autonomie van de specialist hierbij aangetast wordt. De specialist, als zijnde de deskundige bij uitstek, moet soms DBC's registreren en uitval oplossen die geen weergave zijn van de medische werkelijkheid. Een betutteling als deze zal niet bijdragen aan de werkvreugde van de specialist, en zoals Brey aangeeft¹¹⁶, kan dit heel goed gevolgen hebben voor de kwaliteit van het werk. Dit zou inhouden dat de specialist onder dit systeem nonchalanter wordt in de registratie, en er bijvoorbeeld alleen nog naar streeft dat de uitval geminimaliseerd wordt, zodat hij zo min mogelijk met de systematiek geconfronteerd wordt. Het vreemde is echter, dat uit de interviews nu juist blijkt dat de specialisten zich niet in hun autonomie aangetast voelen. Wel, zo blijkt uit dezelfde interviews, is de werkvreugde van specialisten verminderd met de komst van de DBC-systematiek. Een verklaring voor dit verschil in beleving kan voortkomen uit het feit dat specialisten blijkbaar wel onderscheid kunnen maken tussen wat er medisch gebeurt en wat er administratief plaatsvindt. Zij hebben blijkbaar niet de illusie die de verzekeraars en de minister van VWS hebben, dat de medische praktijk in de DBC-registratie gevangen wordt. Hun medische autonomie wordt niet aangetast: ze hebben alleen geleerd hoe ze de medische praktijk administratief moeten registreren.

In dit licht geplaatst, krijgt de discussie over de prescriptieve kracht van de DBC-systematiek een andere wending. Het gaat feitelijk dan niet meer over de structuratie van praktijken, maar van registraties. Je kan alles medisch gezien zelf bepalen: alleen hoe je dat vervolgens registreert is voorgeschreven. De hele discussie die gevoerd wordt door Verbeek, Achterhuis en Swierstra¹¹⁷ over het demoraliseren

¹¹⁶ Brey, P. (1999).

¹¹⁷ Verbeek, P. (2003). / Achterhuis, H.J. (1998). / Swierstra, T.E. (1999).

van het autonoom handelen van de specialist vanwege de vele scripts in de DBC-systematiek die de beslissingen overnemen, is dan ook verworpen tot niet meer dan een registratieve, min of meer papieren, exercitie.

Eigenlijk komt met deze constatering het technologische wezen van de DBC op de helling. Toegegeven, de systematiek is verweven in diverse administratieve software, maar vanuit de specialist bekeken zijn er eigenlijk geen effecten op de werkwijze in de medische praktijk. Het lijkt heel raar om op deze conclusie uit te komen, want technologieën hebben doorgaans een relatie met de dagelijkse praktijk en vanuit die praktijk vindt interactie met die technologie plaats. In het geval dat de technologie op zichzelf staat, en alleen menselijke input nodig heeft om verder op zichzelf te functioneren, lijkt de technologie er te zijn voor de technologie. Dat zou hetzelfde zijn als het aanleggen van een snelweg, terwijl er geen auto's zijn. We kunnen nog proberen een link te leggen met de visie van Hughes over postmoderne technologie¹¹⁸, waarbij de toegepaste technologie steeds blijft veranderen onder invloed van omgevingsfactoren. In dat opzicht zou de huidige werking van de DBC-systematiek kunnen worden opgevat als een tijdelijke situatie, waarbij de relatie met de medische praktijk in de (nabije) toekomst weer wordt opgepakt. Zo zou een snelweg kunnen worden aangelegd, omdat bekend is dat er auto's gaan komen.

Door de DBC-systematiek als een postmoderne technologie te benoemen, wordt wel recht gedaan aan het dynamische en voor het moment ook permanente karakter van de DBC-systematiek. De investeringen in de DBC zijn op dit moment namelijk zo groot dat het niet aannemelijk lijkt dat de technologie het veld zou moeten ruimen. Deze investeringen betreffen investeringen van de overheid voor de ontwikkelings- en onderhoudskosten, van de ziekenhuizen voor de implementatie- en instructiekosten, en van specialisten voor het begrijpen van de werkwijze van de DBC-systematiek. In die zin is de DBC-systematiek, zoals Utterback¹¹⁹ aangeeft in de context van het ontwerp de toetsenbordlay-out, irreversibel. Elke wijziging die de betrokken partijen voor zullen stellen aan een declaratiesystematiek, zal op dit moment logischerwijs dan ook vanuit de DBC-systematiek vorm moeten krijgen.

5.4 Conclusie

Aan het DBC-systeem lijken we, zoals in de vorige paragraaf is geconcludeerd, voorlopig nog wel vast te zitten. Wanneer we de ontwikkeling van de DBC-systematiek in het achterhoofd houden, is gebleken dat niet eenduidig aan te geven is wat de DBC-systematiek nu eigenlijk is. Anders geformuleerd betekent dit dat we, terwijl het concept DBC-systematiek vastgehouden wordt, grote wijzigingen kunnen aanbrengen aan de wijze waarop aan deze systematiek invulling gegeven wordt. Vooral nog fungeert de systematiek echter bijna puur als een opgelegd controlesysteem om een gecontroleerde ziekenhuisdeclaratie mogelijk te maken en is dit systeem niet anders dan het door Heimer beschreven systeem dat in de Noorse olie-industrie gehanteerd wordt. Net als in het door verzekeraars opgelegde controlesysteem in deze olie-industrie is bij de DBC-systematiek de relatie tussen de praktijk en de voor de controle te registreren gegevens afwezig. Daarbij heeft het systeem van de DBC-registratie een stormachtige ontwikkeling doorgemaakt.

¹¹⁸ Hughes, T.P. (1998).

¹¹⁹ Utterback, J.M. (1994).

We hebben in de DBC-systematiek een systeem gezien dat is gebaseerd op een codering welke door de specialist gegeven wordt bij een door hem behandelde patiënt. Vanuit deze eenvoudige gedachte zijn diverse projecten opgestart, welke hebben geresulteerd in de landelijke invoering van DBC-registratie per 1 januari 2005. Het systeem dat toen in werking trad was echter niet meer de oorspronkelijke DBC-registratie zoals die door de Orde, ZN en de NVZ in eerste instantie ontwikkeld was. Gedurende de hele ontwikkeling blijkt het systeem een enorme complexiteit te hebben gekregen. Juist vanwege die complexiteit en vanwege alle toevoegingen aan het basisconcept van een DBC-registratie *pur sang* hebben specialisten steeds meer een aversie tegen het hele DBC-systeem gekregen: het is hun systeem niet meer.

Een deel van de problemen is ontstaan doordat steeds meer actoren bij de DBC-ontwikkeling betrokken raakten. Hier bleek bovendien dat elke actor zijn eigen doelen probeert na te streven in de (door)ontwikkeling van de systematiek. Op zich hoeft dat geen probleem te zijn, wanneer er maar wel regie over het geheel wordt gehouden, en hier lijkt het nu juist aan te ontbreken. De minister zit wanhopig te polderen en probeert alle actoren bij elkaar te houden. Dat dit betekent dat er een eindeloze stroom compromissen op tafel komt en geen van de actoren over het eindresultaat tevreden is, lijkt niet verwonderlijk. Hoelang we met de huidige inrichting van de systematiek blijven werken is dan ook maar de vraag, zeker nu ook steeds meer gesproken wordt over afleiding van de DBC-registratie uit de ICD-registratie en de benodigde vereenvoudiging van het systeem, wat mijns inziens overigens twee tegenstrijdige doelen zijn.

De DBC-systematiek zoals die nu is, is echter op dit moment wel de realiteit voor de specialisten in de ziekenhuizen. We hebben hierbij kunnen zien dat de systematiek hierbij niet zozeer de specialist voorschrijft hoe hij zijn medische praktijk moet voeren, maar veel eerder de specialist leert hoe te registreren zodat er geen uitval in de *matching* en validatie ontstaat. Hoewel het de bedoeling van de systematiek juist is om inzicht te genereren in wat er daadwerkelijk gebeurt in de medische praktijk, hebben we moeten constateren dat de systematiek veel te ondoorzichtig is om van een uniforme registratie te kunnen spreken en veel te log om met veranderingen in medische praktijk om te kunnen gaan. Bovendien wordt zorgvernieuwing door de DBC-systematiek in feite geblokkeerd door de lange bureaucratische weg die een aanvraag hiertoe moet afleggen. Omdat zorgvernieuwing in de praktijk wel voorkomt, moet er soms door de specialisten creatief met de registratie om worden gegaan.

Hoewel het registreren op basis van het voorkómen van uitval duidelijk als anti-programma kan worden gezien, ontbreekt de dynamiek die bij het aftasten van handelingsprogramma's verwacht kan worden. Dit wordt wederom veroorzaakt door de lange doorlooptijd van wijzigingen bij DBC-Onderhoud. Waar deze dynamiek wel te vinden is, is in het actor-netwerk van de beleidsmakers. Hier wordt continu vanuit problemen die de achterban van de betrokken actoren dagelijks ondervinden nagedacht over aanpassingen van de systematiek, waarbij tussen de verschillende actoren onderling interactie plaatsvindt. Vanwege het formele karakter van de DBC-systematiek wordt hierbij steeds door de minister van VWS een nieuw programma formeel vastgesteld. De wijzigingen die hieruit voortkomen zijn echter vooral conceptueel van aard en bieden doorgaans voor de specialist geen oplossing voor de inhoudelijke onvolkomenheden van de DBC-systematiek.

Naast de ontwikkelingen in dit landelijke actor-netwerk is er ook de lokale ziekenhuisorganisatie die structurerend werkt op het handelen van de specialist. We

hebben gezien dat de dialectiek zoals Orlikowski beschrijft hier duidelijk terug te vinden is. De unieke combinatie specialist-ziekenhuis-ICT-systeem binnen elk afzonderlijk ziekenhuis laat zien dat de DBC-systematiek lokaal zeer divers wordt uitgewerkt. De interactie tussen gebruikers, ICT-systeem en de organisatie zoals Orlikowski die schetst lijkt in de uitwerking van de DBC-systematiek in de dagelijkse praktijk van de specialist echter enigszins verstoord. Zo is al gebleken uit het onderzoek van Sogeti dat de ziekenhuizen lang niet alle mogelijkheden van de ICT-systemen benutten en dat de ondersteuning van gebruikers veel beter kan. Een oorzaak hiervoor kan zijn dat het betekenis geven aan het concept 'DBC-systematiek' niet binnen de organisatie plaatsvindt, zoals dat in het model van Orlikowski het geval is, maar veelal landelijk wordt bepaald. De zo ontstane uitwerking van het concept moet vervolgens in het ziekenhuis geïmplementeerd worden. Hoewel bij het vormgeven van de lokale praktijken in het ziekenhuis de onderlinge machtsverhoudingen tussen de specialisten en het ziekenhuis een grote rol spelen en er binnen de organisatie geldende normen opgesteld worden, wordt de speelruimte die er nog is in het proces van betekenis geven aan het DBC-concept meestal niet benut. Bijna zou je kunnen zeggen dat deze simpelweg vergeten wordt.

Voor het beantwoorden van de hoofdvraag: *"Wat betekent de invoering van de DBC-systematiek, zoals die lokaal in ziekenhuizen is ingericht middels informatiesystemen, voor het handelen van specialisten in hun dagelijkse medische praktijk?"* zou de volgende conclusie getrokken kunnen worden:

Het blijkt dat specialisten DBC's moeten registreren in een actor-netwerk dat niet dynamisch is en binnen een organisatie waarbinnen zelf geen betekenis aan het eigen DBC-gerelateerde werk gegeven kan worden. Bovendien heeft de overheid het B-segment vooralsnog beperkt tot tien procent van het ziekenhuisbudget, wat betekent dat bij voorbaat al voor negentig procent niet aan de uitgangspunten van de Orde wordt voldaan. Hiermee zijn de positieve effecten voor de specialist tot een minimum beperkt, terwijl zij wel voor de volle honderd procent DBC's moeten registreren. Dit is wel een heel rare verhouding, zeker gerelateerd aan de hoeveelheid werk die de specialisten in de DBC-registratie moeten steken.

Ondanks bovenstaande beperkingen in het autonoom handelen van de specialist, laat deze zich niet de wet voorschrijven. Het medisch handelen is dan ook niet door de introductie van de DBC-systematiek veranderd. Het idee dat met de invoering van de DBC-systematiek het gedrag van de specialist kan worden aangestuurd lijkt dan ook niet in de praktijk bevestigd te kunnen worden. Of hiermee de hele DBC-systematiek van tafel zou moeten, lijkt echter te ver gaan. Het systeem lijkt namelijk wel geschikt als declaratiesysteem, zolang er maar niet gepretendeerd wordt dat het een exacte neerslag kan zijn van wat er plaatsvindt in de medische praktijk. Of het hierin een succesvol systeem zal zijn hangt in mijn ogen voor een groot deel van de overheid af. De specialist wil namelijk een eerlijk systeem waarbij je betaald krijgt voor het aantal behandelingen dat je uitvoert. Een voorwaarde hiervoor is dat het B-segment uitgebreid wordt. Zolang de overheid niet van plan is hieraan gevolg te geven blijft de DBC-systematiek te veel doelen hebben om dit mogelijk te maken.

LITERATUURLIJST

Primaire literatuur

- Berg, M. et al (1998). *De nacht schreef rood, informatisering van zorgpraktijken*. Den Haag: Uitgever Rathenau Instituut: Emine Bozkurt. ISBN 90 346 3642 9.
- DBC-Onderhoud (2005). *Diagnose Behandel Combinatie. DBC ... op weg naar transparantie in de zorg ...*
- De Friesland Zorgverzekeraar (oktober 2003). *Inkoopbeleid*. Amsterdam: MullerVisual Communication.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004). *Periodieke voortgangsrapportage DBC's; Kamerstuk 26-03-2004*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (juni 2006). *Stand van zaken invoering DBC's; Kamerstuk 12-06-2006*.
- Nederlandse Internisten Vereniging, DBC-Onderhoud (juni 2005). *Instructie DBC-registratie Interne Geneeskunde 2005*. Utrecht.
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging, Overgangsorganisatie DBC-Onderhoud (juni 2005). *Instructie DBC-registratie Orthopedie 2005*. Utrecht.
- NVZ vereniging van ziekenhuizen (juni 2006). *De DBC-systematiek nader bezien, 'Verbeteren door vereenvoudigen'*.
- Orde van Medisch specialisten (mei 2006). *Eindrapportage Orde-DBC-Ondersteuningsteams*. Utrecht: Volta_ontwerpers.
- Sogeti (juni 2006). *DBC moet. Maar dan wel goed! Doet ICT wat het moet?*
- VWS, ZN, NFU, NVZ, Orde, NPCF (juni 2006). *DBC's: eenvoudig beter; De kunst van het weglaten*.

Secundaire literatuur

- Achterhuis, H.J. (1998). *De erfenis van de utopie*. Amsterdam: Ambo. ISBN 90 263 1544 4.
- Akrich, M. (1992). *The de-scription of technical objects*. In: W. Bijker and J. Law (Eds.), *Shaping technology/Building Society: Studies in Sociotechnical change*. Cambridge (MA): The MIT Press. ISBN 0 262 02338 5.
- Bowker, G.C. et al (1999). *Sorting Things Out, Classification and its consequences*. Cambridge (MA): The MIT Press. ISBN 0 262 52295 0.
- Brey, P. (1999). *Worker Autonomy and the Drama of Digital Networks in Organizations*. In: *Journal of Business Ethics*, volume 22, nummer 1 (oktober 1999).

- Feenberg, A. (1999). *Questioning Technology*. Londen: Routledge. ISBN 0 415 19754 6.
- Heimer, C.A. (1985). *Allocating Information Costs in a Negotiated Information Order: Interorganizational Constraints on Decision Making in Norwegian Oil Insurance*. In: *Administrative Science Quarterly*, volume 30 (1985).
- Hughes, T.P. (1998). *Rescuing Prometheus: Four monumental projects that changed the modern world*. New York: Vintage Books. ISBN 0 679 73938 6.
- Latour, B. (1993). *De Berlijnse sleutel en andere lessen van een liefhebber van wetenschap en techniek*. Amsterdam: Van Genneep. ISBN 90 5515 072 X.
- Leigh Star, S. (1991). *Power, technology and the phenomenology of conventions: on being allergic to unions*. In: John Law (Ed.), *A sociology of Monsters: Essays on power, technology and domination*. London: Routledge. ISBN 0 415 07139 9.
- Lente, H. van, en A. Rip (1998). *Expectations in technological developments: an example of prospective structures to be filled in by agency*. In: C. Disco and B. van der Meulen (Eds.), *Getting new technologies together: Studies in making sociotechnical order*. Berlijn: De Gruyter. ISBN 3 11 015630 X.
- Mackay, H. et al. (2000). *Reconfiguring the user: Using rapid application development*. In: *Social Studies of Science*, jaargang 30, volume 5 (October 2000).
- Orlikowski, W.J. (1992). *The duality of technologie: rethinking the concept of technology in organizations*. In: *Organization Science*, jaargang 3, nummer 3 (Augustus 1992).
- Rammert, W. (1997). *New Rules of Sociological Method: Rethinking Technology Studies*. In: *The British Journal of Sociology*, volume 48, nummer 2 (Juni 1997).
- Swierstra, T.E. (1999). *Moeten artefacten moreel gerehabiliteerd?* In: *Kennis en Methode*, volume 23, nummer 4 (1999).
- Utterback, J.M. (1994). *Mastering the Dynamics of Innovation: How Companies Can Seize Opportunities in the Face of Technological Change*. Boston (MA): Harvard Business School Press. ISBN 0 87584 342 5.
- Verbeek, P. (2000). *De daadkracht der dingen, over techniek, filosofie en vormgeving*. Amsterdam: Boom. ISBN 90 5352 630 7.
- Verbeek, P. (2003). *De moraliteit van de dingen*. In: I. Devisch en G. Verschraegen (red.), *De verleiding van de ethiek – over de plaats van ethische argumenten in de huidige cultuur*. Amsterdam: Boom. ISBN 90 5352 825 3.

Interviews

- Interview Orde van Medisch Specialisten, 9 juni 2006.
- Interview ziekenhuisdirectie, 31 mei 2006.
- Interview DBC-projectleider, 31 mei 2006.
- Interview internist, 21 juni 2006.
- Interview DBC-projectleider, 21 juni 2006.
- Interview orthopeed, 14 juni 2006.
- Interview DBC-Onderhoud, 9 juni 2006.
- Interview Orde van Medisch Specialisten, 9 juni 2006.

- Interview Nederlandse Internisten Vereniging, 28 juni 2006.
- Interview Nederlandse Orthopaedische Vereniging, 28 juni 2006.

Tijdschriften

- Zorgvisie, 19 oktober 2004

Websites

- College Bescherming Persoonsgegevens:
www.cbppweb.nl
- DBC-informatie VWS:
http://www.minvws.nl/dossiers/diagnose_behandeling_combinaties_dbcs/default.asp
- Tariefinformatie en Beleidsregels CTG:
<http://www.ctg-zaio.nl>
- Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie:
www.npcf.nl
- NRC Handelsblad:
www.nrc.nl/binnenland
- NU internet nieuwskrant:
www.nu.nl

GEBRUIKTE AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN

A-segment

Dat deel van de DBC's waarvoor geen prijsafspraken worden gemaakt tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars, maar de prijzen landelijk door het ctg-zaio worden vastgesteld. Het gaat hier om ongeveer 90% van de curatieve zorg in Nederland.

Actor-netwerk

In Latours actor-netwerktheorie belangrijke term die een netwerk van zowel menselijke als niet-menselijke actoren aanduidt, waarbij actoren elkaars gedrag beïnvloeden.

Anti-programma

Zie: handelingsprogramma

B-segment

Het deel van de DBC's waarvoor de prijzen en het volume in onderhandeling tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars worden vastgesteld en waarbij marktwerking is geïntroduceerd. Het gaat hier om ongeveer 10% van de curatieve zorg in Nederland.

Beschouwend specialisme

Medisch specialisme waarbij niet wordt geopereerd (i.t.t. een snijdend specialisme). Bij beschouwende specialismen is er vaak sprake van een eenmalig of kortlopend contacten tussen patiënt en specialist, of van chronisch zieke patiënten die, na een eerste onderzoek dat leidt tot een diagnose, een periodiek controletraject ingaan.

Budgetbekostiging

Systematiek waarbij vooraf al wordt vastgesteld wat het budget voor het komende jaar is. Zie ook: FB-systeem.

CBP: College Bescherming Persoonsgegevens

CTG: College Tarieven Gezondheidszorg

Zie: ctg-zaio

ctg-zaio: CTG zorgautoriteit in oprichting

Dit college is tot stand gekomen uit het CTG en is het uitvoeringsorgaan van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Het heeft tot taak de tarieven voor de B-segment DBC's die in onderhandeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot stand zijn gekomen, goed te keuren. Ook stelt het de landelijke prijzen voor de A-segment DBC's vast. Op 1 oktober 2006 is het ctg-zaio samen met het CTZ opgegaan in de NZA.

CTZ: College Toezicht Zorgverzekeringen

Dagbehandeling

Eén van de vier productiegerichte budgetparameters in het 'oude' FB-systeem.

Datawarehouse

Elektronische opslagplaats van informatie ten behoeve van managementdoeleinden.

DBC: Diagnose Behandel Combinatie

Een speciale codering voor een compleet medisch behandeltraject die door de behandelend specialist, de (medisch) specialist, moet worden getypeerd en welke vervolgens dient als basis voor de ziekenhuisdeclaratie aan de verzekeraars en patiënten.

DBC2003

Projectorganisatie die ondersteuning bood aan de koploperziekenhuizen die vanaf 2000 hebben proefgedraaid en geëxperimenteerd met de DBC-systematiek. In samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen van de specialismen heeft deze stuurgroep de DBC-typeringslijsten ontwikkeld. Zij verrichte vervolgens analyses van alle door de koploperziekenhuizen geregistreerde DBC's, om zo inzicht te verkrijgen in de aantallen en soorten geregistreerde DBC's. Hiermee konden de DBC-typeringslijsten worden verbeterd en daarmee kon de DBC-systematiek verder worden ontwikkeld. DBC2003 is ontbonden met de instelling van DBCZorg in 2003.

DBC-Onderhoud

Onderhoudsorganisatie die sinds de opheffing van de begeleidingsorganisatie DBCZorg op 1 januari 2005 het beheer en verdere ontwikkeling van de DBC-systematiek tot taak heeft. Zij draagt er zorg voor dat afspraken over DBC's in de systematiek worden verwerkt en dat bestaande structuren worden onderhouden. De stichting is onafhankelijk, en de leden zijn afkomstig uit de diverse veldpartijen: de NPCF, de NVZ, de NFU, de Orde en ZN.

DBC-profiel

Alle aan een DBC gekoppelde verrichtingen worden samen een profiel genoemd. Dit profiel van een DBC wordt gebruikt om de door de specialist getypeerde DBC te valideren.

DBC-typeringslijst

Codelijsten om de DBC's te typeren. Oorspronkelijk zijn deze ontwikkeld door de stuurgroep DBC2003 in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen van de specialismen.

DBCZorg

DBCZorg is een samenwerkingsverband van VWS, de NVZ, het CTG, de OMS en ZN, die aangestuurd wordt vanuit VWS. DBCZorg is als begeleidingscommissie opgericht in 2003, na de ontbinding van de projectorganisatie DBC2003. Zij kreeg als taak de DBC-implementatie in een jaar voor te bereiden. In deze periode moesten ziekenhuizen, naast het aanleveren van DBC's aan DBCZorg, ook de in de ziekenhuis geregistreerde bijbehorende verrichtingen aanleveren. Hiermee kreeg DBCZorg inzicht in de gemiddeld uitgevoerde verrichtingen bij een bepaalde DBC. Deze

informatie zou later gebruikt worden voor de validatie (controle) van de te factureren DBC's. In 2005 is DBCZorg opgeheven, en vervangen door DBC-Onderhoud.

DIS: DBC Informatie Systeem

Landelijke database met DBC-gerelateerde gegevens van ziekenhuizen ten behoeve van de extractie van managementinformatie en behandelprofielen. Deze gegevens worden onder andere door de overheid gebruikt voor de verdere ontwikkeling van de DBC-systematiek.

DRG:Diagnosis Related Groups

Het systeem van *Diagnostic Related Groups* bestaat in Amerika al vanaf 1983 en werd de basis voor de ziekenhuisvergoedingen van de geleverde zorg. DRG's worden gevormd op basis van de internationale ICD-codering, welke ook in veel Nederlandse ziekenhuizen gebruikt worden voor de registratie op de medische administratie.

EPB: Eerste Poliklinische Bezoek

Eén van de vier productiegerichte budgetparameters in het 'oude' FB-systeem.

FB-systeem: Functionele Budgetteringssysteem

Systeem van budgetbekostiging zoals dat bestond voor de invoering van de DBC-systematiek. De basis hiervan waren een aantal budgetparameters. Zie ook: FB-parameters.

FB-parameters: Functionele Budgetteringsparameters

De vier productiegerichte indicatoren in het 'oude' FB-systeem die tezamen het budget van ziekenhuizen bepaalden. Dit zijn: aantal EPB's, aantal dagbehandelingen, aantal opnames, aantal verpleegdagen.

Handelingsprogramma

In Latours actor-netwerktheorie belangrijke term die duidt op een voorgeschreven manier van handelen die vervolgens acties en reacties kunnen uitlokken, ook wel programma genoemd. Een voorbeeld hiervan zijn de voorschriften tot DBC-registratie door specialisten. Wanneer de programma's vervolgens tegenreacties oproepen in de vorm van handelingen die niet overeenstemmen met het programma, dan worden deze handelingen anti-programma's genoemd.

ICD: International Codes of Diseases

Internationale codering voor de typering van ziekten.

Kostprijs

De kostprijs wordt in de DBC-systematiek vastgesteld door de kostprijs van alle verrichtingen in een gemiddeld profiel te berekenen. Voor de B-segment DBC's moeten ziekenhuizen de kostprijs uitrekenen om, middels een opslag, tot een standaardverkoopprijs (het passantentarief) te komen.

Matching

Het proces van het koppelen van alle bij een behandeling horende verrichtingen aan de betreffende DBC, zodat een overzicht ontstaat van voor die DBC uitgevoerde verrichtingen.

NZA: Nederlandse Zorgautoriteit

NFU: Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra

NPCF: Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie

NVZ: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

OMS: Orde voor Medisch Specialisten

Koepelorgaan dat de belangen van de medisch-specialisten in Nederland behartigt. In 1997 was de Orde een van de actoren die de eerste aanzet deed tot het ontwikkelen van een systematiek waarbij het definiëren van zorgproducten de basis vormde. Ook in de verdere ontwikkeling van de DBC-systematiek is de Orde steeds betrokken geweest.

Opnames

Eén van de vier productiegerichte budgetparameters in het 'oude' FB-systeem.

Orde

Zie: OMS

Programma

Zie: handelingsprogramma

Schoning

Een met de DBC-systematiek ingevoerde procentuele verlaging van het totale budget van een ziekenhuis. Waar voorheen in het totale ziekenhuisbudget behandelingen uit het B-segment werden meegenomen, worden deze behandelingen nu betaald door de zorgverzekeraars op basis van de onderhandelde verkoopprijs. Om dubbele betaling voor behandelingen in het B-segment te voorkomen, worden ziekenhuizen gekort op het totale budget.

Script

Techniekfilosofisch begrip die een in een medium ingeschreven handelingsprogramma aanduidt. Een voorbeeld hiervan is de *matching* van verrichtingen aan DBC's.

Snijdend specialisme

Medisch specialisme waarbij operaties worden verricht (i.t.t. een beschouwend specialisme). Bij snijdende specialismen is er veelal sprake van een geplande opname, waar een poliklinisch bezoek aan voorafgaat, en waarna een controle- en eventueel een revalidatietraject wordt ingezet.

Sociotechnisch construct

Een systeem dat slechts betekenis krijgt door enerzijds de sociale relaties van de omgeving waarin het zich bevindt en anderzijds de technologische associaties die aan dit systeem verbonden zijn. De DBC-systematiek is een voorbeeld van een dergelijk sociotechnisch construct.

Standaardverkoopprijs

De verkoopprijs voor een bepaalde DBC uit het B-segment, zoals die door een ziekenhuis is opgesteld. De prijs geldt voor die patiënten die verzekerd zijn bij een verzekeraar waar het ziekenhuis geen contract mee heeft, en dus geen prijs mee heeft afgesproken. Het geldt voor ziekenhuizen tevens als basis voor de prijsonderhandelingen met zorgverzekeraars. Door korting te geven aan grote afnemers van B-segment DBC's verzekert het ziekenhuis zich van patiënten voor B-segment DBC's, maar in ruil voor deze zekerheid verliezen zij een deel van hun marge.

Validatie

Activiteit waarin wordt bekeken of de geregistreerde DBC wel overeenkomt met de geregistreerde zogenaamde essentiële verrichtingen. Dit zijn verrichtingen als polibezoeken, dagopnamen, opnamen, bepaalde medische ingrepen en het toedienen van een aantal geneesmiddelen. Wanneer geen inconsistenties worden gevonden kan de DBC worden gefactureerd.

Verpleegdag

Eén van de vier productiegerichte budgetparameters in het 'oude' FB-systeem.

Verrichtingen

Op ziekenhuisafdelingen geregistreerde medische verrichtingen, zoals röntgenfoto's van de afdeling radiologie, bloedonderzoeken van het laboratorium, en chirurgische ingrepen op de operatiekamer. Een selectie van verrichtingen vormden de basis van het FB-systeem. Om het budget in dat systeem daadwerkelijk binnen te krijgen, moesten de ziekenhuizen allerlei verrichtingen, volgens landelijke tarieven factureren.

VWS: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**Wederzijdse contracteerplicht**

In het 'oude' FB-systeem geldende verplichting van ziekenhuizen om patiënten van alle zorgverzekeraars te behandelen en van verzekeraars om patiënten de keuze te geven naar elke willekeurige ziekenhuis te mogen gaan.

Wetenschappelijke Vereniging

Beroepsvereniging van een medisch specialisme.

WTG: Wet Tarieven Gezondheidszorg

Deze wet is een zogenoemde kaderwet. Dat houdt in dat in de WTG voornamelijk procedures zijn vastgelegd voor de totstandkoming van beleidsregels en de daaruit voortvloeiende zorgtarieven.

ZIS: Ziekenhuis Informatiesysteem

Lokaal basisregistratiesysteem van ziekenhuizen.

ZN: Zorgverzekeraars Nederland

Koepelorgaan dat de belangen behartigt van alle zorgverzekeraars in Nederland.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Typeringslijsten

DBC-Typeringslijst Orthopedie

Typeringslijst per 1 februari 2006, V20060118

Initiële DBC 11 Reguliere zorg 12 Spoedeisende zorg 13 Intercollegiaal consult	Elleboog/onderarm 1501 Arthrosis 1502 Arthritis/osteomyelitis 1503 Loslating/infectie/malpositie prothese 1504 Corpus liberum/osteocondrositis 1550 Bursitis olecrani 1560 Epicondylitis lateralis/medialis 1596 Post-traumatische afwijking 1597 Aangeboren afwijking 1598 Pijn e.c.i. 1599 N.n.o.
Vervolg DBC 21 Vervolg 25 Exacerbatie/recidief	
Algemeen en/of systemisch 1010 Infantiele encephalopathy 1020 Spina bifida Gegen. afw. van bot, spier, zenuw, 1030 collageen, gewricht 1040 Stofwisselingsstoornissen Geen orthopaedische afwijking 1099 aangetoond	Hand/pols 1601 Arthrosis 1602 Arthritis/osteomyelitis 1603 Loslating/infectie/malpositie prothese 1604 Lunatomalacie 1620 Ganglion pols 1630 Carpaal tunnel syndroom 1640 Pseudarthrosis scaphoid 1650 Tendovaginitis 1660 Boutonniere/swanneck 1670 Contractuur Dupuytren 1680 Multipole reumatische afwijkingen 1695 Instabiliteit 1696 Post-traumatische afwijking 1697 Aangeboren afwijking 1698 Pijn e.c.i. 1699 N.n.o.
Bot en weke delen tumoren 1110 Metastase in bot 1120 Benigne skelet 1130 Benigne weke delen 1140 Maligne skelet 1150 Maligne weke delen 1199 N.n.o.	Bekken/heup/bovenbeen 1701 Arthrosis 1702 Arthritis/osteomyelitis 1703 Loslating/infectie/malpositie prothese 1704 Avasculaire necrose
Cervicale wervelkolom 1201 Arthrosis/spondylosis 1202 Spondylodiscitis/osteomyelitis 1203 Cervico-brachialgie 1210 Post-traumatisch cervicaal syndroom 1220 H.N.P. 1240 Cervicale stenose met myelopathie	

1250 Cervicale Instabiliteit

1260 Torticollis

1296 Post-traumatische afwijking

1297 Aangeboren afwijking

1298 Pijn e.c.i.

1299 N.n.o.

Thoracale / lumbale wervelkolom

1301 Arthrosis/spondylosis

1302 Spondylodiscitis/osteomyelitis

1330 Acute lumbago

1340 Chronische aspecifieke lage rugklachten

1350 Kanaal stenose

1360 H.N.P.

1365 Failed back surgery syndroom

1370 Spondylolysis/lithesis

1380 Kyfose

1390 Morbus Scheuermann

1392 Scoliose

1394 Morbus Bechterew

1395 Osteoporotische inzakking

1396 Post-traumatische afwijking

1397 Aangeboren afwijking

1398 Pijn e.c.i.

1399 N.n.o.

Schoudergordel/bovenarm

1401 Arthrosis

1402 Arthritis/osteomyelitis

1403 Loslating/infectie/malpositie prothese

1404 Avasculaire necrose

1450 Tendinitis supraspinatus/biceps, cq.
impingement

1460 Ruptuur rotator cuff /bicepspees

1470 Frozen shoulder

1480 AC en SC afwijking

1495 Instabiliteit

1496 Post-traumatische afwijking

1497 Aangeboren afwijking

1498 Pijn e.c.i.

1499 N.n.o.

1710 Chronische bursitis

1720 Coxitis fugax

1730 M. Perthes

1740 Epifysiolysis

1750 Congenitale dysplasie/luxatie

1760 Stand en lengte afwijking

1796 Post-traumatische afwijking

1797 Aangeboren afwijking

1798 Pijn e.c.i.

1799 N.n.o.

Knie

1801 Arthrosis

1802 Arthritis

1803 Loslating/infectie/malpositie prothese

1804 Corpus librum

1805 Meniscuslaesie

1810 Collateraal bandlesie

1820 Voorste kruisbandlesie

1830 Achterste kruisbandlesie

1840 Gecombineerd meniscus/bandlesie

1850 Patellofemorale pijnsyndroom

1860 Recidiverende patella luxatie

1870 Tendinitis patellae

1880 Osteochondritis dissecans

1890 Osgood Schlatter

1896 Post-traumatische afwijking

1897 Aangeboren afwijking

1898 Pijn e.c.i.

1899 N.n.o.

111 Conservatief poliklinisch

112 Conservatief met dagopname(n)

113 Conservatief met klinische episode(n)

114 Enkelvoudig poliklinisch conservatief

211 Operatief poliklinisch

212 Operatief met dagopname(n)

213 Operatief met klinische episode(n)

214 Enkelvoudig poliklinisch met verrichting

Operatief met klinische episode(n) met
223 gewrichtsprothese

Zorgtype	
Initiële DBC 11 Reguliere zorg 12 Spoedeisende zorg 13 Intercollegiaal consult Vervolg DBC 21 Vervolg 25 Exacerbatie/recidief	
Diagnose	
Onderbeen 1920 Osteomyelitis 1910 Compartimentsyndroom 1960 Stand en lengte afwijking 1996 Post-traumatische afwijking 1997 Aangeboren afwijking 1998 Pijn e.c.i. 1999 N.n.o. Enkel en voet 2001 Arthrosis 2002 Arthritis/osteomyelitis 2003 Loslating/infectie/malpositie prothese 2004 Corpus liberum enkel 2006 Achillespees verkorting 2010 Exostose voet 2015 Impingement enkel 2020 OD talus 2025 Enthesiopathie 2030 Platvoet/spreidvoet/metatarsalgie 2035 Holvoet 2040 Klompvoet 2045 Mortonse neuralgie 2050 Hallux valgus 2055 Hallux rigidus 2060 Standafwijking overige tenen 2065 Diabetische voet 2070 Rheumatische voet 2075 Neuropatische voet 2095 Instabiliteit enkel 2096 Post-traumatische afwijking 2097 Aangeboren afwijking 2098 Pijn e.c.i. 2099 N.n.o.	3025 Enkel 3026 Calcaneus 3027 Talus 3028 Tarsus 3029 Metatarsalia 3030 Falangen van de voet Distorsies, incl. ruptuur/avulsie laceratie/haemarthros/kapsel ligament/pees/spier 3101 Axiaal skelet/romp 3102 Bovenste extremiteit 3103 Onderste extremiteit Luxaties 3201 AC + SC 3202 Schouder 3203 Elleboog 3204 Pols, incl. radio-ulnair en carpalia 3205 Vinger, incl. M.C.P. 3206 Heup, traumatisch 3207 Heup, prothese 3208 Knie 3209 Patella 3210 Enkel, voetwortel 3211 Tenen Contusies 3301 Enkelvoudig 3302 Multiple Kapsel-band/pees/spier-ruptuur 3401 Bicepspees 3402 Malletvinger 3403 Achillespees 3404 Kniebanden 3409 Overige rupturen Intracranieel letsel zonder schedelfractuur 3501 Commotio cerebri 3502 Contusio cerebri Inwendig letsel van borst, buik en bekken 3601 Pneumo- en/of haemothorax 3602 Letsel intrathoracale organen 3603 Letsel organen buik en bekken

Overige/diversen 2110 Sudeckse dystrofie 2120 Entrapment perifere zenuw 2130 Bursitiden, overig 2140 Contracturen 2150 Endoprothese controle Fracturen 3001 Schedel 3002 Aangezichtsbeenderen/kaak 3003 Sternum/ribben 3004 Wervelkolom 3005 Wervelkolom met ruggemergletsel 3006 Clavicula 3007 Scapula 3008 Humerus proximaal en schacht 3009 Humerus distaal/(epi)condyl(len) 3010 Olecranon 3011 Radiuskopje 3012 Onderarm 3013 Pols 3014 Carpus 3015 Metacarpalia 3016 Falangen van de hand 3017 Bekken 3018 Acetabulum 3019 Femur proximaal (+collum) 3020 Femur overig 3021 Patella 3022 Fibula 3023 Tibiaplateau Tibia (met of zonder fibula) n.n.o.(excl. 3024 enkel)	Wonden 3701 Open wond eenvoudig bijv. snijwonden 3702 Open wond multipel of uitgebreid 3703 Open wond gecompliceerd, bijv. + peesletsel Thermisch letsel 3801 Brandwond eenvoudig 3802 Brandwond ernstig 3803 Bevriezingen Oppervlakkig letsel 3901 Schaafwond/blaar/insectenbeet Corpus alienum 4001 Corpus alienum via natuurlijke opening 4002 Corpus alienum perforerend Overige diagnoses traumatologie 4101 Trauma screening n.n.o. 4102 Multitrauma n.n.o. 4103 Te verwijderen osteosynthesemateriaal 111 Conservatief poliklinisch 112 Conservatief dagopname(n) 113 Conservatief klinisch 114 Enkelvoudig poliklinisch conservatief 211 Operatief poliklinisch 212 Operatief dagopname(n) 213 Operatief klinisch 214 Enkelvoudig poliklinisch met verrichting 223 Operatief klinisch met gewrichtsprothese
--	---

DBC-Typeringslijst Inwendige Geneeskunde

Typeringslijst per 1 februari 2006, V20060118

Zorg	
Initiële DBC 11 reguliere zorg 12 spoedeisende zorg 13 intercollegiaal consult Vervolg DBC 21 vervolg	
Diagnose	
zie bijgevoegde diagnoselijsten:	poliklinisch met dagopname(n) met klinische episode(n) enkelvoudig poliklinisch
	1 2 3 4
Behandelingsvormen	
Algemeen	
0.. algemeen 1.. cardiovasculair endocrinologie en 2.. stofwisselingsziekten 3.. nefrologie 4.. infectieziekten 5.. systeemziekten 6.. pulmonologie / allergologie 7.. hematologie 8.. maligniteiten 9.. gastro-enterologie	1... nno/niet verbijzonderd 110. behandeling nno/niet verbijzonderd 2... bijzondere behandelingen algemeen 210. met intensieve immuuntherapie 220. met antivirale behandeling 230. met substitutie stollingsfactoren 3... advies/afwachtend/begeleidend 310. expectatief/follow-up supportive care/palliatieve zorg zonder 320. chemotherapie 330. advies/diagnose zonder therapie 4... chemotherapie evt in combinatie 410. chemotherapie (hemato) chemotherapie intensief (hemato) / 420. curatief (onco) (neo-) adjuvant 430. chemo(hormonale)therapie (onco) chemotherapie gemetastaseerd 1ste lijn 440. (onco) 450. chemotherapie gemetastaseerd 2de lijn

en hoger (onco)
460. chemo-immunotherapie

5... hormonale of immunotherapie
(neo-) adjuvant hormonale therapie
510. (onco)
hormonale therapie gemetastaseerd 1ste
520. lijn (onco)
hormonale therapie gemetastaseerd 2de
530. lijn en hoger (onco)
540. immunotherapie

6... stamceltherapie
610. stamcelmobilisatie en harvest
620. autologe stamceltransplantatie
630. allogene stamceltransplantatie

9... overige behandelingen
910. overige behandelingen

DIAGNOSE		Behandelingen									
	0.. ALGEMEEN										
001	analyse afweerstoornis zd	nee	1								
002	analyse afwijkende diagnostische test zd	nee	1								
003	analyse alg. malaise/moeheid zd	nee	1								
004	analyse anorexie, vermagering zd	nee	1								
005	analyse bewustzijnsdaling of collaps zd	nee	1								
006	analyse buikklachten zd	nee	1								
007	analyse dyspnoe zd	nee	1								
008	analyse electrolytstoornis zd	nee	1								
010	analyse gewrichtsklachten zd	nee	1								
011	analyse hemorrhagische diathese zd	nee	1								
012	analyse hematurie zd	nee	1								
013	analyse hypofyse-assen zd	nee	1								
014	analyse klachten na tropenbezoek zd	nee	1								
015	analyse koorts zd	nee	1								
016	analyse macrosopisch bloedverlies tr. digestivus zd	nee	1								
017	analyse oedeem zd	nee	1								
018	analyse pijn op de thorax zd	nee	1								
020	analyse systeemandoening zd	nee	1								
021	analyse klacht nno zd	nee	1								
022	analyse trombofilie zd	nee	1								
023	analyse trombose zd	nee	1								
024	analyse vergrote lymfeklier zd	nee	1								
025	screening belaste familieanamnese	nee	1								
026	screening cardiovasculaire risicofactoren	nee	1								
027	screening pre-transpl. donor excl. niertransplantaties	nee	1								
031	pre-op beoordeling	nee	1								
041	behandeling dehydratie zd	nee	1								
042	(auto)-intoxicatie	nee	1								
043	symptomencomplex tgv chronisch alcoholgebruik	nee	1								
044	hypothermie	nee	1								
	1.. CARDIOVASCULAIR										
101	symptomatische ischemische hartziekte, niet DBC-102	ja	1								
102	instabiele AP, myocardinfarct	nee	1								
103	pericarditis	nee	1								
104	myocarditis	nee	1								
106	atriumfibrilleren, ritme- en geleidingsstoornis	ja	1								
107	decompensatio cordis	ja	1								
119	overige cardiale aandoeningen	nee	1								
121	cerebrovasculair accident /TIA	nee	1								
122	arteriële trombose en embolie	nee	1								
124	atherosclerose extremiteiten/perifeer vaatlijden	ja	1								
125	pulmonale hypertensie	ja	1								
126	Raynaud/acrocyanose (niet vasculitis)	ja	1								
129	aneurysma en overige arteriele vaataand.	ja	1								
131	vena cava syndroom nno	nee	1								
132	posttrombotisch syndroom	ja	1								
139	overige aandoeningen veneuze- en lymfevaten	nee	1								

[illegible]

323	acute nierinsufficiëntie zonder dialyse	nee	!						
324	chronische nierinsufficiëntie (geen dialyse) (20-40 ml/min)	ja	!						
325	chronische nierinsufficiëntie predialyse fase (<20 ml/min)	nee	!						
326	chronische hemodialyse in het ziekenhuis passief	ja	!						
331	continue ambulante peritoneale dialyse (CAPD)	ja	!						
332	automatische peritoneale dialyse (APD)	ja	!						
333	chronische hemodialyse in zelfstandig behandelcentrum actief	ja	!						
334	chronische hemodialyse in zelfstandig behandelcentrum opleiding	ja	!						
335	chronische hemodialyse in zelfstandig behandelcentrum passief	ja	!						
336	chronische hemodialyse thuis	ja	!						
337	chronische hemodialyse thuis met verpleegkundige	ja	!						
338	chronische hemodialyse thuis nacht	ja	!						
341	niertransplantatie	ja	!						
342	pre-transpl screen (ontvanger)	nee	!						
343	begeleiding niertransplantatie donor	nee	!						
399	overige nierziekten nno	ja	!						
4..INFECTIEZIEKTEN									
401	pneumonie nno	nee	!						
402	interstitiële pneumonie	nee	!						
403	mycobacteriële infecties	nee	!						
409	overige luchtweginfecties nno (niet pneumonie)	nee	!						
411	infectieuze diarree	nee	!						
412	leverabces nno	nee	!						
413	intra-abdominale infectie / peritonitis	nee	!						
419	overige intestinale infecties nno	nee	!						
421	urineweginfectie (exclusief urosepsis, inclusief prostatitis)	nee	!						
431	bacteraëmie / sepsis	nee	!						
432	endocarditis / endovasculaire infectie	nee	!						
434	intra-oculaire infectie/retinitis	nee	!						
441	meningitis, encephalitis, hersenabces	nee	!						
451	osteomyelitis, infectie van (gewrichts)prothese of implantaat	nee	!						
452	spondylodiscitis / spinaal-/epiduraal abces	nee	!						
453	infectieuze artritis	nee	!						
461	HIV infectie met behandelindicatie	ja	!						
462	HIV infectie zonder behandelindicatie	ja	!						
463	virale hepatitis (niet hepatitis B/C: zie code 943)	nee	!						
464	prikaccident en andere expositie	nee	!						
469	overige virusziekten nno	nee	!						
481	malaria	nee	!						
489	overige parasitaire infecties nno	nee	!						
491	infectie huid	nee	!						
492	Lyme ziekte	nee	!						
493	primaire immuundeficiëntie nno	ja	!						
499	overige infecties	nee	!						
5..SYSTEEMZIEKTEN									
501	sarcoïdose	ja	!						
502	granulomateuze ontsteking nno	ja	!						
503	Behcet	ja	!						
505	acuut reuma, post-streptococcen syndroom	ja	!						
506	arteriitis temp. polymyalgia rheumatica	ja	!						
507	cryoglobulinemie	ja	!						
511	Reiter, reactieve artropathie	nee	!						

512	artritis psoriatica	ja	1							
513	jicht, kristalartropathie, chondrocalcinosis	ja	1							
514	artrose	nee	1							
515	Bechterew	ja	1							
519	fibromyalgie / overige gewrichtsaandoeningen nno	nee	1							
521	reumatoïde artritis	ja	1							
522	SLE/MCTD	ja	1							
523	(dermato)myositis	ja	1							
524	Sjögren	ja	1							
525	sclerodermie, CREST	ja	1							
526	systemische vasculitis (PAN, Wegener, Churg Strauss)	ja	1							
527	vasculitis allergica, Henoch Schönlein	ja	1							
531	begeleiding immunosuppressieve therapie op verzoek van derden	nee	1							
599	overige systeemziekten, vasculitis nno	ja	1							
6..PULMOLOGIE / ALLERGOLOGIE										
601	astma, COPD, emfyseem	ja	1							
606	pleura-aandoening	nee	1							
609	overige longaandoeningen nno	ja	1							
614	overgevoeligheid geneesmiddelen	nee	1							
619	allergische aandoeningen nno	nee	1							
621	maligniteit, kleincellig carcinoom bronchus	ja			3	4				
622	maligniteit, grootcellig carcinoom bronchus	ja			3	4				
623	maligniteit thymoom	ja			3	4				
624	maligniteit pleura	ja			3	4				
629	overige maligniteiten thorax nno	ja			3	4				
7..HEMATOLOGIE										
701	ijzergebreksanemie nno	ja	1							
702	pernicieuze anemie	ja	1							
703	sikkelcel anemie	ja	1							
704	thalasemie	ja	1							
705	overige hereditaire hemolytische anemieën	ja	1							
706	verworven hemolytische anemie	ja	1							
709	overige erythrocytaire afwijkingen nno	ja	1							
711	agranulocytose (primair)	ja	1							
712	aplastische anemie	ja			3	4	5	6	9	
713	eosinofiele afwijkingen	ja	1							
714	mastocytose	ja	1							
719	overige leucocytaire afwijkingen nno	ja	1							
721	ITP	ja			3					9
722	TTP (excl. HUS)	ja			3					9
723	HIT	nee	1							
729	overige trombopenie nno	nee	1							
731	diep veneuze trombose extremiteiten	nee	1							
732	longembolie	nee	1							
733	veneuze tromboembolie overige	nee	1							
734	hereditaire trombofilie	ja	1							
739	overige verhoogde tromboseneiging	ja	1							
741	hemofilie	ja	1	2						
742	Von Willebrandziekte	ja	1	2						
749	overige hemorragische diathese obv stollingstoornis nno	ja	1							
751	Hodgkin lymfoom	ja			3	4	5	6		
752	non Hodgkinlymfoom (NHL) laaggradig	ja			3	4	5	6		

753	non Hodgkin lymfoom (NHL) intermediair/hoggradig	ja			3	4	5	6
754	multipel myeloom/primaire amyloïdose	ja			3	4	5	6
755	monoklonale gammopathie (MGUS)	ja	I					
756	acute lymfatisch leukemie	ja			3	4	5	6
757	CLL, Waldenström, Hairy cell leukemie	ja			3	4	5	6
759	overige lymfoproliferatieve aandoeningen nno	ja			3	4	5	6
761	acute myeloïde leukemie/RAEB-t	ja			3	4	5	6
762	RAEB	ja			3	4	5	6
763	myelodysplasie overige nno	ja			3	4	5	6
771	chronische myeloïde leukemie (CML)	ja			3	4	5	6 9
772	polycytemia vera, essentiële trombocytose	ja			3	4		
773	CMMoL	ja			3	4		9
774	myelofibrose	ja			3	4		9
779	overige myeloproliferatieve aandoeningen nno	ja			3	4	5	9
781	hemochromatose	ja	I					
799	overige hematologische aandoeningen nno	ja			3	4	5	6
8.. MALIGNITEITEN								
801	maligniteit hoofd-hals	ja			3	4	5	
802	maligniteit CZS (primair)	ja			3	4	5	
811	maligniteit mamma	ja			3	4	5	
821	maligniteit ovarium	ja			3	4	5	
822	maligniteit cervix	ja			3	4	5	
823	maligniteit endometrium	ja			3	4	5	
831	maligniteit testis	ja			3	4	5	
832	maligniteit prostaat	ja			3	4	5	
833	maligniteit urinewegen	ja			3	4	5	
834	maligniteit nier / Grawitz	ja			3	4	5	
839	overige malign tr uro/genit	ja			3	4	5	
841	malign bot en gewr.kraakbeen	ja			3	4	5	
842	maligniteit huid / melanoom	ja			3	4	5	
843	maligniteit weke delen	ja			3	4	5	
899	maligniteit nno	ja			3	4	5	
9.. GASTRO-ENTEROLOGIE								
901	refluxziekte	nee	I					
902	benigne stenose	nee	I					
903	Barrett oesophagus	nee	I					
904	maligniteit slokdarm/cardia	ja			3	4	5	
905	gestoorde slokdarmmotiliteit	nee	I					
906	achalasie	ja	I					
907	niet variceuze bloeding proximaal	nee	I					
909	overige slokdarmaandoeningen	ja	I					
911	dyspepsie	nee	I					
912	acute buik nno	nee	I					
913	benigne ulcus ventriculi	nee	I					
914	maligniteit maag (exclusief cardia)	nee			3	4	5	
915	ongecomplieerd ulcus duodeni	nee	I					
916	erosieve gastritis/duodenitis	nee	I					
917	maag/dunne darm motiliteitsstoornis	ja	I					
918	voedingsprobleem waarvoor endoscopische interventie (PEG/sonde)	nee	I					
919	overige maagaandoeningen	ja	I					
920	coeliakie/malabsorptie	ja	I					
921	lactose intolerantie	nee	I					
922	Crohn	ja	I					

923	colitis ulcerosa	ja	1						
924	diverticulitis	nee	1						
925	colonpoliep	ja	1						
926	familiair poliepsyndroom	nee	1						
927	maligniteit colorectaal	ja			3	4	5		
928	ileus/volvulus	nee	1						
929	overige collitis	ja	1						
931	complexe chronische obstipatie	ja	1						
932	chronische diarree zonder infectie	nee	1						
933	acute diarree zonder infectie	nee	1						
934	mesenteriaal trombose/ischemische colitis	nee	1						
935	bekkenbodempromblematiek	ja	1						
936	proctologische aandoening	ja	1						
937	prikkelbare darmsyndroom	nee	1						
938	bestralingsenteritis	ja	1						
939	overige darmaandoeningen	ja	1						
941	alcoholische leverziekte	ja	1						
942	genesmiddelenhepatitis	nee	1						
943	auto-immuun hepatitis	ja	1						
944	hepatitis B/C	ja	1	2					
945	levercirrose gecompenseerd	ja	1						
946	levercirrose gedecompenseerd	ja	1						
947	cholecystitis	nee	1						
948	symptomatische cholecystolithiasis	nee	1						
951	choledocholithiasis	nee	1						
952	cholangitis	nee	1						
953	galwegobstructie zonder stenen	ja	1						
954	primaire biliare sclerose / primaire scleroserende cholangitis	ja	1						
955	levertumor nno	ja	1						
959	overige lever- en galwegaandoeningen	ja	1						
961	acute pancreatitis zonder galstenen	nee	1						
962	acute pancreatitis met galstenen	nee	1						
963	chronische pancreatitis	ja	1						
964	maligniteit pancreas	ja			3	4	5		
969	overige pancreasaandoeningen	ja	1						
979	overige maligniteiten tractus digestivus	ja			3	4	5		

Bijlage 2: Geïnterviewde personen en interviewvragen

Datum	Naam
31 mei 2006	DBC-projectleider
31 mei 2006	Ziekenhuisdirecteur
9 juni 2006	DBC-Onderhoud
9 juni 2006	Orde van Medisch specialisten
14 juni 2006	Orthopeed
21 juni 2006	DBC-projectleider
21 juni 2006	Internist
28 juni 2006	Nederlandse Internisten Vereniging
28 juni 2006	Nederlandse Orthopaedische Vereniging

Vragenlijst medisch specialist

Datum :

Tijd :

Geïnterviewde:

Specialisme :

Ziekenhuis :

Persoonlijke vragen

1. Kunt u iets vertellen over uw werk in het ziekenhuis?
2. Wat vindt u in het algemeen van de invoering van de DBC-systematiek?
3. Hoe ervaart u de DBC in relatie tot uw autonomie? Wat is er veranderd ten opzichte van het 'oude' systeem?
4. Verwacht u dat door de DBC-systematiek er een doelmatiger gezondheidszorg ontstaat? Waarom wel/niet?

De rol van de Maatschap

5. Heeft u binnen uw maatschap wel eens overleg over de DBC? Zo ja, waarover?
6. Wat vindt u van de gang van zaken binnen de maatschap, voor wat de DBC betreft?

De rol van de Wetenschappelijke Vereniging

7. Wat vindt u van het gebruik van gestandaardiseerde codelijsten (typeringen) als basis van de DBC?
8. Worden dit soort codelijsten op meerdere plaatsen in uw werkveld gebruikt?
9. Welke rol speelt uw wetenschappelijke vereniging voor u bij de DBC-systematiek?
10. Hoe ziet u hun positie in relatie tot die van de Orde van Medisch specialisten in de ontwikkeling van de DBC-systematiek?

De rol van het Ziekenhuis

11. Is door de DBC uw relatie met het ziekenhuis veranderd?
12. U wordt ongetwijfeld geregeld geconfronteerd met uitval. Hoe gaat dat in zijn werk?
13. Kunt u mij vertellen hoe de door het ziekenhuis gehanteerde opbouw van de B-segment DBC's van uw specialisme, zoals de heup/diabetes DBC, tot stand is gekomen, en wat de rol van u en/of uw maatschap hierin geweest is?
14. Wordt u op enigerlei wijze, bijvoorbeeld middels software of middels rapportages ondersteund om de behandeling zoals afgesproken uit te voeren? Wat vindt u daarvan?

De relatie met de Patiënt

15. Hoe ervaart u de DBC-systematiek in uw dagelijkse beroepsuitoefening?
16. Hoe komt u tot de typering van een DBC, hoe gaat de registratie in zijn werk? Maakt u daarbij onderscheid tussen A-segment en B-segment DBC's?
17. Krijgt u wel eens reacties van patiënten op de DBC-registratie? Hoe gaat u daarmee om?
18. Als er bij de door u aan de patiënt verleende zorg geen typering bestaat, wat doet u dan?
19. Als het belang van de patiënt afwijkt van het belang van de DBC-registratie, wat doet u dan?
20. Komt het er in de praktijk op neer dat u zich houdt u aan de met het ziekenhuis afgesproken behandelwijze? Waarom wel/niet?

Beleid in de ziekenhuiszorg

21. Volgens de overheid zorgt de DBC-registratie er voor dat er meer inzicht in de kosten van een behandeling ontstaat, verzekeraars betere afspraken kunnen maken over prijs en kwaliteit van zorg, en de ziekenhuiszorg betaalbaar blijft. Wat is uw visie op deze voorstelling van zaken?
22. Welke knelpunten ziet u bij het gebruik van de DBC-systematiek door specialisten, (poli)klinisch personeel en de administratie? Heeft u hier ook voorbeelden van?

23. De DBC-systematiek genereert een heleboel meta-informatie. Welke bijdrage zou deze informatie in uw ogen kunnen hebben aan het gezondheidsbeleid?

Denk bijvoorbeeld aan:

- a) de medisch specialisten?
- b) het ziekenhuis?
- c) de overheid?
- d) de verzekeraars?

Toekomst

24. Wat is uw verwachting voor de toekomst van de DBC-systematiek?

Opmerkingen

Vragenlijst Wetenschappelijke Vereniging / Orde

Datum :

Tijd :

Geïnterviewde:

Specialisme :

Persoonlijke vragen

1. Kunt u iets vertellen over uw werk voor de wetenschappelijke vereniging / de Orde?
2. Welke plaats neemt de DBC-registratie daarbinnen in?
3. Wat vindt u persoonlijk van het basisconcept van de DBC?

Vragen betreffende de eigen organisatie

4. Zou u de visie van uw organisatie op de DBC-systematiek kunnen omschrijven?
5. Wat vindt u van de manier waarop de DBC op dit moment gestalte heeft gekregen binnen uw organisatie? Wat vindt u goed, wat vindt u minder goed?
6. Welke geluiden hoort u over het gebruik van de DBC bij uw achterban? Wat vindt u zelf van deze geluiden?

Informatisering in de zorg

7. Heeft de DBC-registratie in uw visie bijgedragen aan de informatisering van de gezondheidszorg? Wat heeft dit voor gevolgen voor de informatisering binnen de gezondheidszorg als geheel?
8. Verwacht u dat er door de DBC-systematiek een doelmatiger gezondheidszorg ontstaat? Waarom wel/niet?

Relatie met de Specialist

9. Wat is uw mening over het gebruik van de DBC-systematiek door specialisten, (poli)klinisch personeel en de administratie?
10. Wat betekent de standaardisering van patiëntgegevens voor de mensen die er in de praktijk, op de werkvloer, mee moeten werken?
11. Wat voor ervaringen heeft u met de gevolgen van de DBC-registratie voor de specialisten?

Relatie met de Beleidsmakers

12. Volgens de overheid zorgt de DBC-registratie er voor dat er meer inzicht in de kosten van een behandeling ontstaat, verzekeraars betere afspraken kunnen maken over prijs en kwaliteit van zorg, en de ziekenhuiszorg betaalbaar blijft. Wat is uw visie op deze voorstelling van zaken?
13. Wat zou er volgens u nog veranderd moeten worden aan de DBC-systematiek (om deze werkbaar(der) te maken)?
14. De DBC-systematiek genereert een heleboel meta-informatie. Welke bijdrage zou deze informatie in uw ogen kunnen hebben aan het gezondheidsbeleid?
Denk bijvoorbeeld aan:
 - a) de medisch specialisten?
 - b) het ziekenhuis?
 - c) de overheid?
 - d) de verzekeraars?

Toekomst

15. Wat is uw verwachting voor de toekomst van de DBC-systematiek?

Opmerkingen

Vragenlijst DBC-projectleider

Datum :

Tijd :

Geïnterviewde:

Persoonlijke vragen

1. Kunt u iets vertellen over uw werk voor het ziekenhuis en de plaats die de DBC-systematiek daarbinnen inneemt?
2. Wat vindt u van het basisconcept van de DBC?

Vragen betreffende de eigen organisatie

3. Zou u de visie van uw organisatie op de DBC-systematiek kunnen omschrijven?
4. Wat vindt u van de manier waarop de DBC op dit moment gestalte heeft gekregen binnen uw organisatie? Wat vindt u goed, wat vindt u minder goed?
5. Welke geluiden hoort u over het gebruik van de DBC bij uw achterban? Wat vindt u zelf van deze geluiden?

Informatisering in de zorg

6. Wordt er door uw organisatie actief beleid gevoerd ten aanzien van automatisering in de gezondheidszorg?
 - Zo ja, waar vertaalt zich dat in?
 - Zo nee, waarom niet?
7. Welke rol speelt de DBC-systematiek daarin?
8. Verwacht u dat er door de DBC-systematiek een doelmatiger gezondheidszorg ontstaat? Waarom wel/niet?

Relatie met de Specialist

9. Wat is uw mening over het gebruik van de DBC-systematiek door specialisten, (poli)klinisch personeel en de administratie?

10. Wat betekent de standaardisering van patiëntgegevens voor de mensen die er in de praktijk, op de werkvloer, mee moeten werken?
11. Wat voor ervaringen heeft u met de gevolgen van de DBC-registratie voor de specialisten?

Relatie met de Beleidsmakers

12. Volgens de overheid zorgt de DBC-registratie er voor dat er meer inzicht in de kosten van een behandeling ontstaat, verzekeraars betere afspraken kunnen maken over prijs en kwaliteit van zorg, en de ziekenhuiszorg betaalbaar blijft. Wat is uw visie op deze voorstelling van zaken?
13. Wat zou er volgens u nog veranderd moeten worden aan de DBC-systematiek?
14. De DBC-systematiek genereert een heleboel meta-informatie. Welke bijdrage zou deze informatie in uw ogen kunnen hebben aan het gezondheidsbeleid?
Denk bijvoorbeeld aan:
 - a) de medisch specialisten?
 - b) het ziekenhuis?
 - c) de overheid?
 - d) de verzekeraars?

Toekomst

15. Wat is uw verwachting voor de toekomst van de DBC-systematiek?

Opmerkingen

Vragenlijst DBC-Onderhoud / Directie

Datum :

Tijd :

Geïnterviewde:

Ziekenhuis :

Persoonlijke vragen

1. Zou u in het kort uw mening willen geven over de invoering van de DBC-systematiek?
2. Wat zijn in uw ogen de voor- en nadelen van de DBC-systematiek?
3. Wat vindt u ervan dat de overheid zich steeds verder terugtrekt uit de gezondheidszorg? Kunt u dat ook beschrijven in termen van mogelijkheden en kansen?

Beleid eigen organisatie

4. Zou u de visie van u / uw organisatie op de DBC-systematiek kunnen omschrijven?
5. Wat heeft uw organisatie gedaan om de inbedding van de DBC-systematiek in de ziekenhuizen zo soepel mogelijk te laten verlopen? Is er (onverwacht) verzet geweest? Hoe bent u daar mee omgegaan?

Relatie met Ziekenhuis

6. Welke gevolgen zou de DBC-systematiek kunnen hebben voor de organisatie van het ziekenhuis/de gezondheidszorg?
 - e) de taakverdeling van zorgverleners?
 - f) de hiërarchie tussen zorgverleners (en het ziekenhuis)?

Belang van informatisering in de gezondheidszorg

7. Wordt er door uw organisatie actief beleid gevoerd ten aanzien van automatisering in de gezondheidszorg?
 - Zo ja, waar vertaalt zich dat in?
 - Zo nee, waarom niet?
8. Verwacht u dat door de DBC-systematiek er een doelmatiger gezondheidszorg ontstaat?

Relatie met de medische praktijk

9. Welke gevolgen zou de invoering van de DBC-systematiek kunnen hebben op het karakter van (de organisatie van) de gezondheidszorg en op de zorgverlening?

Relatie met andere beleidsmakers

10. Volgens de overheid zorgt de DBC-registratie er voor dat er meer inzicht in de kosten van een behandeling ontstaat, verzekeraars betere afspraken kunnen maken over prijs en kwaliteit van zorg, en de ziekenhuiszorg betaalbaar blijft. Wat is uw visie op deze voorstelling van zaken?
11. De DBC-systematiek genereert een heleboel meta-informatie. Welke bijdrage zou deze informatie in uw ogen kunnen hebben aan het gezondheidsbeleid?
Denk bijvoorbeeld aan:
 - a) de medisch specialisten?
 - b) het ziekenhuis?
 - c) de overheid?
 - d) de verzekeraars?

Toekomst

12. Wat is uw verwachting voor de toekomst van de DBC-systematiek?

Opmerkingen





SAMENVATTING

Op 1 januari 2005 is in Nederland een nieuw systeem voor ziekte- en zorgkosten ingegaan. Met deze systematiek is de gezondheidszorg geïntegreerd. De DBC-systematiek is een declaratiesystematiek, op het tegelijkertijd declareren van alle behandelingen die een patiënt in het kader van een bepaald ziektegeval heeft ondergaan. Om dit mogelijk te maken, moet de behandelend specialist een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) registreren. Deze DBC heeft een looptijd die het gehele behandeltraject duurt. Alle behandelingen die de patiënt voor dit ziektegeval ondergaat worden middels geautomatiseerde systemen aan de DBC gekoppeld. Over tien procent van de DBC's, het zogenaamde B-segment, moeten de ziekenhuizen zelf verkoopprijzen vaststellen, die ze kunnen onderhandelen met zorgverzekers. In het A-segment, het A-segment, worden de prijzen landelijk vastgesteld. De ziekenhuizen zullen proberen over de B-segment DBC's afspraken te maken met specialisten over het te hanteren behandelbeleid: een hele nieuwe gewaarwording voor de specialist die gewend is autonoom te kunnen handelen.

Een groot verschil met de oude systematiek is, dat de specialist verplicht is om een rol te spelen in het administratieve declaratieproces. Hij moet niet alleen zorg dragen voor de registratie van de DBC's, maar ook voor het oplossen van uitval van DBC's of de onderliggende verrichtingen wanneer het geautomatiseerd koppelen niet is gelukt. Ook kan het zijn dat een DBC met onderliggende behandelingen wordt afgekeurd door een validatiemodule die de DBC's vergelijkt met norm-DBC's. Deze norm-DBC's schrijven op deze manier min of meer het behandelbeleid voor patiënten met een bepaalde aandoening voor. Ook aan de afgekeurde DBC's zal de specialist tijd moeten besteden. De specialist zal de DBC-registratie dan ook in zijn drukke medische praktijk een plek moeten geven om tot een goede registratie te komen.

Zowel vanuit het ziekenhuis dat afspraken wil maken over het behandelbeleid bij B-segment DBC's als vanuit de structurering in de validatiemodule wordt ingegrepen in de medische praktijk van de specialist. Om de gevolgen hiervan te onderzoeken staat in deze scriptie de volgende vraag centraal: *Wat betekent de invoering van de DBC-systematiek, zoals die lokaal in ziekenhuizen is ingericht middels informatiesystemen, voor het handelen van specialisten in hun dagelijkse medische praktijk?*

Voor de beantwoording van deze vraag zijn interviews afgenomen bij specialisten, wetenschappelijke verenigingen, de Orde van Medisch specialisten, DBC-projectleiders, ziekenhuisdirectie en bij de onderhoudsorganisatie van de DBC-systematiek. Daarnaast zijn diverse rapporten van specialistenkoepels, ziekenhuiskoepels,

patiënten belangengroepen en overheidsrapporten bestudeerd. De problematiek is uitgewerkt tegen een techniekfilosofische achtergrond, waarbij Orlikowski's structuratiemodel van technologie, de actor-netwerktheorie van Latour, en Latour's theorie over handelingsprogramma's centraal staan.

De belangrijkste bevindingen zijn dat de betrokken partijen er voor wat de DBC-systematiek betreft heel verschillende visies op na houden. Dit levert vanwege de hoeveelheid fundamentele aanpassingen die reeds aan het systeem gedaan zijn grote problemen op voor een consequente doorontwikkeling van de DBC-systematiek. Daarnaast lijkt de onderhoudsorganisatie niet bij machte om de systematiek goed bij de medische praktijk aan te laten sluiten. Voor de medisch specialist betekent dit dat ze continu worden geconfronteerd met conceptuele aanpassingen aan de systematiek, terwijl ze geregeld niet kunnen registreren wat er daadwerkelijk in de medische praktijk gebeurt. Door deze onvolkomenheden in de systematiek worden de specialisten gedwongen om creatief met de registraties om te gaan, hetgeen in de interviews duidelijk naar voren komt. Veelal door onduidelijkheid over de zeer complex geworden systematiek raken de specialisten steeds meer het vertrouwen in de DBC-systematiek als acceptabel declaratiesysteem systeem kwijt.

De interactie tussen gebruikers, ICT-systeem en de organisatie zoals Orlikowski die schetst lijkt in de uitwerking van de DBC-systematiek in de dagelijkse praktijk van de specialist echter enigszins verstoord. Een oorzaak hiervoor kan zijn dat het betekenis geven aan het concept 'DBC-systematiek' niet binnen de organisatie plaatsvindt, zoals dat in het model van Orlikowski het geval is, maar veelal landelijk wordt bepaald. De speelruimte die er nog is in het proces van betekenis geven aan het DBC-concept, wordt meestal niet benut.

Ondanks de beperkingen in het autonoom handelen van de specialist, laat deze zich niet de wet voorschrijven. In het onderzoek komt naar voren dat het medisch handelen van de specialist door de introductie van de DBC-systematiek niet veranderd is. Het idee dat met de invoering van de DBC-systematiek het gedrag van de specialist kan worden aangestuurd lijkt dan ook niet in de praktijk bevestigd te kunnen worden. De DBC-systematiek zou dan nog steeds een goed declaratiesysteem kunnen zijn, maar een voorwaarde hiervoor is dat het B-segment uitgebreid wordt. Zolang de overheid niet van plan is hieraan gevolg te geven, blijft de DBC-systematiek te veel doelen hebben om zichzelf waar te kunnen maken.

