



DE PRIJS VAN HEUPEN EN KNIËN: VERMARKTING VAN BEHANDELINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

WRR-PROJECT MARKT, STAAT EN SAMENLEVING

*Erik Aarden, Yvette Bartholomé, Agnes Meershoek, Ine Van
Hoyweghen, Klasien Horstman*

WEBPUBLICATIE NR. 52

Januari, 2011

Verkennde studie voor het project Markt, staat en samenleving

Deze tekst is geschreven in opdracht van de projectgroep Markt, Staat en Samenleving van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Voor de inhoud van de tekst en de gerapporteerde bevindingen zijn de auteurs verantwoordelijk. Het project Markt, Staat en Samenleving handelt over de vraag hoe de overheid maatschappelijke en publieke belangen op markten kan behartigen. Volgens de theorie functioneren markten doordat aanbieders een product aan vragers verkopen. In de interactie tussen beide partijen komen prijs en kwaliteit tot stand. Dit zogenaamde marktmechanisme veronderstelt dat er vraag naar een product is, dat er aanbod is, dat er een prijs voor producten beschikbaar is en dat daar een bepaalde hoeveelheid van verhandeld zal worden. Aan een aantal externe auteurs is gevraagd zo gedetailleerd mogelijk weer te geven hoe dit proces van afstemming van vraag en aanbod in de praktijk verloopt. In weerwil van de theorie komen vraag en aanbod, prijs en kwaliteit namelijk niet als vanzelf tot stand. Een tweede vraag is daarom geweest welke rol de overheid daarbij speelde.

De serie Webpublicaties omvat studies die in het kader van de werkzaamheden van de WRR tot stand zijn gekomen. De verantwoordelijkheid voor de inhoud en de ingenomen standpunten berust bij de auteurs. Een overzicht van alle webpublicaties is te vinden op de website van de WRR (www.wrr.nl).

INHOUDSOPGAVE

1	Onderzoek naar marktwerking in de zorg	5
1.1	Introductie	5
1.2	Een constructivistisch perspectief op markten.....	6
1.3	Onderzoek van de DBC als <i>market device</i>	10
	Slot.....	10
2	Hoe komt de markt tot stand?	11
2.1	Introductie	11
2.2	De markt als resultaat van overheidsbeleid.....	11
	Wetgeving	12
	Advisering	13
	Experimenten met een market device	13
2.3	De ontwikkeling van marktpartijen.....	18
	Medisch specialisten.....	18
	Ziekenhuizen.....	20
	Verzekeraars	21
	Patiënten.....	22
	Toeziethouders	23
	Slot.....	23
3	DBC als <i>market device</i> en de <i>framing</i> van zorg als economisch product	27
3.1	Introductie	27
3.2	<i>Framing</i> van zorg als product door de toezichthouders	27
3.3	<i>Framing</i> van zorg als product aan de onderhandelingstafel.....	31
3.4	<i>Framing</i> van zorg in de exploitatie van het ziekenhuis.....	34
3.5	<i>Framing</i> van zorg als product in het alledaagse medisch werk	37
	Slot.....	39
4	Wat doet de DBC? Effecten van marktwerking in de zorg	41
4.1	Introductie	41
4.2	Meer transparantie, concurrentie en kwaliteit?	41
	Transparantie	41
	Concurrentie	43
	Kwaliteit en prijs.....	45
4.3	Het ziekenhuis als bedrijf?.....	47
	Een rem op innovatie?	47
	Wie is de baas?.....	49
4.4	Meer markt, meer overheid?	50
	Slot.....	53

5	Conclusie.....	55
5.1	Introductie	55
5.2	Klinische en financiële logica op de zorgmarkt	55
5.3	Marktwerking en overheidsregie	56
	Slot.....	58
	Referenties.....	61

1 ONDERZOEK NAAR MARKTWERKING IN DE ZORG

1.1 Introductie

In Nederland, maar ook in andere Europese landen zijn de toenemende kosten van de gezondheidszorg al enkele decennia een punt van zorg. Tegen de achtergrond van demografische ontwikkelingen, zoals de vergrijzing en de toename van de verwachte kosten van de zorg in de eenentwintigste eeuw, richt het publieke debat zich op de vraag op welke manier de kosten van de zorg beheerst kunnen worden, nu de verzorgingsstaat daar niet in lijkt te slagen. Om de kosten onder controle te krijgen verwacht men veel van marktwerking. De uit de hand gelopen kosten van de zorg worden namelijk geassocieerd met een gebrek aan concurrentie, een gebrekkig kostenbewustzijn, non-transparantie en inefficiëntie, waarvan aangenomen wordt dat ze het gevolg zijn van het feit dat de zorg decennialang een publieke, collectieve verantwoordelijkheid is geweest. Marktwerking zou ertoe moeten bijdragen dat de kosten van de zorg transparant worden – op de plek waar ze gemaakt worden –, zodat er prikkels worden gegeven om inefficiëntie tegen te gaan. Door de kosten van de zorg transparant te maken zou ook de prijs-kwaliteitverhouding inzichtelijk worden, en zou ook de kwaliteit verhoogd kunnen worden.

Om een markt te ontwikkelen voor zorg worden diverse marktinstrumenten – *market devices* – ontwikkeld. In ons onderzoek richten we ons op één daarvan, de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) die in 2005 is ingevoerd. De DBC is een code voor de hele behandeling van een patiënt, van begin tot eind, en aan die behandeling is een prijs gekoppeld. Het interessante van de DBC is dat een klinische en financiële benadering geacht worden samen te gaan. Er wordt uitgegaan van een ‘gemiddeld’ klinisch traject, een klinisch pad, als product, en daar wordt een prijs aan toegekend. Invoering van de DBC-systematiek betekent idealiter dat het vaste ziekenhuisbudget, waarin onduidelijk was wat een bepaalde medische handeling precies kostte, wordt vervangen door concurrentie op de prijs van gestandaardiseerde, ‘gemiddelde’ behandelingstrajecten. Hoewel de DBC’s in hun precieze vorm en de wijze waarop ze worden vormgegeven en beheerd een specifiek Nederlands verschijnsel zijn, hebben vergelijkbare vormen van standaardisering in de financiering van medische zorg ook plaatsgevonden in andere landen. Een voorbeeld daarvan is het Australische *Diagnostic Related Groups*-systeem, dat bijvoorbeeld ook in Duitsland is overgenomen.

In deze rapportage doen wij verslag van een korte explorerende studie van het ontstaan van de ‘markt’ voor behandelingen in de gezondheidszorg, van ‘marktpartijen’, van een ‘goed’ en van een ‘prijs’. We gaan tevens in op de vraag wat de externe, onbedoelde effecten zijn van dit proces. Ten slotte stellen we de vraag hoe we dit proces van vermarkting moeten duiden: wat doet dit proces met het publieke belang van kwalitatief goede, veilige en betaalbare gezondheidszorg?

In dit eerste hoofdstuk gaan we in op de theoretische achtergrond van de studie, de manier waarop we het onderzoek hebben uitgevoerd, en schetsen we de inhoud van het rapport.

1.2 Een constructivistisch perspectief op markten

In publieke debatten over de ordening van de samenleving worden overheidsbeleid en marktmechanismen vaak tegenover elkaar gezet. Staat en markt worden als twee geheel verschillende institutionele domeinen voorgesteld, met een eigen cultuur en dynamiek. Dat deze tegenstelling prominent figureert in publieke debatten over de organisatie van de zorg, het onderwijs, het wegennet, et cetera is niet zo vreemd. Ze wordt enerzijds gevoed door ideologische stromingen van sociaal-democratie en liberalisme en hun respectievelijke verwachtingen van staat en markt. Anderzijds wordt deze denkwijze gestimuleerd door de twee wetenschappelijke disciplines die zich richten op de beschrijving en analyse van de mechanismen van staat en markt als zelfstandige institutionele domeinen, de politicologie/beleidswetenschap en de economie. In het zelfbeeld van deze wetenschappelijke disciplines staat de representatiefunctie van wetenschap centraal: zij claimen de werkelijkheid bloot te leggen en te beschrijven, alsof die realiteit onafhankelijk van die disciplines bestaat. Het wetenschaps- en techniekonderzoek (Hackett et al. 2007) heeft echter laten zien dat het zelfbeeld van veel wetenschappelijke vakgebieden nogal eenzijdig is, omdat het blind is voor de interveniërende en normatieve werking van wetenschappelijk onderzoek.

Wetenschap speelt een grote rol in de ontwikkeling en vormgeving van het eigen objectgebied en dat geldt ook voor de relatie tussen de politieke en economische wetenschappen en hun respectievelijke objectgebieden 'staat' en 'markt'. Deze disciplines hebben dus de tegenstelling tussen staat en markt mede gecreëerd. Mackenzie en anderen hebben bijvoorbeeld het interveniërende karakter van de economie als wetenschappelijke discipline laten zien. Zij spreken van de *performativiteit* van de economische wetenschap (Mackenzie, Muniesa & Siu 2007). Aan de hand van vele voorbeelden laten zij zien dat de economie de economische werkelijkheid niet alleen representeert, maar dat haar taal, ideeën en modellen de economische praktijken en de homo economicus mede hebben gevormd. "Markets are both the objects and the products of research. From financial engineering to market research, the sciences of the market are in themselves part of markets" (Callon, Millo & Muniesa 2007: 5). De hypotheses en modellen van de wetenschappers zijn verweven geraakt met marktindexen, met software om prijzen te berekenen en met instrumenten voor risicobepalingen in het financiële verkeer.

Diverse auteurs hebben betoogd dat de scheidslijn tussen staat en markt een eenzijdig perspectief is op deze institutionele domeinen, dat de verbinding tussen beide domeinen onzichtbaar maakt. De politiek econoom Polanyi is beroemd geworden met de notie

embeddedness: economische relaties zijn volgens hem altijd ingebed in maatschappelijke en politieke relaties. In zijn klassieke studie *The great transformation* (1944) laat Polanyi de interdependentie zien tussen de vorming van moderne staten en economieën: de internationale handel kan niet zonder een wettelijke verankering van contracten. De aandacht voor *embeddedness* heeft er volgens de socioloog Gemici echter toe geleid dat Polanyi de markt als het economische en antisociale tegenover het sociale plaatste en daardoor niet kon begrijpen hoe markten zo *disembedded* en zelfregulerend kunnen worden (Gemici 2007).

Ook de sociologisch econoom Hirschman heeft veel aandacht gehad voor de interdependentie van staat en markt. In *Exit, voice and loyalty. Responses to decline in firms, organizations and states* (1970) betoogt hij dat de institutionele regulerings- en feedbackmechanismen van staat en markt – respectievelijk *voice* en *exit* – zelden perfect werken en vaak op elkaar zijn aangewezen om deze institutionele domeinen goed te laten functioneren. Op de markt is *voice* nodig, want een te snelle gang naar de concurrent levert te veel kapitaalverlies op. In de praktijk gaan consumenten bij ontevredenheid ook niet meteen naar de concurrent: zij zijn tot op zekere hoogte loyaal. Omgekeerd heeft een staat exitopties nodig. Waar burgers geen exitoptie hebben, zoals in voormalige Oost-Europese landen, zullen ze ook weinig *voice* ontwikkelen, en zal het institutionele domein van de staat disfunctioneren (Hirschman 1992). Hoewel het denken in termen van de tegenstelling tussen staat en markt in publieke debatten dus gemeengoed is, en deze tegenstelling door de disciplines van de politieke wetenschappen en de economie gevoed wordt, zijn er op het snijvlak van deze disciplines – in de politieke en sociologische economie – concepten aangereikt die het mogelijk maken om de verbinding tussen deze instituties zichtbaar te maken en te bestuderen.

Auteurs als Polanyi en Hirschman kunnen gezien worden als de vaders van de eerste ‘pragmatische wending’ in het denken over staat en markt. Deze pragmatische wending betekent dat staat en markt niet als gegeven instituties worden opgevat, maar als historisch geconstrueerde institutionele arrangementen. De politieke wetenschap heeft zich lang gericht op wetten en andere formele instrumenten van de staat en de economische wetenschap op abstracte economische modellen, maar de pragmatisch-sociologische blik van deze auteurs heeft een weg gebaad voor empirisch onderzoek naar de alledaagse concrete constructie van staat en markt. Wetenschapsonderzoekers hebben voor een tweede pragmatische wending gezorgd door de rol van de politieke en economische wetenschappen in de constructie van de institutionele arrangementen van staat en markt tot onderzoeksvraag te maken. De pragmatische wending impliceert dus zowel empirisering en concretisering van het onderzoek naar staat en markt, als een hernieuwde reflectie op de rol van wetenschappelijke kennis en technieken in deze domeinen. De pragmatische wending in het onderzoek naar

staat en markt kreeg een extra impuls door de ‘crisis’ – de onbedoelde neveneffecten – in beide institutionele domeinen.

Sinds de jaren 1990 is het disfunctioneren van de staat als publiek probleem gedefinieerd. Moderne verzorgingsstaten met hun ideaal van verzorging van wieg tot graf bleken in de praktijk veel neveneffecten te bewerkstelligen die met dat ideaal in strijd waren. Sociologisch onderzoek naar het functioneren van verzorgingsstaten heeft laten zien hoe ze onbedoeld bijdroegen aan bureaucratie, afhankelijkheid van burgers van statelijke dienstverlening, en hoge kosten van deze diensten. Het werd ook duidelijk dat deze statelijke arrangementen een spiraal opriepen van nieuwe claims op zorg en nieuwe vormen van ongelijkheid (Van der Veen 1990; Schuyt 1991; Engbersen, Hemerijck & Bakker 1994). Sociologisch onderzoek heeft verder bijgedragen aan de identificatie van deze onbedoelde effecten en aan de agendering ervan als publieke problemen. Hoewel dit sociologisch onderzoek niet resulteerde in een sterk pleidooi voor privatisering, werd in het publieke debat – geheel in lijn met de klassieke dichotomisering van staat en markt – steeds harder geroepen om marktwerking. Met succes, want de laatste tien jaar zijn in de sociale zekerheid en de zorg verschillende vormen van marktwerking geïntroduceerd. Van marktwerking werd verwacht dat de diensten op het terrein van de sociale zekerheid en zorg efficiënter, goedkoper en doelmatiger zouden worden en dat burgers meer eigen verantwoordelijkheid zouden nemen. Ondanks wetenschappelijke literatuur die die verwachtingen relativeert (Engelen 1995) en die wijst op de beperkingen van abstracte economische theorieën, heeft de Nederlandse verzorgingsstaat een ‘privatiseringsoperatie’ ondergaan.

Ook het disfunctioneren van markten is echter inmiddels als een publiek probleem geformuleerd. De introductie van marktwerking in sterk verstatelijkte sociale zekerheids- en zorgarrangementen is van meet af aan met discussie gepaard gegaan. Tegenover de argumenten dat de staat haar kans had gehad en die had verknald was echter in het nieuwe neoliberale politieke klimaat weinig in te brengen. De sceptici van marktwerking kregen niettemin steun uit onverwachte hoek. De huidige crisis op de financieel-economische markten maakt onmiskenbaar duidelijk hoe imperfect markten zijn en hoe weinig zelfregulerend en zelfcorrigerend vermogen markten kunnen hebben. Markten zijn niet een eenvoudige oplossing voor overheidsfalen, ze brengen zo hun eigen problemen met zich mee. In deze context hebben economisch sociologen er voor gepleit om, in plaats van te koersen op abstracte economische modellen die een markt als gegeven aannemen, empirisch en antropologisch onderzoek te doen naar de ontwikkeling en het alledaagse functioneren van markten. Hoe ontwikkelt een markt zich, hoe worden zaken tot marktwaar – tot een economisch goed – gemaakt, hoe komt prijsvorming tot stand, welke onbedoelde effecten heeft dat proces en is de markt in staat die onbedoelde effecten te identificeren en te adresseren? Wat voor *werk* moet er verzet worden bij de ontwikkeling van markten? Terwijl

sociologen daarbij vooral oog hebben voor het werk van mensen, instituties en organisaties, richten wetenschaps- en techniekonderzoekers zich met name op het werk dat verzet wordt door wetenschap en technieken. Callon en anderen hebben in dat kader het concept marktinstrument geïntroduceerd, *market device*. Daarmee bedoelen zij alle mogelijke soorten technieken die ertoe bijdragen dat iets met betekenis een economisch goed wordt. *Market devices* bewerkstelligen met andere woorden het proces van *disentanglement*, het proces waarbij de concrete alledaagse contextuele betekenis van iets wordt getransformeerd tot een contextloos, abstract gevormd ‘economisch goed’ wat calculeerbaar is gemaakt om er op die manier een prijs aan te koppelen en dus te kunnen verhandelen. *Market devices* zijn “the material and discursive assemblages that intervene in the construction of markets” (Callon, Millo & Muniesa 2007: 2).

In de internationale visserij is bijvoorbeeld de ITQ (Individual Transferable Quotas) een voorbeeld van een marktinstrument: dit instrument maakt visrechten een privaat goed, meetbaar en verhandelbaar. In verzekerings- en consumentenkredietmarkten spelen *scoring devices* een belangrijke rol in het vermarktbaar maken van ‘verzekerde levens’ door deze laatste vorm te geven als een goed dat via actuariële technieken calculeerbaar wordt als een normaal of verhoogd risico en waaraan vervolgens een normale of verhoogde premie wordt gekoppeld (Van Hoyweghen 2007). En grote supermarkten maken gebruik van een veelheid aan technieken om levensmiddelen calculeerbaar en waardeerbaar te maken. Een specifieke indeling van het assortiment op verschillende plekken in de winkel en op verschillende rekken (‘ooghoogte’), voorgedrukte boodschappenlijstjes, de boodschappenkar, de bonuskaart, de wekelijkse mailinglists – allemaal *market devices* die de verkoop bevorderen. De aangeboden producten zijn reeds onttrokken aan de context van hun productie en distributie. Geplaatst op verschillende rekken, die op zich weer gesitueerd zijn op verschillende locaties in de supermarkt worden deze producten geassocieerd met elkaar, gegroepeerd volgens assortiment, prijs of smaak. Etiketten (met inbegrip van prijs) stellen de klant in staat om keuzes te maken – keuzes die op voorhand al (gedeeltelijk) (in)gecalculeerd zijn door de vele marktprofessionals (designers, merchandisers, producenten, retailers). Daarbij maken ze gebruik van de data die via de bonuskaart verkregen worden (Poon 2007). In onze studie naar marktwerking inzake behandelingen in de ziekenhuiszorg sluiten we aan bij de pragmatische wending in het onderzoek naar markten. We maken gebruik van concepten en inzichten uit de economische sociologie en het wetenschaps- en techniekonderzoek, die een radicale empirisering van de studie van markten mogelijk maken en stimuleren tot reflectie op de rol van wetenschap en technologie bij de constructie van markten. Markten zijn er niet, ze worden gemaakt, en dat geldt ook voor de markt voor ziekenhuisbehandelingen, voor de goederen en de prijzen die op die markt verhandeld worden. Daarbij zullen we ons ook vooral richten op de *market devices* die de

disentanglement mogelijk maken van concrete zorg voor individuele patiënten uit de lokale context en de transformatie van deze zorg tot een product waar op de markt een prijs voor gevraagd kan worden. In deze studie zullen wij reconstrueren hoe deze markt wordt gemaakt, hoe de DBC als *market device* is ontwikkeld, welk werk er verzet moet worden om dit *market device* te laten werken en welke onbedoelde gevolgen te identificeren zijn.

1.3 Onderzoek van de DBC als *market device*

Om inzicht te krijgen in de functie van DBC's als instrument om een zorgmarkt te creëren is een groot scala aan empirische bronnen gebruikt. Naast documentenanalyse is veldwerk verricht en zijn interviews gehouden. Voor de documentenanalyse zijn wetenschappelijke en professionele literatuur, beleidsstukken, rapporten, websites en krantenartikelen bestudeerd. Verder zijn er dertien semigestructureerde interviews afgenomen. Bij zowel academische als STZ (Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen) en perifere ziekenhuizen zijn verschillende betrokkenen geïnterviewd. Er is gesproken met artsen, verpleegkundigen, administratief medewerkers, medewerkers van de DBC-helpdesk, et cetera. In verschillende ziekenhuizen is kort veldwerk gedaan naar de DBC-administratie om zicht te krijgen op het dagelijkse leven van een DBC. Daarnaast zijn ook toezichthouders van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en DBC-onderhoud, en een inkoper van een zorgverzekeraar geïnterviewd.

Slot

Dit rapport volgt de vorming van deze nieuwe markt in de gezondheidszorg. In het tweede hoofdstuk schetsen we het ontstaan van deze nieuwe markt. We laten zien met behulp van welke bestuursinstrumenten de overheid deze markt in het leven heeft geroepen en welke andere marktpartijen in dat proces een rol spelen. In het derde hoofdstuk gaan we in op de vorming van de DBC als marktinstrument en het werk dat verzet is en moet worden om DBC's als zodanig te laten functioneren. We zullen het 'traject' volgen dat een DBC aflegt vanaf de tekentafel tot in de DBC-administratie van een ziekenhuis, om te laten zien hoe het proces van *disentanglement* gestalte krijgt. In het vierde hoofdstuk bespreken we de externe effecten oftewel onbedoelde gevolgen van deze ontwikkelingen op de aard van het publieke goed, de positie en onderlinge verhouding van de diverse betrokkenen en de eventuele maatregelen om ongewenste effecten bij te sturen. We sluiten af met tentatieve conclusies over de consequenties van het ontstaan van deze markt voor de gezondheidszorg als publiek goed.

2 HOE KOMT DE MARKT TOT STAND?

2.1 Introductie

In de context van publieke debatten over kwaliteit en kostenbeheersing in de zorg zijn de belangrijkste initiatieven om te komen tot marktwerking in de gezondheidszorg genomen door de overheid. De introductie van marktwerking was een lang traject waarbij de overheid van verschillende bestuurstechnieken gebruikmaakte om een markt te creëren: advisering, experimenten en wetgeving. In dat proces werd ook het prijsmechanisme gevormd, de DBC. In dit hoofdstuk schetsen we eerst hoe de overheid het proces van marktwerking in gang zet. Vervolgens laten we zien hoe andere actoren zoals ziekenhuizen en verzekeraars in dit proces als marktpartij geïntegreerd worden. Het zal duidelijk worden dat de overheid de touwtjes op deze markt stevig in handen houdt.

2.2 De markt als resultaat van overheidsbeleid

De invoering van DBC's als prijsmechanisme in 'de zorgmarkt' is de (voorlopige) uitkomst van een proces waarin de overheid op verschillende manieren heeft geprobeerd de gezondheidszorg – als onderdeel van de naoorlogse verzorgingsstaat – te reguleren en sturen. Vanaf het midden van de jaren zeventig van de vorige eeuw werden de stijgende collectieve lasten van de gezondheidszorg meer en meer gedefinieerd als een probleem voor overheidsbeleid. De oplossing daarvoor werd aanvankelijk gezocht in aanbodregulering. Door het aanbod te binden aan vaste budgetten probeerde de overheid de zorgkosten in de hand te houden. Zo kregen ziekenhuizen vanaf 1983 te maken met budgetfinanciering. In de jaren daarna kwamen deze budgetten echter sterk onder druk te staan door kortingen en deze beperking van het aanbod leidde tot lange wachtlijsten en een slechte benutting van de aanwezige capaciteit. Vanaf eind jaren tachtig wordt steeds vaker geopperd dat gereguleerde marktwerking een uitkomst kan zijn, omdat dat prikkels zal geven tot een doelmatiger zorg (Van der Grinten et al. 2004; Helderma et al. 2005). Sterker, de markt zou moeten doen waar de overheid niet toe in staat bleek: goede, toegankelijke zorg bieden en tegelijkertijd de kosten daarvan beheersbaar houden. Niet aanbodregulering maar vraagsturing werd het nieuwe beleidsmantra. Door vragers op de markt – patiënten, verzekerden – een stem te geven zou het zorgaanbod efficiënter kunnen worden, zo is de gedachte.

Om de complexiteit van de introductie van marktwerking te kunnen behappen en om draagvlak te krijgen en houden wordt de transformatie van overheidssturing naar marktwerking in de zorg voorzichtig vormgegeven – een proces van kleine stapjes. Daarbij maakt de overheid gebruik van drie belangrijke bestuurstechnieken: wetgeving, advisering en experimenten. Ook de introductie van de DBC als marktinstrument wordt door deze drie bestuurstechnieken van de overheid vormgegeven.

Wetgeving

Als een van de basistaken van de overheid heeft wetgeving een belangrijke rol gespeeld in het tot stand brengen van een markt in de gezondheidszorg. Voor een deel is dit gebeurd door middel van wetten die het tot stand brengen van een markt als expliciet doel hadden, maar tegelijkertijd hebben ook diverse andere hervormingen in de gezondheidszorg via wetgeving invloed op de vormgeving van de markt gehad. Zo wordt product- en prijsvorming in de zorg niet alleen mogelijk gemaakt door de Wet Tarieven Gezondheidszorg WTG ExPress (2005), maar ook door diverse andere wetten die de verschillende marktpartijen moeten positioneren op deze nieuwe markt. Zo is er de Zorgverzekeringswet (2006) die het onderscheid tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden verving door een basisverzekering voor alle ingezetenen van Nederland. Iedereen wordt in deze wet verplicht een basisverzekering af te sluiten, terwijl de verzekeraars een acceptatieplicht hebben. Zorgverzekeraars kregen bovendien contracteervrijheid: hoewel zij een zorgplicht hebben – zij moeten hun verzekerden toegang tot verzekerde zorg bieden – staat het hen vrij met welke aanbieders zij contracten afsluiten. Daarmee worden verzekeraars als inkopers van zorg een belangrijke speler op de ‘zorgmarkt’. Zij zouden, door bepaalde aanbieders te contracteren en anderen niet, aanbieders kunnen prikkelen kwalitatief goede, betaalbare ‘zorgproducten’ aan te bieden.

Ook de Wet Marktordening Gezondheidszorg (2006) maakt deel uit van het pakket aan overheidsmaatregelen dat marktwerking in de zorg moet vormgeven. Deze wet regelt het toezicht op de zorgmarkt door de oprichting van een NZa. Tot de taken en bevoegdheden van de NZa behoren het toezicht houden op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ, het onderzoeken van marktgedrag en concurrentieverhoudingen op de zorgverzekerings-, zorgverlenings- en zorginkoopmarkt, en het vaststellen van tarieven dan wel prestaties. De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), tot slot, verving in 2006 de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. De WTZi regelt welke instellingen een ‘toelating’ hebben om verzekerde zorg te mogen leveren, maar is anders dan haar voorganger niet bedoeld als planningsmechanisme (waarbij door aanbieders al dan niet toe te laten de totale capaciteit werd gereguleerd). De WTZi moet de kwaliteit van toegelaten instellingen waarborgen door regels te stellen voor goed bestuur en de bedrijfsvoering van instellingen, en regelt in welke gevallen winst uitgekeerd mag worden. Bovendien hoeven instellingen door afschaffing van het Bouwregime (in 2008) geen vergunning meer aan te vragen wanneer zij willen bouwen, maar worden zij zelf verantwoordelijk gemaakt voor investeringen in gebouwen en apparatuur.

Doelstellingen van al deze wetten is het garanderen van een goede, betaalbare, veilige zorg (dbconderhoud.nl). Ook bij een toenemende vraag naar zorg, zoals die voorzien wordt door vergrijzing en voortschrijdende technologische ontwikkeling, moeten deze wetten helpen dat

publieke belang te waarborgen. Het marktmechanisme wordt gezien als beste manier om de publieke doelen te bereiken. DBC's vormen daarbij een instrument dat marktwerking mogelijk moet maken. De specifieke rol van de DBC's is bijdragen aan transparantie: door een relatie te leggen tussen product (de behandeling) en de prijs (kosten van de behandeling) moet duidelijk gemaakt worden wat waar verkrijgbaar is tegen welke prijs. Bovendien moeten DBC's zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer ruimte bieden om de zorg naar eigen inzicht te organiseren (minvws.nl). DBC's vormen zo een voorwaarde voor het van de grond komen van een zorgmarkt. Alleen als duidelijk is wat producten precies inhouden en wat hun kostprijs is kan een spel van vraag en aanbod tot stand komen. Aanbieders (met name ziekenhuizen) en afnemers (zorgverzekeraars die inkopen voor hun verzekerden) zullen gaan onderhandelen over DBC's met als inzet goede kwaliteit tegen een zo laag mogelijke prijs. Dat is althans de beleidsveronderstelling.

Advisering

Om ideeën te ontwikkelen over marktwerking in de zorg maar ook om draagvlak te creëren werden diverse commissies ingesteld die de overheid moesten adviseren. Zo bracht de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg onder leiding van Philips-topman Dekker een advies uit over gewenste hervormingen in het zorgstelsel: er moest één verplichte basisverzekering komen voor alle ingezetenen en een stelsel van gereguleerde marktwerking waarin zorgverzekeraars en aanbieders met elkaar concurreren (Commissie Structuur 1987). De eerste aanzet tot het ontwikkelen van DBC's werd gegeven door de Commissie Modernisering Curatieve Zorg (1993), ook wel commissie-Biesheuvel genoemd, die adviseerde om tot prestatiebekostiging voor ziekenhuizen en medisch specialisten te komen. Deze commissie pleitte net als de eerder ingestelde commissie-Dekker voor afschaffing van de budgetfinanciering van ziekenhuizen en voor het opzetten van een systeem van producttyperingen (Commissie Modernisering 1993). Over de aldus getypeerde producten zouden zorgaanbieders dan kunnen onderhandelen met verzekeraars (Nza 2009).

Experimenten met een market device

Tegelijkertijd met het traject van beleidsadvisering werd gestart met de ontwikkeling van een prijsinstrument en medisch specialisten zijn daar al in een heel vroeg stadium bij betrokken. In 1994, een jaar na het advies van de commissie-Biesheuvel, werd hen gevraagd om producten in de ziekenhuiszorg – diagnoses en behandelingen – te typeren. In plaats van het internationaal gangbare *Diagnostic Related Groups*-systeem tot uitgangspunt te nemen ontwikkelen zij een eigen Nederlands systeem, de Diagnose Behandel Combinatie. Dit systeem beslaat een breder spectrum aan behandelingen, doordat ook poliklinische behandelingen als product worden opnemen, en in de DBC-systematiek zijn niet alleen de

kosten van het ziekenhuis opgenomen, maar ook het honorarium van medisch specialisten (Bakker & Hofdijk 2005). De producttypering gebeurde door de wetenschappelijke verenigingen van de afzonderlijke specialismen. Alhoewel de medisch specialisten niet zonder meer tot de voorstanders van de nieuwe systematiek gerekend konden worden (zie verder), dachten zij door mee te werken aan de ontwikkeling van DBC's een stempel te kunnen drukken op dit nieuwe instrument.

Al zo'n vijf tot zes jaar is reumatoloog Dirk-Jan de Rooij betrokken bij de landelijke voorbereidingen voor het nieuwe financieringssysteem voor de ziekenhuizen via DBC's. "Niet omdat ik er direct zoveel voordeel in zag voor artsen, maar als er een nieuw systeem komt, dan wil ik er ook van meet af aan over meedenken zodat het in ieder geval zo goed mogelijk aansluit op de praktijk." (...) Hij wil niet aan de kant staan en kritiek leveren maar participeren en aanpakken. (maartenskliniek.nl)

Verschillende specialismen kwamen echter wel met een verschillende aanpak bij het opstellen van DBC-typeringslijsten. Regels over bijvoorbeeld wanneer een DBC afgesloten (en gedeclareerd) mag worden verschillen per specialisme, afhankelijk van de keuzes gemaakt door de wetenschappelijke vereniging.

Allereerst is er voor iedere wetenschappelijke vereniging een eigen systeem ingericht. Deze systemen, die elk bestaan uit een typeringslijst en een instructie, verschillen daarbij dusdanig van elkaar dat wat voor de ene medisch specialist geldt voor zijn collega niet van toepassing hoeft te zijn. Hierbij kan het gaan om basale zaken als: wanneer wordt een DBC geopend of gesloten, wanneer wordt een volgende DBC geopend et cetera. Er staat in de instructies niet altijd duidelijk hoe men moet registreren, maar een veel groter probleem vormt het vaak ontbreken van goede regels over wat niet kan. (De Boo & Mokveld 2006: 4)

Of er zijn voor eenzelfde behandeling die door meerdere specialismen kan worden uitgevoerd meerdere DBC's omschreven, met verschillende prijzen (Kwa et al. 2008).

Na het ontwikkelen van producttyperingen volgden een aantal experimenten met deze nieuwe systematiek om het nieuwe beleid op kleine schaal te introduceren en uit te proberen. Bij die experimenten worden behalve de medisch specialisten ook andere partijen betrokken die een rol op de zorgmarkt krijgen toebedeeld, aanvankelijk de ziekenhuizen, later ook de zorgverzekeraars. Zo startte het specialisme urologie in 1999 met een DBC-registratie van verrichte handelingen. Deze registratie verliep voorspoedig, al kwamen er wel automatiseringsproblemen aan het licht. Bovendien brokkelde het draagvlak onder specialisten af, doordat een duidelijke beleidslijn van het ministerie ontbrak: het bleef onduidelijk wat voor gevolgen de ontwikkelde producttyperingen en -registratie hadden voor de financiering van de ziekenhuiszorg (artsennet.nl; TK 2000-2001). Na de beslissing van minister Borst dat de toekomstige bekostiging van de ziekenhuiszorg gebaseerd zou zijn op een stelsel van producttyperingen werden er nieuwe stappen gezet (artsennet.nl). In 2002 begon een aantal koploperziekenhuizen met de DBC-registratie van alle specialismen, gevolgd

door een proef met 17 DBC-groepen in 2003 waarin zorgverzekeraars, ziekenhuizen en specialisten alvast konden ‘oefenen’ in het onderhandelen over volume, prijs en kwaliteit van de zorg. Deze experimenten brachten belangrijke knelpunten aan het licht. Zo startten niet alle koploperziekenhuizen ook daadwerkelijk met registreren door onenigheid over wie moest registreren en door de grote administratieve belasting van registreren (medischcontact.nl). Het experimenteren met onderhandelen over DBC’s leverde slechts een zeer gering aantal afspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars op. Dat werd vooral geweten aan het vrijwillige karakter van het experiment, opnieuw het onduidelijke invoeringsperspectief, en ook aan gesteggel tussen medisch specialisten en verzekeraars over het uurtarief van specialisten (artsennet.nl).

De eerder geplande algemene invoerdatum van de DBC-systematiek was inmiddels van 2003 naar 2004 en later naar 2005 verschoven. Het gevolgde invoeringstraject kreeg uiteindelijk zijn beslag in een wijziging van de Wet Tarieven Gezondheidszorg, de WTG ExPres – *Experimenten, Prestatiebepaling* (2005).¹ Deze wet moest een “beheerste en soepele overgang naar bekostiging per prestatie” (Staatsblad 2005) mogelijk maken. De bredere doelstelling van de wet was het mogelijk maken van vraagsturing en het anders verdelen van verantwoordelijkheden.

De voorgestelde wijzigingen kunnen enerzijds de transitie van aanbodsturing naar vraagsturing bevorderen waardoor in de zorg de behoeften van patiënten en cliënten meer centraal komen staan. Anderzijds wordt met enkele van de voorgestelde maatregelen een nadrukkelijker accent gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van partijen in de zorg. (eerstekamer.nl)

De introductie van het DBC-systeem was echter met deze wet niet voltooid en de wet bood ook mogelijkheden om op kleine schaal te *experimenteren* met prestatie- of tariefregulering, om marktpartijen de kans te geven te wennen aan de nieuwe techniek en om risico’s op ongewenste neveneffecten te beperken.

Een voorbeeld van het nemen van kleine beleidsstappen is het slechts geleidelijke vrijgeven van de prijzen van DBC’s. Na de algemene introductie van DBC’s in 2005 kon nog niet over elke behandeling worden onderhandeld tussen aanbieders en verzekeraars, omdat de risico’s voor zorgaanbieders te groot werden geacht – het ging immers om hun inkomsten. Om concurrentie tussen ziekenhuizen mogelijk te maken en tegelijkertijd aanbieders de kans te geven vertrouwd te raken met het DBC-systeem zonder meteen in financiële problemen te raken, werden DBC’s opgesplitst in een A- en een B-segment. Voor het A-segment werden de prijzen nog steeds, zoals voorheen gebruikelijk, door de overheid vastgesteld (door het College Tarieven Gezondheidszorg, in 2006 opgegaan in de NZa), terwijl tarieven in het B-segment vrij onderhandelbaar werden. De omvang van het B-segment wordt sinds de invoering in 2005 steeds stapsgewijs verhoogd: in 2005 viel ongeveer 10 procent van het

totale aantal DBC's in het B-segment, in 2008 was dat 20 procent, in 2009 34 procent en het is de bedoeling dat in 2011 over circa 50 procent van de DBC's vrij onderhandeld kan worden. Al is het de vraag of deze geplande datum gehaald wordt, aangezien de Tweede Kamer de besluitvorming over uitbreiding van het B-segment controversieel heeft verklaard na de val van het kabinet-Balkenende IV. De beslissing wanneer welk percentage van de DBC's vrijgegeven wordt is aan de politiek. Daarbij speelt de NZa een adviserende rol, gebaseerd op haar voortdurend monitoren van de zorgmarkt. Op het toezicht in het algemeen en hoe de NZa haar rol invult zal later ingegaan worden.

Om te onderzoeken welke effecten het vrijgeven van de prijs zou hebben werd een experiment uitgevoerd in de Sint Maartenskliniek in Nijmegen waarbij meteen vanaf 2005 de prijzen van alle DBC's vrij onderhandelbaar werden (en dus niet zoals elders slechts 10%).

Eindelijk, na tien jaar discussiëren over invoering van marktwerking in de gezondheidszorg, lijkt het er binnenkort echt van te komen. Althans, bij de Sint Maartenskliniek. Landelijk blijken er nog zoveel beren op de weg dat het ministerie van vws de invoering van vrije prijzen voor 10 procent van het zorgaanbod onlangs nog uitstelde. Maar de Sint Maartenskliniek wil niet langer wachten, ze wil de markt op zodat ze beter kan inspelen op de zorgvraag van patiënten. Als het ministerie van vws toestemt, verruimt de Sint Maartenskliniek volgend jaar de portemonnee van de overheid voor de vrijheid en tucht van de markt. (maartenskliniek.nl)

Doordat de Sint Maartenskliniek een gespecialiseerd ziekenhuis is en dus te maken heeft met een relatief klein aantal DBC's, werd een experiment daar haalbaar geacht. De bedoeling van het experiment was inzicht krijgen in welke effecten het vrijgeven van de prijzen had op de prijsontwikkeling, productie van de instelling en kwaliteit van de behandelingen (NZa 2007). Gedurende de eerste jaren van het experiment nam de productie van de Sint Maartenskliniek aanzienlijk toe en ook de omzet steeg sterk. Er kwam meer personeel in loondienst en het aantal specialisten steeg met 15 procent. Het eigen vermogen verdubbelde zelfs tussen 2004 en 2007. In het eerste jaar dat het experiment liep stegen ook de prijzen relatief sterk. De prijsstijgingen en sterke groei van het eigen vermogen waren voor de NZa redenen om in te grijpen en een 'prijsplafond' in te stellen. Dit hield in dat de prijzen in 2007 niet mochten stijgen ten opzichte van de prijzen in 2006. Het prijsplafond had meer dan het gewenste effect: de prijzen daalden.

Ondanks intensieve contacten en het verstrekken van relevante informatie verscheen er een rapport waarin de NZa concludeerde dat het experiment onvoldoende leerstof had opgeleverd. Wel werd verlenging voor 2007 geadviseerd omdat het niet dienstig was de Sint Maartenskliniek voor korte tijd weer in de oude systematiek op te nemen. Inmiddels heeft het ministerie van vws besloten het experiment te verlengen voor 2007 onder de conditie dat de gemiddelde prijzen voor 2007 die van 2006 niet zouden overstijgen behoudens inflatiecorrectie. Dat besluit sloot aan bij een al bestaand voornemen van de Sint Maartenskliniek de prijzen voor 2007 te verlagen. (Sint Maartenskliniek 2007: 12)

De DBC-structuur gaf ook prikkels om efficiënter te gaan werken. Zo werden in deze kliniek bijvoorbeeld dure medicijnen bij veel patiënten in een lagere dosering voorgeschreven, of werd (dure) tijd van de specialist bespaard door bepaalde taken over te laten nemen door doktersassistenten. Efficiënter werken kan leiden tot lagere prijzen (en komt dus ten goede aan patiënt/verzekerde), maar tijdens het experiment bleek dat een aanzienlijk deel van de efficiencywinst naar het eigen vermogen van de kliniek is gegaan. De NZa legt de verantwoordelijkheid hiervoor bij de verzekeraars.

Het is aan verzekeraars om in de onderhandelingen over het volgend jaar verdere afspraken te maken over de wijze waarop de voordelen die de SMK [Sint Maartenskliniek] realiseert mede ten goede komen aan verzekeraars en consumenten. (NZA 2007: 17)

Datzelfde geldt volgens de NZa voor productiestijgingen. De kliniek wist veel te verdienen door haar productie sterk te verhogen, maar ook hier moeten verzekeraars volgens de NZa goede afspraken maken over productievolumes om de macrokosten in de hand te houden. De NZa geeft daarmee dus aan dat de beleidsdoelstellingen achter marktwerking gerealiseerd dienen te worden door scherp onderhandelen door verzekeraars – en dat er indien de doelstellingen niet gerealiseerd worden ook niet goed onderhandeld is.

Uit de tussentijdse evaluatie van het experiment Maartenskliniek door de NZa bleek dat verzekeraars echter vinden dat de transparantie is verminderd. Zij zeggen geen inzicht te hebben in kostprijzen en zorgprofielen, en bovendien zijn de prijzen van deze kliniek moeilijk te vergelijken met die van andere instellingen (immers, zorg waarvan hier de prijzen vrij onderhandelbaar zijn, zit elders nog in het A-segment). Daardoor vinden verzekeraars het moeilijk om aanknopingspunten te vinden bij de zorginkoop. Maar, zo zegt de NZa het volgende.

Het [is] in een normale marktsituatie niet gebruikelijk dat vragers gedetailleerd inzicht krijgen in de kostprijzen van aanbieders. (NZA 2007: 24)

Op een ander vlak zijn verzekeraars overigens wel tevreden: het experiment heeft volgens hen bijgedragen aan een “cultuuromslag en professionaliseringslag”.

Met haar “commerciële, zakelijke en ‘meedenkende’ houding” onderscheidt de kliniek zich op positieve wijze van andere instellingen. (NZA 2007: 20-21)

Kortom, het experiment in de Sint Maartenskliniek verliep niet geheel volgens de verwachtingen. De eerste evaluatie door de NZa was “niet onverdeeld positief” (NZA 2007: 8) en leidde tot tussentijdse aanpassingen. Het is echter de vraag of het experiment iets zegt over de manier waarop zorginstellingen zich gedragen in een markt of meer over hoe instellingen omgaan met beleidsonzekerheden. De verdubbeling van het eigen vermogen lijkt

een strategie gericht op het verminderen van (financiële) onzekerheid, door het aanleggen van een buffer voor het geval de inkomsten teruglopen. Hoe dan ook, het verloop van dit experiment is mede van invloed geweest op de advisering van de NZa ten aanzien van de stapsgewijze overhevelen van DBC's van het A- naar het B-segment.

Wat deze voorbeelden van de verschillende vormen van experimenteren met DBC's laten zien is hoe de overheid geprobeerd heeft marktwerking in de gezondheidszorg geleidelijk in te voeren. Dit bood zowel de mogelijkheid om het veld te laten wennen aan marktwerking als om tussentijdse aanpassingen van het instrument door te voeren. Hoewel we in hoofdstuk 4 zullen zien dat deze geleidelijke introductie in de praktijk van de gezondheidszorg niet onverdeeld positief ontvangen werd, was het waarschijnlijk wel van belang om op deze wijze de verschillende 'partijen' in de zorg aan boord te krijgen bij de introductie van DBC's. Welke actoren precies als marktpartijen werden gepositioneerd in de loop van dit proces wordt besproken in de volgende paragraaf.

2.3 De ontwikkeling van marktpartijen

Door middel van wetgeving, advisering en experimenten speelt de overheid een actieve rol in het vormgeven van de zorgmarkt en het construeren en positioneren van verschillende partijen die volgens de overheid een bepaalde rol dienen te spelen op de nieuwe markt. De rol en positie van verschillende marktpartijen volgen dus voor een groot deel uit de wijze waarop de markt wordt ingericht, maar tegelijkertijd hebben verschillende actoren hun eigen belangen en ideeën bij de manier waarop de markt wordt ingericht. Hieronder gaan we daar dieper op in, door de verschillende belangrijke partijen op de zorgmarkt en hun positie ten opzichte van de invoering en het gebruik van DBC's te bespreken.

Medisch specialisten

Een van partijen die een cruciale rol speelt in de vormgeving van zorg als een economisch goed is de beroepsgroep van de medisch specialisten. Zoals al bleek in de vorige paragraaf, worden zij gevraagd de zorgproducten te omschrijven, de gestandaardiseerde klinische paden van diagnostiek en behandeling bij specifieke klachten. Hoewel de medisch specialisten van meet af aan hebben meegewerkt aan de bepaling van de 'zorgproducten', hebben zij ook veel kritiek op de DBC-systematiek.² Zo roeren psychiaters de trom over mogelijke schending van hun beroepsgeheim, doordat de verzekeraar door de gedeclareerde DBC precies kan zien welke diagnose gesteld is. Medisch specialisten en verpleegkundigen klagen over de bureaucratie en administratieve lasten die de DBC-registratie met zich meebrengt – tijd die volgens hen ten koste kan gaan van de zorg. Ook vragen artsen en verpleegkundigen zich af of complexe gevallen en behandelingen niet het ondergeschoven kind worden: DBC's houden geen rekening met zorgzwaarte, en doordat verzekeraars kijken naar de gemiddelde prijs van

een behandeling, wordt het bijna onmogelijk een hogere prijs te bedingen. De beroepsgroep probeert tijdens de invoering van de DBC's regelmatig de publieke opinie te mobiliseren door hun zorgen te uiten over dergelijke praktische effecten van het DBC-systeem.

Uit de discussies over de DBC blijkt ook dat medisch specialisten een andere interpretatie van de doelstellingen van het systeem hebben dan de overheid. De overheid beoogt met het invoeren van onder andere de DBC-systematiek een kostenefficiënte en kwalitatief hoogstaande zorg te realiseren. Volgens de Orde van Medisch Specialisten waren de uitgangspunten bij invoering van de DBC's de volgende.

Loon naar werk, waar voor je geld, transparantie, behoud fiscaal ondernemerschap, vraagsturing en marktwerking. (Orde 2006: 3)

Met name met de noties "loon naar werk" en "waar voor je geld" lijkt de Orde van Medisch Specialisten te pleiten voor DBC's als een vergoedingssysteem voor medische verrichtingen, terwijl dit door de overheid uitdrukkelijk niet zo bedoeld is. DBC's gaan uit van gemiddelde behandelingstrajecten en dus van gemiddelde kosten, ongeacht wat er in individuele gevallen precies voor zorg wordt geboden aan een patiënt. Deze nadruk op gemiddelden zou een prikkel tot efficiëntie moeten geven. Het is doorgaans het lucratiefst als een arts kiest voor een zo kort mogelijke behandeltime of een minimaal aantal tests en onderzoeken in een DBC-behandeltraject, met andere woorden, als hij minder dan gemiddelde kosten maakt, terwijl er toch een gemiddelde prijs gedeclareerd wordt. Een verrichtingensysteem vergoedt echter elke verrichting van de specialist en geeft zo een prikkel tot meer productie (meer produceren is meer declareren) en leidt tot kostenstijgingen op macroniveau. Door te pleiten voor een 'kassabonconcept' waarin alleen producten worden gedeclareerd die ook daadwerkelijk zijn uitgevoerd[gebruikt?], willen de medisch specialisten bereiken zowel zelf "loon naar werk" te krijgen als dat patiënten "waar voor hun geld" krijgen. Dit vanuit het volgende idee.

Dat als een half pak melk wordt gekocht niet de gemiddelde prijs van de zuivelafdeling in rekening mag worden gebracht (Orde 2006: 61)

De medisch specialisten uiten daarnaast ook kritiek op de administratieve lastenverzwaring die het DBC-systeem met zich meebracht, hoge uitvalpercentages (waarbij het registratiesysteem de declaratie van een DBC afkeurt), automatiseringsproblemen en het trage en moeizame karakter van de introductie van marktwerking. Deze problemen leidden tot een afbrokkelend draagvlak onder medisch specialisten. Zo stelt de Orde van Medisch Specialisten over het ministerie van VWS dat:

tussentijdse aanpassing van de spelregels het commitment van het veld niet ten goede komt. (Orde 2007: 2)

Andere partijen die betrokken zijn bij marktwerking in de zorg laten op hun beurt echter veel kritische geluiden horen over de medisch specialisten en hun rol bij de vorming van deze markt. Zo is er veel verontwaardiging over de zogenaamde ‘spooknota’s’. Daarbij gaat het om onbegrijpelijke rekeningen, betalen voor behandelingen die iemand niet heeft gehad (wat wel kan, aangezien in het DBC-systeem uitgegaan wordt van een gemiddeld behandelingstraject dat voor een individuele patiënt natuurlijk anders uit kan vallen) of fors hogere rekeningen. Ook het feit dat de inkomens van de medisch specialisten zijn gestegen sinds invoering van de DBC’s zorgt voor wantrouwen. De ‘loonexplosie’ onder specialisten is deels te verklaren door imperfecties in het nieuwe systeem. Zo kan de gemiddelde tijdsduur voor een behandeling zoals die bij de typering van een bepaalde DBC ingeschat is in de praktijk lager uitvallen. Ook zijn er in elke DBC kosten van ondersteunende specialisten opgenomen, zoals anesthesisten – kosten die, zo blijkt achteraf, te hoog ingeschat zijn.

Naast medisch specialisten zijn er nog verscheidene actoren betrokken bij de invoering van DBC’s. En ook al denken de specialisten daar anders over – “de bijdrage van andere partijen heeft het systeem alleen maar verder van zijn oorspronkelijke doelstellingen gebracht” (artsennet.nl) – ook andere partijen zijn cruciaal in de vorming van de nieuwe zorgmarkt. De meeste hierna genoemde actoren zullen slechts kort geïntroduceerd worden, aangezien zij in het volgende hoofdstuk, waarin gevolgd wordt hoe DBC’s in de praktijk ‘werken’, meer gedetailleerd aan de orde zullen komen.

Ziekenhuizen

Ook de organisaties waarin medisch specialisten werkzaam zijn, de ziekenhuizen, zijn een speler op de zorgmarkt. Van ziekenhuizen wordt verwacht dat ze met de ontwikkeling van de zorgmarkt meer en meer als marktpartij gaan opereren. Ziekenhuizen zijn in het nieuwe zorgstelsel een groter bedrijfsrisico gaan lopen, waardoor ze gedwongen worden zich als ondernemer te gaan gedragen. Zo is bijvoorbeeld het bouwregime afgeschaft: vaste vergoedingen voor nieuwbouw en renovatie van ziekenhuizen hebben plaatsgemaakt voor de eis dat ziekenhuizen dit nu zelf financieren. Zij moeten dus zelfstandig met de bank onderhandelen over financiering en die bank verwacht op haar beurt een gezonde bedrijfsvoering, enig vermogen et cetera. Ziekenhuizen kunnen ook niet meer afwachten hoeveel patiënten zich aandienen en doorgaan met behandelen tot het budget op is, maar moeten elk jaar met verzekeraars afspraken maken over de te verwachten productie en voor wat betreft het B-segment van behandelingen ook over de prijs.

De belangen van ziekenhuizen lopen echter niet altijd parallel aan die van de medisch specialisten die via een maatschap in dat ziekenhuis werkzaam zijn. Voor de zorg die nu nog in het A-segment zit hebben ziekenhuizen er belang bij om binnen het budget te blijven dat ze voor deze zorg krijgen, terwijl het voor zelfstandige specialisten lonend kan zijn om juist

meer productie te draaien. Bovendien vechten ziekenhuizen en specialisten een strijd uit over wie eindverantwoordelijk is voor een juiste registratie van de DBC's en met name wie daar de (administratieve) lasten van draagt. Datzelfde geldt voor onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars over de zorg in het B-segment. Artsen stellen het volgende.

Voor specialisten de reële dreiging [ontstaat] dat zij worden opgescheept met een situatie waarin zij wel met de administratieve lasten van het gehele systeem worden geconfronteerd, terwijl zij voor slechts 10% van hun activiteiten kunnen profiteren van meer (onder)handelingsvrijheid en loon naar prestatie. (artsennet.nl)

Dat geldt natuurlijk in gelijke mate voor de ziekenhuizen: zij lopen meer (financiële) risico's, terwijl mogelijke baten nog onzeker zijn. Ziekenhuizen vinden dan ook het "tempo uitbreiding vrije prijsvorming te laag" (nvz-ziekenhuizen.nl).

Verzekeraars

Verzekeraars hebben op de zich ontwikkelende zorgmarkt een nieuwe rol toebedeeld gekregen. In het beleid wordt ervan uitgegaan dat verzekeraars hun schadelast zoveel mogelijk willen beperken en tegelijkertijd zullen optreden als 'zaakwaarnemer' van hun verzekerden c.q. patiënten. Dit zou ervoor moeten zorgen dat verzekeraars erbij gebaat zijn zo voordelig mogelijk kwalitatief goede zorg in te kopen. Met de komst van de DBC's moet voor verzekeraars transparant worden wat voor behandelingen een ziekenhuis uitvoert en welk prijskaartje daaraan hangt. Dit moet het startpunt vormen voor onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Hoewel verzekeraars een cruciale rol in het stelsel hebben gekregen waarin ze de publieke belangen moeten gaan realiseren door goede, liefst goedkope zorg in te kopen, is het de vraag of ze deze rol in de praktijk waar kunnen maken. Zo klagen verzekeraars over gebrek aan transparantie in declaraties (het DBC-systeem is dusdanig ingewikkeld dat onduidelijk is wat er precies gedeclareerd wordt) en gebrek aan transparantie over de wijze waarop de kostprijs van ziekenhuizen tot stand komt. Bovendien stellen verzekeraars dat zij minder onderhandelingsmacht hebben dan aanbieders (Van de Cappelle 2008).

Zolang de markt onvoldoende transparant is, is het voor verzekeraars lastig om selectief in te kopen en verzekerden te sturen. De onderhandelingsmacht van verzekeraars is dan beperkt. (...)

De eerste voorzichtige stappen op de weg van selectieve contractering [zijn] zichtbaar. Hoewel verzekeraars nog niet actief bezig zijn met het sturen van hun verzekerden, toont de komst van bijvoorbeeld de Zekur-polis van Univé [een zorgpolis speciaal gericht op jongeren] wel aan dat de markt in beweging is. (Nza 2008a: 16)

Om het probleem van minder onderhandelingsmacht te omzeilen vormen verzekeraars met een klein marktaandeel in een bepaalde regio inkoopcombinaties. Ziekenhuizen hanteren de (hogere) passantenprijzen (voor patiënten van niet-gecontracteerde verzekeraars) als

drukmiddel om verzekeraars over te halen tot het sluiten van een contract (waarin lagere prijzen afgesproken worden) (NZA 2008b).

Patiënten

De opvallende afwezigheid op de nieuwe zorgmarkt zijn de patiënten zelf. Hoewel zij als ‘zorgconsumenten’ met DBC’s te maken krijgen, ontbreekt hun stem nagenoeg in het debat en in de feitelijke vormgeving van de markt. Zij worden geacht te worden gerepresenteerd door de verzekeraars. Op een van de weinige momenten waarop patiënten/verzekerden hun stem kunnen laten horen, bij hun jaarlijkse keuzemoment voor een (nieuwe) zorgverzekeraar (“stemmen met de voeten”), kunnen verzekerden echter geen inhoudelijke keuze maken voor een verzekeraar die in staat is prijs en kwaliteit goed af te stemmen. Immers, terwijl verzekerden voor 1 januari van het jaar een nieuwe zorgverzekeraar moeten kiezen, loopt de contracteercyclus waarin verzekeraars onderhandelen met aanbieders pas later in het jaar af – april, mei, soms nog later. Pas dan komt een verzekerde er achter welke zorg de verzekeraar namens hem of haar heeft ingekocht. Bovendien krijgt de mogelijke feedback van patiënten/verzekerden richting een verzekeraar primair vorm door de exitoptie, wisselen van verzekeraar. Andere vormen van feedback – voice – komen amper uit de verf. Toch is ‘de patiënt’ wel aanwezig in het debat over marktwerking in de zorg. De ontwikkeling van deze nieuwe zorgmarkt met nieuwe producten en prijzen voltrekt zich namelijk tegen de achtergrond van een groeiende invloed van de patiëntenbeweging en het patiëntenrecht in Nederland. Al sinds de jaren 1990 kennen we de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, recht op medezeggenschap en het klachtrecht.³ In deze wetten is formeel vastgelegd wat patiënten van zorgaanbieders mogen verwachten, waarmee indirect een impuls wordt gegeven aan het verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening. Bovendien worden op basis van dit recht patiënten vertegenwoordigd in cliëntraden. Daarnaast is er de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996), waarin zorgaanbieders verplicht worden over de door hen geboden zorg overleg te voeren met zorgverzekeraars en patiënten- of consumentenorganisaties (Trappenburg 2008). Via deze regelingen wordt aan patiënten en hun organisaties het formele recht op invloed toegekend. En hoewel de gewenste overgang van aanbod- naar vraagsturing misschien slechts geleidelijk van de grond komt, vormen deze wetten samen met een meer marktgerichte instelling van veel zorgaanbieders wel voor een cultuur waarin patiënten als afnemers van zorg – in ieder geval idealiter – steeds centraler komen te staan. Er ontstaat meer aandacht voor de wensen en eisen van patiënten, en voor de manier waarop zij de kwaliteit van zorg beoordelen. Ook de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie speelt in deze beweging een belangrijke rol. Ook zij benadrukt – hetzij via voorlichting aan patiënten/consumenten zelf, hetzij via de bij haar aangesloten patiëntenverenigingen – de rechten en belangen van patiënten. Zo ijvert zij al jaren voor een

Zorgconsumentenwet. Daarin wordt bijvoorbeeld gepleit voor een ‘Kwaliteitsautoriteit’ die behandelrichtlijnen en kwaliteitsnormen voor behandelingen beschikbaar stelt aan ‘zorgconsumenten’, en inzicht moet geven in kwaliteitsnormen waar professionals en instellingen aan moeten voldoen (NPCF 2007; npcfnl.nl).

Toezichthouders

Aangezien de overheid steeds het voortouw neemt in beslissingen over invoering van DBC’s en uitbreiding van het B-segment, zijn toezichthouders een belangrijke partij in het veld. Bij de stappen die de overheid zet in het creëren van een markt hoort ook het optuigen van toezicht. Daarbij verdwijnen sommige toezichthouders om plaats te maken voor andere meer ‘marktgerichte’ vormen van toezicht: het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) gaat op in de Zorgautoriteit in oprichting (Zaio), die vervolgens een volwaardige Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) wordt.

De Nza is marktmeester voor die delen van de zorgmarkt waar vrije prijzen gelden. Als blijkt dat op een bepaalde deelmarkt geen daadwerkelijke concurrentie tot stand komt, heeft de Nza verschillende instrumenten om in te grijpen. Markttoezicht gaat ook over het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over goede keuze-informatie voor consumenten. Informatie moet helder en vergelijkbaar zijn en mag niet misleidend zijn. Als er (nog) geen vrije prijzen gelden, stelt de Nza tarieven of prestatiebeschrijvingen vast voor een groot deel van de gezondheidszorg. (www.nza.nl)

Daarnaast zijn er het College voor Zorgverzekeringen (dat beoordeelt welke zorg voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komt), de Nederlandse Mededingingsautoriteit (die oordeelt over fusies in onder andere de zorg) en natuurlijk de Inspectie voor de Gezondheidszorg (die moet toezien op de kwaliteit van de zorg). Tot slot is er nog de stichting DBC-onderhoud, waarin de verschillende partijen uit het veld van de zorg vertegenwoordigd zijn en die oordeelt over toelating van DBC’s tot het systeem. Volgens de toezichthouders zelf is het helder hoe de taken tussen de verschillende organen verdeeld zijn.

De IGZ gaat over de transparantie van kwaliteit en de Nza over de kwaliteit van transparantie. (Nza 2008b)

Dat dit in de praktijk niet zo eenvoudig ligt is niet verrassend.

Slot

De invoering van DBC’s als instrument om zorg van een prijs te voorzien is het directe en bedoelde resultaat geweest van overheidsbeleid. Daarnaast hebben ook andere actoren een belangrijke rol gespeeld bij de ontwikkeling en invoering van DBC’s. Met name medisch specialisten zijn vanaf het allereerste begin betrokken bij de ontwikkeling van DBC’s – zij

hadden daar belang bij, omdat zij zo heel direct konden beïnvloeden hoe dit beleidsinstrument er concreet uit ging zien; de overheid had daar belang bij, omdat zo een van de belangrijkste actoren in het werkveld alvast ‘gewonnen’ was. Opvallend is verder dat de overheid welbewust een aantal bestuurstechnieken, zoals *experimenteren* en stapsgewijze introductie, inzet om het draagvlak te vergroten en om onbedoelde effecten van marktwerking te verkennen en de risico’s te beheersen. Deze techniek roept echter ook ergernis op: diverse partijen vinden het proces te traag verlopen en het regelmatige uitstel van de uitbreiding van het B-segment resulteert, zoals we zullen zien, in het verwijt dat de overheid de spelregels steeds verandert tijdens het spel. De experimentele aanpak die beoogt de onzekerheden te beteugelen creëert ook nieuwe onzekerheid. Bovendien blijkt al tijdens dit invoeringstraject dat de belangen van verschillende actoren – specialisten en ziekenhuizen bijvoorbeeld – soms moeilijk met elkaar in overeenstemming te brengen zijn. Met het optuigen van de nieuwe zorgmarkt, de introductie van de DBC als *market device* en de ontwikkeling van marktpartijen is het toneel gecreëerd waarop zorgproducten verhandeld kunnen worden. Om de DBC in de praktijk te laten functioneren moet echter veel werk verzet worden.

Noten

- 1 Dit kort historisch overzicht is gebaseerd op informatie op wetten.overheid.nl, minvws.nl, dbconderhoud.nl en artsennet.nl.
- 2 Recente publieke controverses zijn in kaart gebracht door krantenartikelen over DBC's die de laatste anderhalf jaar verschenen te bestuderen. Daarbij is gebruikgemaakt van de Landelijke Krantenbank, waarin op trefwoord gezocht kan worden in alle landelijke dagbladen.
- 3 De WGBO is ingevoerd in 1994, de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector stamt uit 1995 en de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen uit 1996.

3 DBC ALS MARKET DEVICE EN DE FRAMING VAN ZORG ALS ECONOMISCH PRODUCT

3.1 Introductie

De DBC kan gezien worden als een *market device* die het mogelijk maakt om concrete zorg voor individuele patiënten tot een economisch goed te maken waarvan een prijs kan worden vastgesteld. Met andere woorden, de introductie van de DBC stimuleert het proces van *disentanglement* waardoor concrete zorg een abstract, gestandaardiseerd marktgoed kan worden. Met dat proces vindt *framing* plaats van medische behandelingen tot verhandelbare zorgproducten. Diagnose en behandeling van individuele patiënten in het ziekenhuis moeten van individuele en lokale bijzonderheden worden ontdaan om tot een registreerbare, onderhandelbare en verhandelbare DBC-code te worden gemaakt. In dit hoofdstuk laten we zien hoe in dat proces *disentanglement* ofwel economisering van zorg plaatsvindt.

Daartoe volgen we in dit hoofdstuk het ‘traject’ van de DBC van tekenafel tot de werkvloer van het ziekenhuis. Ondanks het uitgangspunt dat aan de DBC een prijskaartje hangt van bestaande medische procedures zullen we zien dat in de praktijk een voortdurende wederzijdse aanpassing plaatsvindt tussen de wijze waarop zorg geregistreerd, gecodeerd en geprijsd wordt en de wijze waarop zorg in de praktijk geleverd wordt. Met andere woorden, we richten ons in dit hoofdstuk vooral op de vraag hoe de DBC ‘werkend’ gemaakt wordt in de wederzijdse afstemming van financiële en klinische logica’s in de zorg. Dit duidt erop dat de *disentanglement* van zorg tot product nooit volledig is en, naar zal blijken, voor een functionerend *market device* ook niet volledig kan zijn.

We beginnen met de formele totstandkoming van de DBC’s door de toezichthouder – de DBC op de tekenafel. Vervolgens schetsen we hoe de DBC functioneert aan de onderhandelingstafel waar verzekeraars en ziekenhuizen prijs- en productieafspraken maken, in de exploitatie van het ziekenhuis, en op de administratie en de medische afdelingen van het ziekenhuis. In het DBC-concept passen de financiële en klinische logica in de zorg bij elkaar: bij een behandeling hoort een prijs. De analyse van dit traject zal duidelijk maken welk werk er in de praktijk op diverse plekken moet worden verzet om de klinische en administratieve logica van de zorg met elkaar te laten sporen.

3.2 Framing van zorg als product door de toezichthouders

Om medische behandelingen via de DBC tot economisch product te maken vindt op de tekenafel een zekere mate van standaardisering van zorg plaats die tot doel heeft de kosten en de kwaliteit van gelijke behandelingen bij verschillende aanbieders transparant te maken. Daartoe wordt aan alle combinaties van een diagnose met een bepaalde behandeling een code

toegekend. Hier volgen twee voorbeelden van de wijze waarop een code voor diagnose en behandeling van een patiënt eruit zouden kunnen zien.

Een patiënt heeft last van zijn amandelen en maakt een afspraak in het ziekenhuis. Hij wordt poliklinisch behandeld. Het ziekenhuis registreert hiervoor de DBC-code 02110000520114. De getallen in deze code staan voor:

- 02: kno-arts
- 11: verwijzing voor reguliere zorg, dat wil zeggen niet spoedeisend
- 52: diagnose - ontstoken amandelen
- 114: poliklinische behandeling (minvws.nl)

Een patiënt met staar moet geopereerd worden. Aangezien er geen complicaties zijn wordt een standaard cataractoperatie uitgevoerd. Hiervoor registreert het ziekenhuis de code 0301110005540031. De getallen in deze code staan voor:

- 0301: oogheekunde
- 11: verwijzing voor reguliere zorg
- 554: cataract
- 31: poliklinische behandeling (dbconderhoud.nl)

De DBC biedt informatie over welke specialist een patiënt gezien heeft, met welke aandoening en hoe er vervolgens behandeld is. De code staat voor een aantal medische verrichtingen die van toepassing zijn op de ‘gemiddelde’ patiënt. Dit gemiddelde wordt vastgesteld op basis van gegevens die ziekenhuizen aanleveren over hoe zij patiënten met een bepaalde aandoening behandelen. Dit is het zogenaamde zorgprofiel. Om een DBC uiteindelijk te kunnen declareren moeten in ieder geval een aantal verrichtingen binnen dit profiel (de zogenaamde essentiële verrichtingen behorend bij een bepaalde DBC) uitgevoerd zijn.

De tekentafelversie van de DBC's wordt vooral bepaald door de medisch specialisten die, zoals is beschreven in hoofdstuk 2, de inhoud leveren, de Nederlandse Zorgautoriteit en DBC Onderhoud. Deze actoren zetten dus de eerste stap in de *framing* van zorg als product. Na de beschrijving van zorgproducten door de medisch specialisten is het vaststellen van deze codes officieel een taak van de NZa, die als toezichthouder op de Nederlandse zorgmarkt functioneert. Waar het gaat om het vaststellen van de inhoud van een DBC, het ontwikkelen van nieuwe DBC's en dergelijke, leunt de NZa echter zwaar op advies van DBC Onderhoud. DBC Onderhoud is een stichting die als ‘technische organisatie’ het DBC-systeem onderhoudt en verder ontwikkeld, waarbij een vertegenwoordiger van DBC Onderhoud zelf de kerntaak van de organisatie beschrijft als ‘zorgbeschrijving’. DBC Onderhoud doet dit in samenwerking en overleg met verschillende andere partijen in de gezondheidszorg, zoals zorginstellingen, verzekeraars, patiëntenorganisaties en organisaties van professionals in de zorg. In de Raad van Toezicht van DBC Onderhoud zijn al deze partijen ook vertegenwoordigd, al zitten de leden er op persoonlijke titel en is het dus niet bedoeld als een overlegorgaan in traditionele zin. Via DBC Onderhoud houdt de NZa als toezichthouder die op afstand staat van het veld dus toch ook voeling met dat veld.

De framing van zorg tot product door DBC Onderhoud en de NZa gebeurt onder andere door de introductie van het onderscheid tussen A- en B-segment, het vaststellen van tarieven in het A-segment, de uitbreiding van het B-segment en het opstellen van nieuwe DBC's. Bij het maken van nieuwe DBC's houdt DBC Onderhoud in de gaten of hetgeen is voorgeschreven in medische richtlijnen ook in de DBC is opgenomen. De bedoeling is bovendien dat de zorgproducten in DOT (DBC's op weg naar Transparantie; een herziening van het DBC-stelsel die momenteel ontwikkeld wordt; zie verder hoofdstuk 4) op termijn overeenkomen met de omschrijvingen gebruikt in de International Classification of Diseases (ICD). DBC's voor nieuwe behandelvormen moeten ook aan verschillende criteria voldoen: zo gaat DBC Onderhoud bijvoorbeeld na hoe vaak die behandeling plaatsvindt en of de kosten daadwerkelijk afwijken van bestaande producten, omdat volume en kosten onderdeel zijn van de legitimatie van een aparte DBC. Zoals een medewerker van DBC Onderhoud uitlegt.

Bijvoorbeeld darmoperatie met een scoop. Dat kost de dokter veel meer tijd, maar de ligduur is een fractie van wanneer je de buik opensnijdt. Daar zit 3000 euro verschil tussen. Daar maken we een apart product voor, omdat de ziekenhuiskosten veel lager zijn en het honorarium van de dokter moet hoger zijn, vanwege een bepaalde techniek. Dat is dus een reden... het is medisch hetzelfde, een darmpoliep die je operatief weghaalt, maar vanwege de techniek en de kosten wordt het toch [een los product]. (Interview DBC Onderhoud)

Niet iedere individuele vorm van zorg wordt dus geframed als een apart zorgproduct en framing als zodanig heeft niet alleen een medische, maar duidelijk ook een financiële kant – wat blijkt uit de nadruk op *financiële* verschillen tussen behandelingen in het voorbeeld hierboven.

De uiteindelijke besluitvorming over een nieuwe DBC, alsook die over tarieven en budgetten vindt echter plaats bij de NZa. De NZa houdt zowel toezicht op de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars en heeft daarnaast als taak marktwerking in de gezondheidszorg op gang te brengen en te houden. Naast toezicht houden betekent dit ook het ontwikkelen en toepassen van criteria voor de betaling van zorg en het vaststellen van tarieven. Aangezien DBC's en de daaraan gekoppelde zorgprofielen een schat aan informatie bevatten over de duur en kosten van medische behandelingen, moet het mogelijk zijn kwaliteit en prijs van zorg bij verschillende aanbieders te vergelijken, zo is de gedachte. Op haar beurt maakt deze informatie het mogelijk om op basis van DBC's te onderhandelen, financiële en medische vergelijkingen tussen aanbieders te maken en uiteindelijk te sturen op doelmatigheid. Het is daarvoor echter wel nodig, zo benadrukt men bij de NZa, dat marktpartijen hun verantwoordelijkheid krijgen en nemen. Zo moeten ziekenhuizen er bijvoorbeeld voor zorgen dat ze de basisadministratie van alle verrichtingen op orde hebben. Dit betekent dat er een gedeelde verantwoordelijkheid tussen de verschillende marktpartijen ontstaat voor het in de hand houden van de macrokosten van de gezondheidszorg.

Ten behoeve van de *framing* van zorg zijn toezicht en sturing door de NZa in het A- en B-segment verschillend, aangezien prijsstelling in het B-segment in principe aan de marktpartijen zelf is, maar in het A-segment niet. Welke zorg in welk segment valt, bepaalt de minister van VWS, al zijn er wel algemene criteria: zorg waar volgens de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) een vergunning voor nodig is, valt altijd in het A-segment, evenals zorg die in te weinig centra wordt aangeboden om daadwerkelijke concurrentie mogelijk te maken. In het A-segment waar DBC's slechts als declaratie-instrument dienen, maar de inkomsten van ziekenhuizen nog altijd gebaseerd zijn op een jaarlijks budget, stelt de NZa zowel de tarieven voor de DBC's als de waarde van de budgetparameters vast. De tarieven voor DBC's worden vastgesteld op basis van de profielen die bij de DBC's horen. Ieder onderdeel van een dergelijk profiel heeft een eigen prijskaartje. Voor een deel bestaat dit uit de tijdsbesteding van een medisch specialist, waarvoor "studenten met stopwatches achter ons aan hebben gelopen", zoals een chirurg het omschrijft. De aldus vastgestelde tijdseenheden per verrichting worden vermenigvuldigd met het uurtarief dat voor alle specialisten hetzelfde is om het honorariumdeel per DBC vast te stellen. Voor de rest bestaat het uit ziekenhuiskosten, waarvoor 17 zogenaamde kostprijsziekenhuizen jaarlijks gegevens aanleveren over de kostprijs van hun DBC's bij DBC Onderhoud.

De verantwoordelijkheid van de NZa in het B-segment beperkt zich tot monitoring, het vaststellen van de honoraria voor medisch specialisten en het afdwingen van transparantie die vrije prijsonderhandelingen mogelijk moet maken. Dit laatste doet de NZa bijvoorbeeld door alle zorgaanbieders te verplichten hun zogenaamde passantentarieven openbaar te maken: dit zijn de tarieven die gelden voor patiënten die zijn aangesloten bij een verzekeraar waar dat ziekenhuis geen contract mee heeft gesloten. Los daarvan is het maken van prijs- en productieafspraken in het B-segment echter een zaak voor de marktpartijen, meent de NZa. Het framen en commodificeren van medische behandelingen als zorgproducten door DBC Onderhoud en de NZa impliceert standaardisering van medische zorg in een code. Onder die code vallen in principe alle patiënten met dezelfde diagnose en behandelstrategie en wat zij gemiddeld aan zorg ontvangen. Klinieken behandelen weliswaar soms complexere patiënten dan de DBC aangeeft, maar dit kan gecompenseerd worden door eenvoudiger patiënten. Op de tekentafel van de NZa en DBC Onderhoud gaat het dus om gestandaardiseerde klinische paden die het gemiddelde pad representeren en dus inherent – binnen de DBC – specifieke variatie van dat gemiddelde klinische pad toestaan. De veronderstelling is dat de grote rol van de medisch specialisten in de typering van de producten ertoe leidt dat de codering en registratie als product min of meer naadloos aansluit op het klinisch traject in de praktijk. In het vervolg van het DBC-traject zal blijken dat het zo eenvoudig niet ligt. Niet alleen toezichthouders moeten het nodige werk verzetten om verhandelbare producten te maken, ook andere actoren in de zorg moeten een bijdrage leveren. Daarbij zal blijken dat medisch

specialisten niet altijd uit de voeten kunnen met de ruimte die dat gemiddelde geeft voor individuele variatie, maar morrelen aan de DBC's zoals ze zijn vastgesteld. De spanning tussen klinische en financiële logica die ontstaat door de moeizame aansluiting tussen gestandaardiseerde producten en de medische praktijk impliceert een druk om uitzonderingen te creëren. Dat zien we onder andere bij de onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen.

3.3 Framing van zorg als product aan de onderhandelingstafel

Nadat de DBC's zijn vastgesteld door de NZa, is het in de onderhandelingen tussen aanbieders en vragers van zorg, ziekenhuizen en verzekeraars, dat zorgproducten aan prijzen worden gekoppeld en verder geframed worden als economisch goed. Zoals eerder beschreven, is er op de Nederlandse zorgmarkt onderscheid gemaakt tussen een A- en een B-segment. Het onderscheid tussen A- en B-segment lijkt zowel ingegeven door economische overwegingen, zoals de gebrekkige mogelijkheid tot concurrentie over zeldzame behandelingen, als door overwegingen rond het garanderen van publieke beschikbaarheid van bijvoorbeeld vergunningsplichtige en spoedeisende zorg. In algemene termen omschrijft de NZa het A-segment als dat deel van de zorg dat te veel 'marktfalen' kent om concurrentie tussen aanbieders tot stand te brengen. Zorg waar dat niet voor geldt dient in principe (op termijn) deel uit te maken van het B-segment. Concurrentie moet daar haar beslag krijgen in onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders (vooral ziekenhuizen) over prijs en volume. Ook in het A-segment is echter sprake van onderhandelingen tussen aanbieders en vragers, maar omdat de NZa daar de tarieven vaststelt, hebben die onderhandelingen vooral betrekking op het volume van de aangeboden en vergoede zorg.

De onderhandelingen die verzekeraars en ziekenhuizen voeren over het A-segment van de zorgmarkt gaan met name over productievolumes, dus de hoeveelheid zorg die het ziekenhuis levert binnen het beschikbare budget. Die onderhandelingen worden echter niet gevoerd door iedere individuele verzekeraar op zich, maar door wat de eerste en tweede marktleider in een ziekenhuis worden genoemd. Dit zijn in de eerste plaats de verzekeraar die het grootste aandeel aan verzekerden onder de patiënten van het ziekenhuis heeft en in de tweede plaats de verzekeraars die het grootste aantal klanten in de regio heeft. Mochten dit dezelfde verzekeraar zijn, dan wordt gekeken naar wie het een na grootste marktaandeel heeft. De gemaakte productieafspraken gelden vervolgens wel voor alle verzekeraars: alle zorg wordt immers gewoon gedeclareerd bij de verzekeraar van de betreffende patiënt. In het B-segment van de zorgmarkt, dat momenteel zo'n 34% van alle zorgproducten beslaat, onderhandelen verzekeraars en ziekenhuizen over de prijs van afzonderlijke DBC's. In de onderhandelingen maken ziekenhuizen gebruik van de kennis die ze dankzij DBC-registratie hebben over de kostprijs van de geleverde zorg en hoe die is opgebouwd, alsmede van een

vergelijking met de passantentarieven die andere aanbieders moeten publiceren.

Verzekeraars kunnen daar tegenoverstellen dat zij zicht hebben op de contractprijzen van alle zorgaanbieders waar zij een contract mee opstellen. De prijs waarover onderhandeld wordt bestaat uit een aantal ingrediënten. In de eerste plaats is dit het honorarium van de specialist, dat vastgelegd is door de NZa en waar in principe dus niet over onderhandeld wordt.

Daarnaast zijn er de ziekenhuiskosten, waar de meeste onderhandelingsruimte zit, omdat verzekeraars bijvoorbeeld van het ziekenhuis vragen om efficiënter te gaan werken. Als derde component in de prijs noemt deze bestuurder de kapitaallasten. Hij geeft echter ook aan dat het niet vanzelfsprekend is dat kapitaallasten (deels) in DBC-prijzen worden verrekend.

We zitten wat hoog met prijzen, omdat de kapitaallasten hoog zitten en die hebben we er wel in onderhandeld gekregen. Dat is overigens wel uitzonderlijk, dat lukt veel van onze collega's niet. En het heeft ermee te maken, dat is een bijkomend effect, als je ergens zelf lang zit weet je dat de verzekeraars zich gecommitteerd hebben aan die investeringen. Dus daar houd ik ze nu ook aan bij de bekostiging. (Interview bestuurder ziekenhuis C)

Hieruit blijkt dat verzekeraars en ziekenhuizen samen vormgeven aan de prijzen in het B-segment en dat de prijzen niet per se verschillen in efficiency en kwaliteit tussen ziekenhuizen weergeven.

In theorie zouden de onderhandelingen in het B-segment van de markt moeten gaan over alle DBC's en tussen alle verzekeraars en alle ziekenhuizen, maar alleen al de aantallen DBC's maken dit vrijwel onmogelijk. Er zijn verschillende strategieën ontwikkeld om hier mee om te gaan. In de eerste plaats geven ziekenhuizen aan dat met verzekeraars die slechts een beperkt marktaandeel in een bepaald ziekenhuis hebben de onderhandelingen schriftelijk of telefonisch afgehandeld worden en er meestal gebruik wordt gemaakt van door de NZa vastgestelde 'schoningsprijzen' (standaardprijzen die het verschil moeten dekken tussen het oude ziekenhuisbudget en DBC-prijzen – voor een uitgebreidere uitleg, zie hoofdstuk 4). Waar verzekeraars een aanzienlijk marktaandeel hebben zou wel onderhandeld moeten worden over zowel de kwaliteit als de prijs van alle DBC's, maar daar “komt soms wel een stukje pragmatiek bij kijken”, zoals een inkoper van een zorgverzekeraar aangeeft. Beide partijen in de onderhandelingen wijzen er namelijk op dat niet alle 8.000 DBC's in het B-segment even regelmatig worden gedeclareerd. Een ziekenhuisbestuurder omschrijft het als volgt.

We hebben 600 grote producten en we halen er steeds tien tot twintig uit. Kijk, die 600 dat is het totale pakket eigenlijk, waar je het echt over hebt, die laatste drie, vier vijf procent, dat is allemaal de rest. [Van] die 600 zitten er ongeveer 250, 300 serieuze, of 200, misschien is het nog te veel, in de 34% [van het B-segment] en daarover wordt onderhandeld. (Interview bestuurder ziekenhuis C)

Er wordt dus over een beperkt aantal zorgproducten onderhandeld. Over de rest worden afspraken gemaakt op basis van prijsindexen, kostprijzenbenchmarks en kapitaallasten – wat

betekent dat ook de zogenaamde vrije prijsonderhandeling tot op aanzienlijke hoogte is gereguleerd en gestandaardiseerd.

Voor de DBC's waar uitgebreider over onderhandeld wordt proberen verzekeraars naar eigen zeggen behalve naar lagere kosten ook te streven naar kwaliteitsverbeteringen. Dit gebeurt bijvoorbeeld door ziekenhuizen te vragen het 'logistiek traject' beter in te laten richten. Als voorbeeld verwijst een zorginkoper naar (al langer bestaande) "joint care programma's" waarin patiënten die bijvoorbeeld geopereerd zijn aan een knie of heup sneller ontslagen worden en vervolgens regelmatig terugkomen naar het ziekenhuis om in groepsverband "in een huiskamersetting" te revalideren. Dit zou niet alleen leiden tot een kortere ligduur en dus lagere kosten, maar ook het revalidatieproces aanzienlijk versnellen. Volgens deze zorginkoper zijn DBC's bij uitstek het instrument om te proberen ziekenhuizen van het nut van dergelijke programma's te overtuigen – en in dit geval dus hun klinische logica wat meer aan de financiële logica aan te passen.

In de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars worden gestandaardiseerde zorgproducten gekoppeld aan prijzen. In deze onderhandelingen proberen medisch specialisten echter op grond van de klinische logica lokale uitzonderingen te creëren op de standaardproducten. Een voorbeeld dat genoemd wordt door een hoofd planning en control in een ziekenhuis is een lokale aanpassing van de prijs van de verwijdering van amandelen, om medische redenen.

Landelijk gebeurt de amandeloperatie bijna 100% in dagopname. De patiënt wordt 's ochtends geholpen, 's middags wordt hij ontslagen. Dit ziekenhuis heeft een gebied waar [een eiland] onder valt en wat onze specialist zegt, als ik een patiënt opereer van [dat eiland] en ik stuur hem naar huis en hij krijgt 's avonds een complicatie, dan is die patiënt nooit op tijd terug hier in het ziekenhuis. Dat kan bij kinderen zijn, maar dat kan ook bij ouderen zijn. Dus daar zegt de specialist; ik neem die verantwoordelijkheid niet dat er iets gebeurt. Dus ik neem voor een bepaalde categorie patiënten, neem ik ze gewoon een nacht op. (Interview hoofd planning en control, ziekenhuis C)

Het voorstel van het ziekenhuis is daarom om een iets hogere prijs per DBC te rekenen, zodat een deel van de patiënten opgenomen kan worden. Bij de onderhandeling over dergelijke zaken met de verzekeraar, die meestal door het hoofd financiën en het bestuurslid met financiën in de portefeuille wordt gevoerd, wordt vaak de specialist uitgenodigd, omdat die kan beargumenteren waarom het gemiddelde klinische pad niet voldoende ruimte geeft voor de afwijkingen die klinisch relevant geacht worden.

Declaraties van geleverde zorgproducten in beide segmenten worden geclusterd door de ziekenhuizen bij de zorgverzekeraar aangeboden. Zoals een administratief medewerker ons uitlegde worden DBC-codes verwerkt tot declaratiecodes en die worden vervolgens verwerkt tot productcodes die in zogenaamde mandjes met een aantal DBC's die dezelfde prijs hebben belanden. Dit gebeurt pas nadat de onderhandelingen tussen verzekeraar en ziekenhuis voor

dat jaar zijn afgerond, wat vaak pas in april of mei het geval is. Zo betaalt de verzekeraar voor iedereen die in de eerste maanden van het jaar behandeld is – voor alle DBC's in die periode – de overeengekomen contractprijs en niet de passantenprijs. Dit draagt eraan bij dat de verhoudingen tussen verzekeraars en aanbieders goed blijven – aangezien het duidt op vertrouwen in een goede afloop van de onderhandelingen om voor het hele jaar de (lagere) contractprijs in rekening te willen brengen. Na het ontvangen van de declaraties van ziekenhuizen is het aan de verzekeraars om zogenaamde koopcontroles toe te passen. Dat betekent dat verzekeraars controleren of de declaraties voldoen aan de declaratiecriteria die de NZa ontwikkeld heeft. Deze criteria zijn bijvoorbeeld de regelingen rond paralleliteit (het naast elkaar bestaan van meerdere aandoeningen die al dan niet onder een aparte diagnosecode vallen) en de maximale loopduur van een DBC. De laatste hoeft niet voor alle DBC's hetzelfde te zijn. Een werknemer van DBC Onderhoud geeft bijvoorbeeld aan dat chemokuren en dialyse vanwege de hoge kosten niet pas na afloop van het behandeltraject gedeclareerd worden, maar dat iedere behandeling op zich gedeclareerd wordt.

Uit dit overzicht van de onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders blijkt dus dat men in de onderhandelingspraktijk op de grenzen stuit van gestandaardiseerde behandeltrajecten zoals ze waren ontworpen op de tekentafel. Soms voegt men zich niet naar het gemiddelde klinische pad, en worden uitzonderingen gecreëerd op situationele klinische gronden. De bedoeling van het oprekken van DBC's is dan niet om marktwerking te frustreren, maar om marktwerking in specifieke lokale omstandigheden (hoge kapitaallasten, afgelegen woonachtige patiënten) mogelijk te maken. Niet de standaard, maar juist een flexibele omgang met de standaard is dan van belang voor de prijsvorming. In de volgende paragraaf verplaatsen we ons van de onderhandelingstafel van ziekenhuizen en verzekeraars naar het ziekenhuis en zullen we de DBC volgen in de begroting en de exploitatie.

3.4 Framing van zorg in de exploitatie van het ziekenhuis

De onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen over de prijs van DBC's en de kwaliteit van geleverde zorg, zouden idealiter moeten bijdragen aan een toenemend kostenbewustzijn en aan initiatieven om doelmatiger te werken. De overeengekomen prijzen en volumes worden binnen het ziekenhuis dan ook vertaald naar productieafspraken en budgetten voor de verschillende specialismen. Daarnaast worden DBC's ook gebruikt voor het bijhouden van de exploitatie door het jaar heen. De interne manier van werken met DBC's draagt bij aan een verdere *framing* van de zorg als een product.

Binnen het ziekenhuis speelt opnieuw het onderscheid tussen het A- en B-segment van de zorgmarkt een rol. Ten eerste heeft dit onderscheid implicaties voor de inkomsten die voor het ziekenhuis worden voortgebracht. De opbrengst van behandelingen in het B-segment komen rechtstreeks aan het ziekenhuis ten goede, terwijl voor behandelingen in het A-

segment het zogenaamde ‘functioneel budget’ nog altijd bepalend is. Dit budget bestaat uit een aantal elementen. Er zijn vaste kosten zoals afschrijvingen in verwerkt, semivaste kosten zoals een vergoeding per inwoner van het adherentiegebied van een ziekenhuis, en een bedrag per specialist dat gewogen is naar de hoeveelheid diagnostiek die onder een bepaald specialisme valt, en de daadwerkelijke productie. Deze productie wordt berekend op basis van een aantal parameters waarvan de NZa de waarde vaststelt. Het gaat hierbij om zaken als eerste polikliniek bezoeken (EPB’s) en ligdagen. Dit budget is wat het ziekenhuis daadwerkelijk krijgt.

De totale optelsom van die rekenstaat, stel dat voor ons 85 miljoen is, dat is wat je mag houden. Die wordt weggezet tegen die declaratiestroom. En als dat bijvoorbeeld 86 miljoen is, dan heb je dus eigenlijk 1 miljoen te veel gefactureerd. Dat noemen ze in technische vorm NITTV, Nog In Tarieven Te Verrekenen. En dat moet je dus terugbetalen aan de zorgverzekeraar. Ben je overgefinancierd, dus heb je maar 84 miljoen gedeclareerd, dan ga je die 1 miljoen alsnog, naar rato van het marktaandeel, aan de zorgverzekeraars declareren. (Interview hoofd planning en control, ziekenhuis C)

Een toename van het aantal geproduceerde DBC’s komt dan ook slechts ten dele ten goede aan het ziekenhuis, aangezien het budget voor ongeveer 40% uit vaste kosten bestaat. Ziekenhuisbestuurders geven dan ook aan graag aan het aantal behandelingen in het B-segment te zien groeien en omschrijven het A-segment als een ‘vergaarbak’ van behandelingen die nodig is om de totale financiering van een ziekenhuis rond te krijgen. Vanwege het onderscheid in opbrengsten uit A- en B-segment van de markt gaan de ziekenhuizen ook verschillend om met de controle van de DBC’s – van de productie en de declaraties door het jaar heen. De geïnterviewden omschrijven de controle op het A-segment als betrekkelijk passief. Dat heeft niet alleen te maken met het feit dat de opbrengsten van het A-segment niet volledig samenhangen met de DBC’s, maar ook met het feit dat het hier om een veel groter aantal DBC’s gaat dan in het B-segment. De passieve controle betekent dat er een zogenaamde ‘*feeder-bleeder* analyse’ van alle DBC’s in het A-segment gemaakt wordt. Dit wil zeggen dat wordt bekeken welke DBC’s het ziekenhuis veel geld opleveren en welke juist geld kosten. Uit de top 10 van zogenaamde *bleeders* worden er vervolgens per specialisme drie verder geanalyseerd. Er wordt dan net als met DBC’s in het B-segment gekeken waar het concrete zorgtraject afwijkt van de DBC’s – waar te veel handelingen worden uitgevoerd, te dure diagnostiek ingezet et cetera. De controle over het B-segment van de DBC’s wordt actief gevoerd. Financieel medewerkers van een ziekenhuis confronteren specialisten er bijvoorbeeld mee als blijkt dat hetgeen zij doen afwijkt van het landelijke zorgprofiel, zodat zij zich voegen naar de klinische standaard. Op het niveau van de budgetcontrole in het ziekenhuis wordt dus getracht de feitelijke zorg die gegeven wordt te laten sporen met de DBC’s zoals ze op de tekentafel tot stand zijn gekomen. Wat gedaan wordt in de kliniek en wat geregistreerd en gedeclareerd wordt moet

samenvallen, omdat er anders niet declarabele kosten ontstaan die een financieel risico voor het ziekenhuis vormen. Omdat DBC's een gemiddeld traject van diagnostiek en behandeling representeren, is er ruimte voor variatie bij individuele patiënten, maar deze ruimte is strikt gedefinieerd. Maar net als aan de onderhandelingstafel van verzekeraars en ziekenhuizen zoeken specialisten ook binnen de lokale setting van het ziekenhuis naar mogelijkheden het klinisch traject naar eigen goeddunken in te richten. Binnen het ziekenhuis creëren zij ruimte om de grenzen verbonden aan strikt omschreven zorgprofielen op te rekken om zorg te kunnen leveren buiten de grenzen van de financiële logica die aan de basis van de DBC's ligt.

Als je bijvoorbeeld in een lokaal profiel twee MRI-onderzoeken hebt staan en landelijk is dat er maar een... Nou, zo'n MRI kost nogal wat, dus dan ga je naar een specialist. Met betrekking tot B-segmentproducten nodigen we de specialisten uit en kom ik met die analyse en vragen we of ze het profiel herkennen (...). Als de specialist zegt; ja, ik herken dit lokaal profiel en ik heb voldoende redenen om dat zo te doen, dat is natuurlijk zijn medische expertise... Dan zeggen wij van; dit zorgprofiel, ons lokaal zorgprofiel is juist. (Interview hoofd planning en control, ziekenhuis C)

In de onderhandelingen tussen specialist en ziekenhuis wordt dus geprobeerd de specialist te wijzen op de grenzen die gesteld worden door landelijk vastgesteld instrumentarium, maar wordt eveneens ruimte gelaten voor medisch noodzakelijk geachte uitzonderingen. Ruimte creëren voor een lokale standaard moet echter wel binnen het totale financiële plaatje van het ziekenhuis passen. De kosten die dat met zich meebrengt moeten elders in de begroting worden gecompenseerd.

De financiële afdelingen in ziekenhuizen vormen een belangrijke schakel in het tot stand brengen van een zorgmarkt, omdat daar de uitkomsten van de onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen vertaald worden naar de financiële administratie en de klinische praktijk. Net als aan de onderhandelingstafel wordt hier werk verzet om de framing van de zorg in DBC's zoals vastgesteld door de Nza aan te passen aan lokale omstandigheden. Tegelijkertijd wordt de Nza-framing versterkt, doordat *de market device* van de DBC (en het onderscheid tussen A- en B-segment) de onderhandelingen over productieafspraken structureert en een belangrijke rol gaat spelen in productieplanning en exploitatiecontrole van een ziekenhuis. Hier vindt dus duidelijk een wederzijdse afstemming plaats tussen wat we financiële en klinische logica's genoemd hebben. De mogelijkheid om te budgetteren en te onderhandelen met DBC's is echter sterk afhankelijk van de beschikbaarheid van informatie over het werk dat in een ziekenhuis wordt verricht. Een essentiële stap in de *framing* van zorgproducten is dus de *registratie* van de verschillende handelingen die in een ziekenhuis op de medische afdelingen uitgevoerd worden.

3.5 *Framing van zorg als product in het alledaagse medisch werk*

Zoals we in het voorgaande gezien hebben spelen DBC's als *market devices* een cruciale rol in het tot stand brengen van een zorgmarkt. DBC's stimuleren standaardisering van de zorg tot een zorgproduct, zodat coderingen voor behandelingen en zorgprofielen gerelateerd kunnen worden aan prijzen. De economisering en commodificatie van de gezondheidszorg staat of valt echter bij de wijze waarop dit marktinstrument zoals op de tekentafel ontworpen zich in de praktijk van de gezondheidszorg nestelt. Om DBC's op de werkvloer van de ziekenhuizen te laten functioneren moet werk verzet worden aan de onderhandelingstafel en op financiële afdelingen van ziekenhuizen. Het is echter evenzeer van belang dat er aan het tot stand brengen en in stand houden van de markt gewerkt wordt op de medische afdelingen zelf. Ook in deze setting wordt echter de bandbreedte van de DBC's verkend en wordt ruimte gecreëerd om de financiële vereisten en de klinische praktijk aan elkaar aan te passen.

In zekere zin begint de *framing* van zorg op het moment dat een patiënt bij de dokter binnenstapt. Zoals een chirurg het als volgt omschrijft.

Als iemand hier binnenkomt, moet ik eerst praten met die patiënt, kijken wat die mankeert, dan in een lijst de DBC opzoeken, behandelen, indien nodig tussendoor bijstellen en wanneer het klaar is de DBC weer sluiten. (Interview chirurg, ziekenhuis C)

Bij het stellen van de diagnose moet een specialist dus de bijbehorende diagnosecode noteren en afhankelijk van de vervolgstappen ook een behandelcode erbij zetten. Hoewel het aanvankelijk de bedoeling was zorgtrajecten te registreren met de patiënt als uitgangspunt, is volgens een polikliniekmanager dit zogenaamde 'episode denken' al in een redelijk vroeg stadium losgelaten vanwege de complexiteit. Sindsdien worden DBC's per specialisme geregistreerd en wordt een nieuwe DBC geopend zodra een patiënt ook door een andere specialist behandeld wordt. Een medewerker van DBC Onderhoud omschrijft het als volgt.

Elk specialisme heeft zijn eigen DBC. Als je, [...] de behandeling van borstkanker. Dat wordt eerst gediagnosticeerd door een chirurg, dan wordt er geopereerd, vaak, en dan ofwel chemotherapie of bestraling. Het gedeelte diagnosestelling en operatie dat is één traject, ja, als chemo wordt gegeven gaat de patiënt over naar de oncoloog, dat is een internist en die opent dan zijn eigen DBC, medicinale behandeling borstkanker. En daar tussendoor kan ook nog een radiotherapeut iets doen, bestraling. Dan heb je dus in feite drie DBC's voor borstkanker, terwijl het gewoon één patiënt is, met één traject. (Interview DBC Onderhoud)

Registratie van de DBC's verschilt nogal per ziekenhuis; in het ene ziekenhuis is de specialist zelf verantwoordelijk voor het invullen van codes in het systeem, terwijl in het andere ziekenhuis de specialist slechts een "extra velletje in het medische dossier" bijhoudt dat vervolgens op het secretariaat verwerkt wordt. Maar hoe de registratie ook precies gebeurt, het doel is dat het geleverde werk ook aan het ziekenhuis wordt uitbetaald.

Zoals eerder al werd opgemerkt is er echter bij het ontwikkelen van de DBC-systematiek voor gekozen om niet alle verrichtingen individueel te benoemen, maar in de DBC's gebruik te maken van gemiddelde trajecten. Dit had onder andere tot doel om te voorkomen dat specialisten en ziekenhuizen vooral beloond worden voor het maken van meer productie en om het aanbod van zorgproducten nog enigszins overzichtelijk te houden. Het betekent echter ook dat er nog het nodige interpretatiewerk komt kijken bij het registreren van DBC-codes. Een chirurg omschrijft het als volgt.

En als je iets hebt wat er echt helemaal niet op staat, dan kies je iets waarvan je denkt, nou, eens even kijken hoor, het staat er helemaal niet op, maar daar ben ik gemiddeld toch wel zoveel tijd aan kwijt, waar past dat nou het beste bij? Dan doe ik dat wat er het beste bij past en dan doe ik daar wat toevallig ook nog in hetzelfde orgaan zit en dan vul je dat in. (Interview chirurg, ziekenhuis C)

Bij dit soort interpretatiewerk worden specialisten geholpen door de wijze waarop wetenschappelijke verenigingen besloten hebben de DBC-structuur op te zetten; met een beperkt aantal basis-DBC's en een soort handleiding voor het registreren van alles wat daar van afwijkt. Hij vervolgt:

Chirurg: "Het was ook onze bedoeling dat het niet meer dan twee kantjes zou worden. Anders valt er niet mee te werken."

EA: "Want het is natuurlijk uiteindelijk de wetenschappelijke vereniging zelf die dat opgesteld heeft?"

Chirurg: "Ja. En daar hebben we dan wel een heel boekwerk bij van dingen die..., want natuurlijk in de loop van de tijd, zeker in het begin werd er steeds gevraagd bij onze vereniging, die en die diagnose, die staat er niet in, hoe moet dat? Dan hebben we dus een lijstje; dat past bij dat, dat past bij dat. Dus dat is ook een beetje gestandaardiseerd. En daarmee vang je ongeveer 99% van je ingrepen." (Interview chirurg, ziekenhuis C)

De administratie van verrichte handelingen wordt echter niet exclusief aan medisch specialisten overgelaten. Controle van de geregistreerde DBC's vindt voor een deel plaats op de zorgadministratie of DBC-helpdesk. Ziekenhuizen hebben een nieuwe DBC-administratie op moeten zetten om de DBC-systematiek binnen het ziekenhuis op orde te krijgen. Alle DBC's die in een ziekenhuis worden afgesloten worden, voordat ze bij de factuurafdeling komen, gecontroleerd door een geautomatiseerde validatiemodule. Hoewel deze daar volgens een medewerker van DBC Onderhoud niet voor bedoeld was, wordt deze module gebruikt om onvolledig of onjuist geregistreerde DBC's uit het systeem te filteren en verder te bekijken. Het gaat daarbij om DBC's waarvoor niet alle verrichtingen zijn geregistreerd die er volgens het zorgprofiel in moeten zitten, DBC's die op een verkeerde manier geregistreerd zijn, verrichtingen waarvoor geen DBC is geopend of DBC's die te lang open hebben gestaan. De zorgadministratie verzamelt deze DBC's en legt ze een keer per maand aan de specialisten voor met het verzoek ontbrekende informatie aan te vullen, zodat de DBC alsnog gefactureerd kan worden. Deze uitval is doorgaans redelijk omvangrijk. Geïnterviewden noemden

percentages van 20%. Behalve vergissingen wordt vaak gewezen op de gebrekkige discipline. Een deel van het werk van de helpdesk bestaat erin specialisten “op te voeden”, zoals een medewerker van een helpdesk aangeeft.

De werking van het systeem is afhankelijk van de discipline van de arts, dat zij alles goed invullen en coderen. Dat doen ze ook, want het is hun beurs. Maar het ziekenhuis is ook verantwoordelijk, kan die verantwoordelijkheid niet alleen bij de arts neerleggen, want het raakt ook de inkomsten van het ziekenhuis. (Interview, ziekenhuis A)

Een deel van de uitval kan echter worden gezien als een teken van de wrijving tussen klinische en financiële logica: een deel van het werk dat in de kliniek verzet wordt blijkt niet eenvoudig te vangen te zijn in de voorgeschreven financieel-administratieve structuur. De DBC-administratie is het scharnier op de werkvloer van het ziekenhuis dat de financiële logica van marktwerking verbindt met de logica van de klinische praktijk. Op deze plek wordt werk verzet om de klinische paden te voegen naar de financiële systematiek, maar ook omgekeerd om de financiële systematiek te vormen naar de klinische praktijk. Hoewel het de bedoeling is dat deze samengaan door een prijs te verbinden aan een medisch traject, blijken medische trajecten vaak bijzonder grillig en verschillen patiënten meer van elkaar dan de standaarden doen vermoeden. De behoefte aan standaardisatie en overzichtelijkheid van zorgproducten om een zorgmarkt mogelijk te maken impliceert dat er ook op het niveau van de alledaagse administratie en registratie veel werk verzet moet worden om van de zorg voor een patiënt een verhandelbaar en declareerbaar product te kunnen maken.

Slot

De DBC is een belangrijke market device in de constructie van een nieuwe markt voor de zorg, omdat ze de disentanglement mogelijk maakt van concrete zorg en klinische paden koppelt aan prijzen. In dit hoofdstuk hebben we dit instrument gevolgd van concept tot de alledaagse zorgpraktijk in een ziekenhuis. Uit de schets blijkt dat op verschillende locaties – formele besluitvorming, onderhandelingen tussen ziekenhuis en verzekeraars, ziekenhuisbegroting en DBC-administratie – veel werk wordt verzet om DBC's te laten functioneren en om klinische en financiële logica aan elkaar te koppelen. De veronderstelling van het concept DBC is dat DBC's – door de inhoudelijke producttyperingen van de medisch specialisten – als vanzelf voldoende aansluiten op zorgtrajecten om adequate commodificatie van alle vormen van zorg mogelijk te maken. In de praktijk blijkt echter dat er op verschillende niveaus nog veel werk verzet moet worden om zorg tot een product te maken en daadwerkelijk een zorgmarkt tot stand te brengen.

Het werk dat op de verschillende plekken wordt verzet om DBC's en daardoor de nieuwe markt te laten functioneren impliceert dat de klinische zorg zich steeds meer voegt naar de

eisen van de financiële logica en dat processen van standaardisering in de zorg versterkt worden. Soms wordt het functioneren van DBC's en van een markt echter juist mogelijk gemaakt door differentiatie in klinische trajecten. Zowel in de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars als die tussen ziekenhuizen en specialisten brengt het argument van de kwaliteit voort (het is een expliciete doelstelling van DBC's om onderhandelingen te stimuleren over prijs en kwaliteit), de mogelijkheid om af te wijken van landelijke profielen en dergelijke afwijkingen ook te legitimeren. Er kan een extra ligdag worden gedeclareerd of een extra diagnostische handeling. Marktwerking in de zorg impliceert dus het vinden van een balans tussen standaardisering en differentiatie.

Het traject van de DBC van tekentafel tot ziekenhuisadministratie laat zien dat het niet zo eenvoudig is om van zorg voor een individuele patiënt een te beprijzen zorgproduct te maken. Dat begint al op de tekentafel, waar iedere wetenschappelijke vereniging van medisch specialisten een eigen lijst van DBC's heeft samengesteld die zo goed mogelijk aansluit op de praktijk in dat specifieke specialisme. Deze vormgeving van DBC's – zorgproducten worden beschreven vanuit het aanbod van de specialismen – staat vaak haaks op een klinisch traject, waarbij een patiënt verschillende specialismen doorkruist. Ook de wens om een beperkt aantal standaardcodes te hanteren om de markt overzichtelijk te houden staat op gespannen voet met de complexiteit en grilligheid van individuele gevallen: artsen moeten regelmatig op zoek naar de best passende DBC voor een bepaalde patiënt.

Op basis van de analyse van het werk dat verzet moet worden om de DBC's te laten functioneren in de praktijk van de zorg kan men zich afvragen of de introductie van marktwerking en van de *market device* DBC de verwachte effecten inderdaad tot stand brengen. Daarover, en over eventuele onvoorziene effecten, gaat het in het volgende hoofdstuk.

4 WAT DOET DE DBC? EFFECTEN VAN MARKTKWERKING IN DE ZORG

4.1 Introductie

De laatste jaren heeft de overheid besloten dat het publieke belang van een kwalitatief goede en betaalbare zorg het beste gediend is met de introductie van marktwerking in de zorg. In een strak geregisseerd en top-down georganiseerd proces is gewerkt aan de vormgeving van een nieuwe zorgmarkt waarin diverse actoren als marktpartij gepositioneerd zijn. In samenspraak met partijen in het veld heeft de overheid een *market device* ontwikkeld en ingevoerd, de DBC, die het mogelijk moet maken om zorgproducten aan prijzen te koppelen, de zorgmarkt transparant te maken en concurrentie te bewerkstelligen. Via organisaties als de Nza en DBC Onderhoud is de overheid verantwoordelijk voor het onderhouden en verder ontwikkelen van dit systeem.

Hoewel de DBC systematiek nog te kort bestaat om de effecten ervan te kunnen analyseren, exploreren we in dit hoofdstuk wat dit marktinstrument zoal teweegbrengt. Wat is de impact van deze *market device* volgens betrokkenen op de constructie van deze markt – op transparantie, concurrentie, prijs en kwaliteit? Ten tweede belichten we de impact van marktwerking op het ziekenhuis, nu ziekenhuizen meer en meer bedrijven worden. Ten slotte besteden we aandacht aan de rol van de overheid op deze markt: moet zij niet onbedoeld veel meer werk verzetten om deze markt te laten werken dan aanvankelijk de bedoeling was?

4.2 Meer transparantie, concurrentie en kwaliteit?

Met de introductie van marktwerking in de zorg en de ontwikkeling van DBC als marktinstrument werd beoogd de kosten van de zorg transparant te maken, concurrentie te bewerkstelligen en de kwaliteit van de zorg te verhogen. Hoe verhoudt de introductie van DBC's zich volgens de betrokkenen nu tot deze doelen?

Transparantie

Verschillende geïnterviewden merken op dat een van de grote voordelen van het werken met DBC's inderdaad de toegenomen transparantie in de gezondheidszorg is. Bestuurders en controllers in ziekenhuizen, bijvoorbeeld, geven aan dat ze door de DBC's meer zicht hebben gekregen op de interne processen van het ziekenhuis. Dit heeft gevolgen gehad voor hoe het ziekenhuis werkt.

De prikkels waren gericht op; we leggen hier het hele beddenhuis vol, omdat dat geld oplevert. Ja, die prikkels zijn wel veranderd. We concentreren ons veel meer op de polikliniek, snelle doorbehandeling, dus dat zijn op zich wel goede prikkels. (Interview bestuurder, ziekenhuis D)

Men kan in ziekenhuizen nu bijvoorbeeld bekijken hoeveel tijd er in bepaalde behandelingen wordt gestoken en wat de kosten ervan zijn. Na vergelijking daarvan met landelijke profielen kunnen specialisten aangesproken worden op hun werkwijze en productie. Ook bij DBC-helphdesks wordt in dergelijke woorden over transparantie gesproken en verzekeraars geven aan dat er nu gerichter met aanbieders overlegd kan worden over kwaliteit van zorg, omdat de processen duidelijker zijn.

Maar transparantie is voor een groot deel afhankelijk van de kwaliteit van registratie. En hoewel medewerkers van de NZa registreren eenvoudig zien als “het aanslaan van de kassa in de supermarkt”, beschouwen anderen de registratie van alle verrichtingen in een ziekenhuis als een lastig proces. Medewerkers van een DBC-helphdesk schatten bijvoorbeeld in dat maar liefst 20% van de DBC's in eerste instantie uitvalt: zij zijn vanwege registratiefouten niet (meteen) declareerbaar. Als mogelijke oorzaak daarvoor wijzen zij op het gebrekkige besef bij mensen in de kliniek van het belang van registratie. Bovendien is er na de introductie van de DBC's in 2005 voortdurend gesleuteld aan de DBC-systematiek, waardoor de motivatie voor adequate registratie is afgenomen. Een medewerker van een DBC-helphdesk vertelt het volgende.

Op een gegeven moment zijn mensen natuurlijk gewoon DBC moe. Wij zijn koploperziekenhuis geweest in 2002, dus toen zijn we al gaan registreren. Elke keer weer vernieuwing, vernieuwing, vernieuwing. (...) Nou, in 2005 zijn we dan eindelijk de lucht ingegaan, zoals het dan heet, maar wat er daarna ook weer allemaal veranderd is... mensen zijn gewoon DBC moe. (Interview DBC-helphdesk, ziekenhuis C)

Een groot deel van de problemen wordt toegeschreven aan het feit dat de registratievoorschriften voor DBC's (zoals alle voorschriften) niet hun eigen toepassing dicteren, en dat deze voorschriften dus geïnterpreteerd moeten worden.

[Onze] werkgroep heeft allereerst een uitgebreide analyse van de instructies van alle 24 wetenschappelijke verenigingen uitgevoerd. Hieruit kwam naar voren dat het moeilijk is te bepalen wat, naar **de letter** van de instructies, wel en niet gedeclareerd mag worden. Maar tevens bleek dat de instructies van sommige specialismen zeer multi-interpretabel zijn en zelfs ingaan tegen de uitgangspunten – of met andere woorden: **de geest** – van de DBC-gedachte. (De Boo & Mokveld 2006: 5)

Een ander probleem waar specialisten op wijzen is dat er voor veel patiënten geen precies passende DBC gevonden kan worden en dat men dus creatief moet zijn. In sommige gevallen wijkt de ‘zorgzwaarte’ van een bepaalde groep patiënten zodanig af van het gemiddelde dat een DBC niet voldoet. Een zorginkoper van een zorgverzekeraar geeft bijvoorbeeld aan dat erin onderhandelingen met het oogziekenhuis in Rotterdam rekening mee wordt gehouden dat cataractoperaties daar over het algemeen gecompliceerder zijn dan die in algemene ziekenhuizen. Soms duurt het bij nieuwe behandelmethoden erg lang voordat een DBC geopend is, omdat het openen en ontwikkelen van nieuwe DBC's aan strenge regels is gebonden: een nieuwe behandeling moet substantieel afwijken van bestaande behandelingen

en bovendien met enige regelmaat toegepast worden. Zo werd ons bijvoorbeeld verteld dat het ontwikkelen van een nieuwe behandeling voor darmfalen financieel problematisch was, omdat het om een zeer kleine groep patiënten gaat en de specifieke vorm van darmfalen waar het over gaat wordt aangemerkt als een complicatie op een bestaande aandoening (darmkanker). Zolang er geen uitsluitsel over het ontwikkelen van een nieuwe DBC is, of er geen nieuwe DBC ontwikkeld wordt, moet de zorg dus onder een andere product gedeclareerd worden. Ook het openen van een tweede DBC voor dezelfde patiënt – bijvoorbeeld bij hoge bloeddruk na een operatie – is gecompliceerd: dan gelden regels rond zogenaamde paralleliteit. Dat wil zeggen dat slechts bij een tweede, aparte zorgvraag met een substantiële meerprijs (40% hogere kosten) een nieuwe DBC geopend mag worden. Voor artsen is vaak moeilijk in te schatten of aan deze criteria voldaan is.

Een ander probleem dat in verband met transparantie wordt genoemd is dat veel werk ook onzichtbaar blijft. In de uiteindelijke declaratie van een DBC is bijvoorbeeld alleen registratie van de zogenaamde essentiële verrichtingen van belang, wat betekent dat het administratief niet-essentiële deel van de behandeling onzichtbaar blijft. Ook een groot deel van het werk van verpleegkundigen wordt niet weergegeven in de DBC's. Dit is vooral frustrerend voor gespecialiseerde verpleegkundigen, die vaak een aanzienlijk deel van het werk dat in een bepaalde DBC hoort voor hun rekening nemen. Het verwijderen van hechtingen of het aansluiten van stoma's staat als verrichting in een DBC voor de specialist, terwijl de verpleegkundigen dit werk doen. Dit is met name een probleem wanneer verpleegkundigen op hun afdeling werk doen voor verschillende specialisten, of wanneer ze extern worden ingehuurd door bijvoorbeeld een verzorgingshuis. Zoals het hoofd van een verpleegkundige afdeling aangeeft.

Dat is poliklinisch, wij worden ook heel dikwijls gevraagd, extern, bij een verpleeghuis, bij gehandicapten, noem maar op, in de thuiszorg. Kijk, en zij kunnen dat niet afrekenen, omdat zij dus geen eigen DBC's hebben. Dus nu moeten wij daar heel veel contracten voor opstellen en dingen afrekenen, wat eigenlijk veel simpeler zou zijn als die ook met DBC's werken en als die direct afgerekend worden of de juiste codering krijgen, dan was het allemaal zo moeilijk niet. (Interview hoofd verpleegafdeling, ziekenhuis C)

Bovendien, voegt een ziekenhuisbestuurder hier aan toe, is er een trend om steeds meer werk te laten doen door ondersteunend personeel, aangezien een specialist dan meer DBC's kan produceren – waar een specialist dan weer tegenin brengt dat de combinatie van toegenomen kwaliteitseisen en afnemende tijdseenheden per behandeling hem hier toe dwingen.

Concurrentie

Transparantie zou op haar beurt moeten bijdragen aan concurrentieverhoudingen op een markt en aan onderhandelingen over prijs en kwaliteit van zorg tegen de achtergrond van die concurrentie. Concurrentie zou een rol moeten spelen bij het maken van productie- en

prijzafspraken tussen verzekeraars en aanbieders, maar ook bij onderhandelingen tussen ziekenhuizen en medisch specialisten. Vrij gevestigde specialisten zijn verantwoordelijk voor hun eigen inkomen op basis van de productie die ze realiseren, en de belangen van de specialisten corresponderen niet altijd met die van het ziekenhuis. Waar ziekenhuizen veel verdienen aan het B-segment maakt het onderscheid tussen A- en B-segment voor het inkomen van de specialisten niets uit. Het hoofd planning en control van een ziekenhuis geeft een voorbeeld.

Bijvoorbeeld een carpaal tunnel syndroom. Wij doen die in dagbehandeling, maar voor de specialist... Ja, het is leuk dat we dat in een dagbehandelingssetting doen, dat is altijd duurder dan een poliklinische setting, maar ik open toch een poliklinische DBC, want het honorarium van die poliklinische DBC is hoger dan de dagopname DBC. Dus wij maken met zijn allen wel de kosten, maar we krijgen er dus geen dekking voor, omdat de specialist vindt dat hij een poliklinische DBC moet openen. (Interview hoofd planning en control, ziekenhuis C).

Voor specialisten is er dan ook geen sprake van marktwerking, omdat honderd procent van de verrichtingen betaald wordt, aldus een chirurg. Slechts wanneer een specialist zijn zorg in een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) aan gaat bieden moet hij concurreren met andere klinieken, maar volgens dezelfde chirurg is dit slechts voor een kleine groep specialisten weggelegd, aangezien voor 95 procent van de zorg de infrastructuur van een ziekenhuis onontbeerlijk is. De meeste privéklinieken willen graag intensive care in de buurt hebben voor noodgevallen. Ziekenhuizen proberen echter specialisten wel enigszins te sturen in de verhouding tussen de hoeveelheid werk die ze verzetten in A- en B-segment van de zorgmarkt. Het ziekenhuis gaat dan bijvoorbeeld op zoek naar onderhandelingsruimte in de secundaire arbeidsvoorwaarden. Een manager van een polikliniek noemt als voorbeeld dat oogartsen die meer verrichtingen in het B-segment doen, toegezegd krijgen dat hun operatie-unit eerder vervangen wordt. Dit werkt echter niet voor alle specialismen, omdat er een behoorlijk onderscheid is tussen verschillende specialismen in de manier waarop zij creatief kunnen zijn met het verrichten van behandelingen in A- of B-segment. Verschillende betrokkenen geven aan dat met name zogenaamde ‘snijdende’ specialismen (zoals chirurgie, orthopedie, oogheelkunde) ruimte hebben om te kiezen tussen al dan niet (poli)klinische behandeling, naar gelang wat financieel interessanter is. Ook zouden zij makkelijker aanvullende verrichtingen kunnen doen dan zogenaamde ‘beschouwende’ specialisten zoals internisten en kinderartsen.

Ook de concurrentie tussen verschillende ziekenhuizen neemt nog geen hoge vlucht. Het financieel hoofd van een ziekenhuis wijst erop dat dit ook voor een deel samenhangt met de vrije vestiging van specialisten. Zeker in kleinere ziekenhuizen leidt deze vrije vestiging er vaak toe dat specialisten voor meerdere ziekenhuizen werken, omdat in één ziekenhuis vaak weinig patiënten zijn. Dat specialisten graag grotere aantallen behandelen wordt daarbij niet alleen ingegeven door financiële overwegingen, maar ook door de toenemende

kwaliteitseisen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dergelijke eisen schrijven specialisten vaak voor dat ze behandelingen alleen uit mogen voeren indien ze een minimumaantal per jaar uitvoeren. Dit betekent dat er vaak geen sprake is van concurrentie tussen ziekenhuizen voor de diensten van een bepaalde specialist, omdat de specialist er belang bij heeft op meerdere locaties te werken.

Daarnaast slagen verzekeraars er ook nog niet heel erg in om ziekenhuizen op basis van prijs en kwaliteit met elkaar te laten concurreren. Dit komt voor een groot deel doordat een van de belangrijkste instrumenten die verzekeraars geacht worden hiervoor te hebben – namelijk selectief inkopen en sturen van patiëntenstromen – niet van de grond komt. Mensen blijken er de voorkeur aan te geven naar het ziekenhuis in de buurt te komen en vertrouwen niet altijd de motieven van verzekeraars, zoals deze zorginkoper aangeeft.

Wij hebben twee jaar geleden als eerste landelijk eens geopperd om het eigen risico in te zetten om de klant te bewegen eventueel naar een ander ziekenhuis te gaan, waarmee wij denken kwalitatief betere zorg te hebben ingekocht en ook tegen een lagere prijs. (...) We hebben dat nadrukkelijk bij verzekerdenpanels die wij hebben eens laten beoordelen, van, wat vinden jullie daarvan, als we dat zouden doen. En dan is het toch het beeld dat daaruit komt dat de gewone burger nog helemaal niet zo veel vertrouwen heeft in de verzekeraar. Doet die verzekeraar dat wel op de goede motieven? Is dat wel zo, dat die zorg beter is, of is dat alleen maar omdat ze er beter van worden? (Interview zorginkoper)

Dergelijke argumenten spelen ook een rol in het onderhandelen over prijs en kwaliteit van DBC's tussen verzekeraars en zorgaanbieders.

Kwaliteit en prijs

Of en hoe kwaliteit een rol speelt in de onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders is een voortdurend punt van discussie. Kwaliteit lijkt in de onderhandelingen geen hele grote rol te spelen, gezien de grote rol van de prijs van zorg die door verschillende geïnterviewden werd aangehaald. Het lijkt er in dat verband wel op dat ziekenhuizen kritisch kijken naar de inhoud van hun zorgprofielen en soms een verlies aan kwaliteit voor lief nemen om een verzekeraar aan zich te binden, zoals blijkt uit dit voorbeeld.

Kostprijsberekeningen komen uit het systeem, dan wordt gekeken hoeveel onderzoeken, hoeveel tijd, hoeveel diagnostiek, hoeveel labwerk, en op basis daarvan wordt de kostprijs berekend. Vervolgens wordt gekeken waar men op kan beknibbelen, als er bijvoorbeeld standaard 5 keer labwerk is wordt gekeken of dat terugkan naar bijvoorbeeld 4 keer. Dat geeft dan ruimte in de onderhandelingen. Scheelt soms maar een tientje, maar dat is toch waar verzekeraars over vallen en mee over de streep getrokken kunnen worden. (Interview ziekenhuis A)

Verschillende ziekenhuisbestuurders stellen dat verzekeraars de onderhandelingen alleen financieel-technisch willen voeren en niet over kwaliteit kunnen of willen praten.

Zorginkopers hebben volgens de ziekenhuisbestuurders weinig verstand van kwaliteit van

zorg, staan onder druk om onderhandelingen snel af te ronden en willen uiteindelijk dan ook min of meer uitkomen op een bepaald percentage kostenstijging “onder de streep”. Als aanbieders een hogere prijs willen voor bepaalde DBC’s, omdat ze menen daar betere kwaliteit te leveren dan anderen, kan dat wel, volgens een bestuurder, maar “dan moet de prijs van andere DBC’s omlaag”. Verzekeraars zeggen echter wel degelijk over kwaliteit te willen praten, maar geven aan dat indicatoren nog niet ver genoeg ontwikkeld zijn en zoeken kwaliteit vooral in het efficiënter inrichten van logistieke processen – en dus kwaliteit via kostenbesparingen.

De bepaling van de kwaliteit in ziekenhuizen zou voor een groot deel van de patiënten moeten komen, en zij zouden verzekeraars daar weer op moeten afrekenen. Patiënten hebben echter maar weinig invloed op verzekeraars. Verschillende ziekenhuisbestuurders zijn er bovendien van overtuigd dat verzekeraars uiteindelijk met alle ziekenhuizen een contract af willen sluiten, aangezien zij het niet aan hun verzekerden kunnen verkopen dat zij naar een ander ziekenhuis moeten. In deze context maakt kwaliteit dus niet zo veel uit, en is het in ieder geval niet iets waarop geconcentreerd wordt. Daar staat dan tegenover dat verzekeraars ziekenhuizen wél onder druk zetten indien ze de prijs te hoog vinden. Deze zorginkoper legt uit hoe dat in zijn werk gaat.

Dat zeggen we ook tegen ziekenhuizen die zeggen; wij vinden dat we nog gewoon 9700 euro voor onze heup kunnen vragen, want dat moeten jullie toch maar gewoon contracteren met ons, want die patiënten die komen wel. Nou, daarvan zeggen we; als die heup niet naar een meer marktconforme prijs gaat, dan contracteren we niet meer het volledige. Dan contracteren we maar 75% van het volume. En de rest van de rekeningen betalen we niet meer. (Interview zorginkoper)

Het gevolg hiervan is dat een ziekenhuis minder behandelingen in een jaar uit kan voeren, waardoor wachtlijsten ontstaan en het ziekenhuis imagoschade oploopt. Volgens deze zorginkoper leidt de discussie er dan ook meestal toe dat het ziekenhuis de prijs aanpast. Desalniettemin komen onderhandelingen over de prijs volgens deze zorginkoper nog altijd te weinig van de grond. Hij wijst erop dat het voortbestaan van de budgettering in het A-segment verstreckende gevolgen heeft voor de prijsstelling, ook in het B-segment. Er is nog weinig sprake van werkelijk vrije prijsvorming gebaseerd op de kostprijzen van ziekenhuizen. In plaats daarvan is het uitgangspunt van de onderhandelingen voor DBC’s die nieuw zijn in het B-segment de tot voor kort geldende prijs van het A-segment. Daarnaast blijven de door de NZa vastgestelde schoningsprijzen dominant. Deze schoningsprijzen worden vastgesteld om de financiële gevolgen van het splitsen van de zorg in een A- en een B-segment voor de ziekenhuizen wat te dempen. Voor het A-segment krijgt het ziekenhuis namelijk een functioneel budget, maar als een deel van de behandelingen in het A-segment overgaat naar het B-segment verdwijnt een deel van het budget met deze DBC’s, wat terugverdiend moet worden in de contractprijzen van het B-segment. Daarnaast wordt er ook een restcorrectie op

het budget uitgevoerd – een vermindering van het budget om de verschillen tussen FB-waarden en declaratiewaarden van DBC's in het A-segment te dekken. Het A-segment, waarmee de gehele begroting van het ziekenhuis inclusief ondersteuners, overhead en afschrijvingen gedekt moet worden, wordt dus kleiner. Zoals deze zorginkoper uitlegt.

Maar die landelijke schoningsprijs, dat is dus een prijs die ook een beetje de werkelijke kosten zou moeten dekken, dat is ook maar een keer tot stand gekomen. En het is maar helemaal de vraag of dat wel de werkelijke kosten dekt van een ziekenhuis. Als dat ziekenhuis nu andere kosten met ons gaat afspreken, veel lagere kosten dan die schoningsprijs is, dan krijgt hij wel in zijn FB-budget in zijn A-segment de correctie van die schoningsprijs en hij moet ook nog eens tegelijkertijd een lagere B-prijs afspreken met ons. En dat leidt eigenlijk tot een financieel probleem voor dat ziekenhuis. (Interview zorginkoper)

Dit betekent dat ingrepen van de overheid in plaats van vrije concurrentie de prijsvorming domineren.

4.3 Het ziekenhuis als bedrijf?

In het voorgaande hoofdstuk hebben we gezien dat er op verschillende plekken werk verzet moet worden om DBC's als *market device* te laten functioneren en de klinische en financiële logica[beleidsterreinen?] in de zorg met elkaar te laten sporen. Wat tot nu toe echter onderbelicht is gebleven is de wijze waarop DBC's de praktijk van zorg op een onvoorziene manier veranderen. Wat betekent het voor het alledaagse werk als het ziekenhuis een bedrijf wordt en van artsen ondernemerschap wordt gevraagd? Bevordert dat bijvoorbeeld innovatie in de zorg? En hoe verhoudt de DBC-systematiek zich tot de organisatiestructuur en de cultuur van ziekenhuizen?

Een rem op innovatie?

Marktwerking wordt vaak geassocieerd met innovatie. En hoewel de ontwikkeling van nieuwe zorgvormen in veel gevallen al dateert van voor de introductie van DBC's, heeft de ontwikkeling van dit instrument wel een stimulans gegeven aan procesinnovaties. Een belangrijk voorbeeld van dergelijke veranderingen vormt de standaardisering en stroomlijning van minder gecompliceerde ingrepen in zogenaamde 'straten'. Het gaat hierbij om ingrepen als staaroperaties, heupoperaties en liesbreuken. Twee managers van een polikliniek leggen uit welke voordelen het opzetten van straten voor het ziekenhuis heeft.

Manager 2: "Maar door zo'n cataractstraat denk ik wel dat we als ziekenhuis proberen onze adherentie te vergroten door een aanzuigende werking te creëren door de patiënten snel door zo'n... en dan vergroot je het patiëntenaantal. En dat doen we wel als ziekenhuis."

EA: "En dan gaat het dus om, die cataractoperaties zijn gestroomlijnd of zo? Dus die mensen komen binnen en dan... bijna letterlijk, of misschien wel helemaal letterlijk, dat weet ik niet, door een straat?"

Manager 2: “Nou ja, het begint er bijna op te lijken, ja. Het is zo gestandaardiseerd dat het bijna productiewerk gaat lijken.”

Manager 1: “De doorlooptijden zijn dan korter, je kunt grotere aantallen aan, het is efficiënter en de toegangstijden worden korter. Dat is eigenlijk wat er achter zit. En daarmee je concurrentiepositie weer beter.” (Interview polikliniekmanagers, ziekenhuis C)

Het organiseren van relatief gestandaardiseerde behandelingen in zogenaamde straten heeft dus efficiencyvoordelen voor het ziekenhuis, waardoor er meer winst op de behandeling gemaakt kan worden en er meer patiënten geholpen kunnen worden. De voorspelbaarheid van het werk in de straten maakt de zorg ook voor patiënten redelijk voorspelbaar en inzichtelijk en door betere planning van zorg kan de kwaliteit ervan toenemen.

Naast de ontwikkeling van straten heeft de DBC ook het ontwikkelen van nieuwe zorgvormen en samenwerkingsverbanden mogelijk gemaakt. Een voorbeeld daarvan zijn de al eerder aangehaalde joint care programma's die de ligduur moeten verkorten en het herstel van patiënten moeten bespoedigen – die al langer bestonden, maar via de DBC's een sterke impuls gekregen hebben. Maar wellicht heeft de DBC ook innovatieve zorgvormen mogelijk gemaakt die niet helemaal als zodanig bedoeld waren, zoals een manager van een polikliniek aangeeft. Hij verwijst naar de opening van een gespecialiseerde polikliniek voor flebologie (leer van de spataderen).

Uitgangspunt is eigenlijk geweest, ideologisch, er zijn twee specialismen in huis, chirurgie en dermatologie die zich met spataderklachten bezighouden. (...) Die hebben op een gegeven moment de handen ineengeslagen en gezegd: laten we één loket voor flebologiepatiënten creëren, in gezamenlijkheid zo'n poli gaan doen, waarbij ieder zijn deskundigheid inbrengt en waardoor voor hen beiden een financieel aantrekkelijke situatie ontstond. Omdat men ieder op zijn beurt, maar nu zeg ik het misschien wat kort door de bocht, een DBC mocht openen, gekoppeld aan de behandeling van die patiënt. Terwijl vroeger ieder specialisme maar net zat te werken in die categorie patiënten die hij kreeg toegewezen door de huisarts. En nu door gezamenlijkheid in optreden, dat heeft voor de patiënt voordelen, maar er zit ook duidelijk voor beide partijen een financieel voordeel aan. (Interview polikliniekmanagers, ziekenhuis C)

DBC's zijn echter zeker niet alleen voordelig voor innovatie, aangezien het erg lang duurt om een nieuwe DBC te ontwikkelen, en dit bovendien alleen mogelijk is als het volume van een bepaalde ingreep voldoende is. Zo niet, dan moet de nieuwe behandeling gedekt worden door bestaande DBC's, wat het ontwikkelen van nieuwe zorgvormen af zou kunnen remmen. Een voorbeeld daarvan is een eerdergenoemde nieuwe behandelingsmethode voor darmfalen die ontwikkeld werd in een academisch ziekenhuis. Omdat dit een behandeling betrof van een complicatie op een bestaande aandoening en het ging om een kleine groep patiënten, werd afgeraden te proberen een nieuwe DBC te ontwikkelen. De kosten van de patiëntenzorg waren echter zodanig dat ze niet door een bestaande DBC gedekt konden worden, waardoor men met deze methode stopte.

Wie is de baas?

De DBC's hebben ook gevolgen voor de organisatiestructuur van ziekenhuizen. In de eerste plaats begint er langzaam maar zeker een verschuiving te ontstaan richting ondernemerschap onder medisch specialisten. De meningen zijn echter verdeeld over de vraag hoe ver dit gaat en in hoeverre medisch specialisten wel serieus een financieel risico willen dragen. Een bestuurder van een ziekenhuis denkt dat specialisten door de vele veranderingen in de systematiek vooralsnog terughoudend zijn in het ontplooiën van nieuwe initiatieven. Een andere geïnterviewd lid van de raad van bestuur van een ziekenhuis wijst erop dat er een beweging is waarin tweedelijnspecialisten in niet-levensreddende specialismen als dermatologie, kno en oogheelkunde in toenemende mate hun eigen klinieken openen en daarmee het ziekenhuis reduceren tot zijn basistaken. Het concept van een 'algemeen ziekenhuis' staat dan onder druk en het is ook de vraag wat deze beweging impliceert voor de organisatie van het klinisch medisch onderwijs: wordt dat onderwijs alleen in publieke of ook in private instellingen verzorgd? Markwerking impliceert dat de lusten en lasten van een algemeen ziekenhuis opnieuw moeten worden gewogen.

De veranderende organisatiestructuur krijgt ook vorm in de toenemende (mede)verantwoordelijkheid van specialisten voor de interne bedrijfsvoering. Specialisten worden gedwongen kostenbewustzijn te ontwikkelen: ze moeten kiezen tussen goedkope en duurdere stents, tussen meer en minder diagnostiek. Ziekenhuizen moeten zich zelf bedruipen, zorgen dat ze niet in de rode cijfers komen en zelfs reserves aanleggen voor verbouwingen, aanschaf van nieuwe apparatuur etc., waardoor er minder geld beschikbaar is voor honorering van wensen van specialisten. Om de kosten beter te beheersen hebben ziekenhuizen betere sturing nodig, en in verschillende ziekenhuizen is sprake van een reorganisatieproces dat 'kanteling' van de organisatie wordt genoemd. Hierbij gaat het om een herziening van, vooral, de logistieke structuur, van een verdeling in diensten – polikliniek, kliniek, facilitaire dienst, etc. – naar een meer functionele organisatie, die wordt aangestuurd door een manager of door een duo van manager/specialist. De positie van de medisch specialist in het ziekenhuis – vroeger onaantastbaar – komt daardoor steeds meer onder druk te staan. De specialisten zijn niet meer de baas in het ziekenhuis, maar worden wel gedwongen om naast inhoudelijke medische zaken ook naar de financiën te kijken, en niet alleen naar hun eigen verdiensten, maar ook naar de financiële positie van het ziekenhuis als geheel.

Tot slot is er, mede door de DBC's, ook het nodige veranderd aan de cultuur van het ziekenhuis. Aan de ene kant leiden de toegenomen kwaliteitseisen en mondigheid van de patiënten tot een grote aandacht voor de zachte kant van de zorg. Waar patiënten vroeger artsen op hun woord geloofden, moet nu veel aan patiënten uitgelegd worden. Er is meer 'praatwerk', meer aandacht voor de psychologische kant van problemen (bijv. op de

zogenaamde mamapoli) en een groter besef van het belang van bejegening. Dat werk wordt in toenemende mate aan *nurse practitioners* of *physician assistants* overgelaten. Aan de andere kant is de taal van het bedrijfsleven in het ziekenhuis binnengedrongen en is het gewoon geworden om over zorg voor zieke mensen te spreken in termen van productie. De cultuur van de zorg is in die zin juist harder en zakelijker geworden. Het hoofd van een verpleegkundige afdeling constateert dat er een overgang plaatsvindt van een zorgende naar een zakelijke houding.

Dus je merkt ook, door dat strakke allemaal en ook door wat er nog maar gegeven mag worden, wat er gedaan mag worden is het soms wel heel moeilijk om nog patiëntgericht te verplegen. Omdat alles zo strak is en je mag daar eigenlijk niks van afwijken, of het is eigenlijk al weer een grote kost. Of het past niet meer volgens de afspraken. (...) Dat komt natuurlijk doordat het allemaal veel beter in kaart is gebracht, van hoeveel tijd, welke middelen. Het draait meer om productie dan om... heel het ziekenhuisgebeuren, het sociale, het meevoelende, echt het zorgende is er eigenlijk helemaal af aan het gaan en het wordt heel zakelijk, en de bedoeling is... een bed mag niet koud worden, een bed moet warm blijven. (Interview hoofd verpleegafdeling, ziekenhuis C)

Kortom, mede onder invloed van de DBC-systematiek is de ruimte voor de zachte kant van de zorg beperkt. Er is alleen tijd om te praten als het in de DBC is verdisconteerd.

4.4 Meer markt, meer overheid?

Toen de eerste ideeën werden gelanceerd over gereguleerde marktwerking in de zorg, had men waarschijnlijk niet voorzien hoeveel invloed de overheid zou hebben in dat proces. De overheid heeft niet alleen de nieuwe zorgmarkt in het leven geroepen, maar heeft ook sinds de invoering van DBC's als *market device* in 2005 een sterke regierol. De zorgmarkt is zeker geen vrije markt. Omdat marktwerking bedoeld was om de kosten van de zorg op macroniveau te reduceren, grijpt de overheid met enige regelmaat in de zorgmarkt in als dreigt dat de kosten te hoog worden. Dit zorgt voor veel discussie onder de andere marktpartijen.

Verschillende geïnterviewden vertellen moeite te hebben met de wijze waarop de overheid aan de ene kant marktwerking propageert, maar aan de andere kant terugschrikt voor bepaalde consequenties. Een voorbeeld daarvan is het toegenomen inkomen van medisch specialisten. Door het afrekenen in DBC's zijn de inkomens van met name ondersteunend specialisten sinds de invoering van de DBC's sterk gestegen. Volgens een chirurg heeft dit geleid tot een generieke korting op de specialisteninkomens en een reductie van de tijd die voor verschillende DBC's beschikbaar is. Volgens hem hebben het ministerie van VWS en de NZa dit echter lukraak gedaan, zonder zich af te vragen wat het voor gevolgen heeft voor de behandeling van patiënten.

Ik zal maar zeggen een liesbreuk. Dan kom je hier binnen, je zit hier aan mijn bureau, ik moet met je praten, ik moet kwaliteit leveren, ik moet helemaal uitleggen wat ik ga doen, wat de complicaties zijn en weet ik veel. Dan moet ik je opereren. Dan moet ik je na de operatie nog een keer terugzien en vragen hoe het gegaan is, et cetera, et cetera. Daar staat een bepaalde tijd voor. Daar stond, ik zal maar zeggen, zeventig minuten voor. Totaal, gemiddeld. Ja, daar haalt hij [de minister] ineens 10% vanaf. Waar moet ik die 10% vanaf halen? Moet ik mijn werk afraffelen op de operatiekamer, moet ik die patiënt niet meer vertellen wat ik ga doen? Moet ik geen aandacht meer aan de patiënt besteden? (Interview chirurg, Ziekenhuis C)

Op vergelijkbare wijze beklagt een ziekenhuisbestuurder zich over de wijze waarop, naar zijn idee, marktwerking in de zorg gefrustreerd wordt door politieke belangen. Naar zijn idee hebben die ertoe geleid dat er voortdurend nieuwe maximumtarieven en budgetdeksels geïntroduceerd worden. Een voorbeeld daarvan is dat de invoering van prestatiebekostiging (de afschaffing van het functioneel budget voor het A-segment, waardoor betaling ook daar alleen nog op basis van gedeclareerde DBC's zou moeten gebeuren) vergezeld gaat met een zogenaamd Z-waardenmodel om de financiële risico's voor ziekenhuizen en de stijging van macrokosten te beperken. Daarnaast geeft hij ook het voorbeeld van de oogkliniek in zijn ziekenhuis, waar nieuwe winstgevende initiatieven zijn ontwikkeld.

We hebben nu een oogkliniek gemaakt; hier en daar willen we tien procent meegroeien. Dat wilden we ook in een aparte ZBC-achtige eenheid. Maar ja, er is nog altijd een winstklem. Dus dat mag niet. Vervolgens hebben we gezegd, wat gaan we dan doen? Ja, als dat Z-waardenmodel er was gekomen, dan was alles wat we meer waren gaan doen afgeroomd. Ja, waarom doen we het dan eigenlijk? (Interview bestuurder ziekenhuis D)

Volgens deze bestuurder en verschillende andere mensen in ziekenhuizen wordt het systeem door de overheid bovendien alleen maar (onnodig) complexer gemaakt door het invoeren van allerlei corrigerende maatregelen. Dat heeft ertoe geleid dat men het systeem niet meer kan overzien en dus niet goed weet hoe dingen precies geregistreerd moeten worden en wat daar de (financiële) gevolgen van zijn. Bovendien trekken meerdere geïnterviewden de kunde van overheidsinstanties die zich met de zorg bezighouden in twijfel, zoals deze ziekenhuisbestuurder doet.

Het is onthutsend om te zien dat mensen bij de Nza en bij het ministerie echt niet weten wat er in het ziekenhuis dag tot dag gebeurt. Zij zijn bezig met economische modellen en als econometrist (...), dan zou je staan te smullen, van: "Goh, wat goed bedacht en wat een mooi systeem" ... Maar ja, in werkelijkheid... Als geen hond het meer snapt in het ziekenhuis... (Interview bestuurder, ziekenhuis D).

Een van de manieren waarop de overheid verder ingrijpt op de zorgmarkt is door de vervanging van de DBC-structuur door de zogenaamde DOT-structuur. DOT staat voor DBC op weg naar Transparantie en impliceert een verfijning van de DBC als *market device*. Het behelst onder andere een simpelere, specialismen overstijgende registratie, en een reductie van het aantal DBC's van dertig à veertigduizend naar ongeveer drieduizend 'zorgproducten'.

In het kort komt DOT erop neer dat behandelend artsen al hun verrichtingen rechtstreeks invoeren in een systeem en dus niet meer in het ziekenhuis aan elkaar verbonden worden tot DBC's. In plaats daarvan gaan de gegevens naar een "server in het midden van het land" waar een zogenaamde *groupier* de verrichtingen aan elkaar verbindt en opneemt in zogenaamde 'mandjes' of zorgproducten. Het registratie- en declaratie-instrument wordt hierdoor zowel algemener als specifiek. Aan de ene kant wordt de diagnose minder belangrijk en kunnen heel verschillende trajecten met een vergelijkbare prijs in een en hetzelfde mandje terechtkomen. Aan de andere kant is het in de DOT-structuur mogelijk om, bijvoorbeeld, operatieve ingrepen naar zwaarte te onderscheiden, iets wat in de huidige DBC-systematiek niet kan. De zorgproducten worden uiteindelijk teruggestuurd naar de ziekenhuizen, die ze declareren bij de verzekeraars.

Doordat met de komst van DOT de interne controle in de ziekenhuizen vervalt, wordt het nog belangrijker dat ziekenhuizen een goede basisadministratie voeren en daar ook alles in vastleggen. Ook moeten de gegevens sneller aangeleverd gaan worden. Medewerkers van een DBC-helpdesk voorzien dan ook al de nodige problemen, met name rond de invoering van DOT.

Medewerker 1: "Nu is [de controle] achteraf, maar dan wil je het vooraf gaan doen. Zit het er allemaal wel in, hebben we een goed product? Gaan we niet failliet met z'n allen, want dat is de dreiging van DOT."

Medewerker 2: "Als je dingen niet goed registreert, worden ze ook niet afgerekend."

Medewerker 1: "Bijvoorbeeld iets operatiefs, als de OK niet op tijd aanlevert... En die kinderziekten, toen zeiden ze nog, als je zoveel procent validatie-uitval hebt, dan is DOT een bedreiging. Nou, ik denk dat wij op het randje zitten. En meer ziekenhuizen hoor, het is niet voor niets dat het uitgesteld is." (Interview DBC-helpdesk, ziekenhuis C)

De eerdergenoemde DBC-moeheid leidt ertoe dat veel mensen niet meer willen investeren in de verbetering van de registratie, omdat "de DBC toch gaat verdwijnen hè".

Het management van ziekenhuizen heeft vraagtekens bij de wijze waarop DOT bij moet dragen aan marktwerking, zeker waar het kwaliteit betreft. Zoals een van hen zegt is het momenteel nog volstrekt onduidelijk hoe er met verzekeraars onderhandeld kan worden over de kwaliteit van zorg als afspraken in de toekomst geen betrekking meer hebben op heel specifieke zorgtrajecten, maar op productgroepen of 'mandjes'.

Nu kun je nog onderhandelen met de zorgverzekeraar over de prijs van een heup, of een cataract, of wat dan ook. En dan weet je waar je het samen over hebt hè? Je hebt een product en je onderhandelt. Dadelijk onderhandel je weer over mandjes. En daar kan van alles in zitten. Dus dan is de herkenbaarheid weer veel minder. Alleen, het is administratief wel weer veel eenvoudiger. (Interview bestuurder, ziekenhuis D)

Een collega heeft wel een vermoeden waar dat toe leidt; namelijk dat de nog prille discussie over kwaliteit dankzij DOT weer wordt doodgeslagen. Vanwege het meer generieke karakter

van de verschillende producten in DOT heeft een geïnterviewde specialist ook een duidelijk oordeel. “DOT heeft niks met transparantie te maken”, zo zegt hij.

Kortom, hoewel de vereenvoudiging van de DBC-structuur door DOT aantrekkelijk lijkt, zien vele betrokkenen DOT als een hernieuwde poging van de overheid om de zorgmarkt naar haar hand te zetten en betwijfelen zij of doelstellingen als transparantie en concurrentie niet juist moeilijker te realiseren zijn in DOT.

Slot

Zoals eerder in dit hoofdstuk werd aangegeven is het op dit moment, vijf jaar na de introductie van de DBC's, nog moeilijk vast te stellen welke effecten dit heeft. Voor een deel komt dat doordat het systeem nog altijd in ontwikkeling is. Desondanks is het wel mogelijk al enkele conclusies te trekken over de vraag of zich inderdaad een ontwikkeling naar een efficiëntere, betere zorg heeft ingezet. Die conclusies zijn echter niet eenduidig.

In de relatie tussen verzekeraars en ziekenhuizen speelt marktwerking nog slechts een zeer beperkte rol. Voor verzekeraars is het moeilijk om concurrentie tussen ziekenhuizen te stimuleren door daadwerkelijk selectief te contracteren. Vooral de transparantie van de handelingen die in een ziekenhuis worden verricht en de kosten daarvan blijken vooralsnog niet gerealiseerd te worden. Zo is er de vaak een moeizame koppeling tussen daadwerkelijk geleverde zorg en administratieve codes, en de vaak nog gebrekkige registratie van geleverde zorg in de ziekenhuizen. Ook ontbreken goede kwaliteitsindicatoren die verzekeraars in kunnen zetten bij de onderhandelingen met een ziekenhuis en wordt concurrentie verstoord door de dominante rol van de zogenaamde schoningsprijzen in het sluitend krijgen van ziekenhuisbegrotingen. Bovendien gedragen patiënten zich niet als ‘consumenten’ in de klassieke economische zin van het woord: zij zijn geen rationalistische *actor*. Patiënten geven bijvoorbeeld de voorkeur aan een lokaal ziekenhuis, omdat het dichtbij is, omdat ze mensen kennen die er werken, omdat ze er eerder goed geholpen zijn.

Binnen de context van een ziekenhuis laat marktwerking wel sporen na. Het interne kostenbewustzijn en ‘marktgericht denken’ binnen ziekenhuizen is groter geworden. Aan de ene kant is er een beweging van wat een ziekenhuisbestuurder omschrijft als “het vol leggen van het beddenhuis” naar efficiënter en sneller behandelen. Hoewel sommige betrokkenen zich afvragen of dit niet ten koste gaat van ‘zachte’ kanten van zorg en aandacht voor de patiënt, kan het zeker voor patiënten ook voordelig zijn om sneller weer naar huis te kunnen. Meer efficiency drukt ook de kosten van individuele medische behandelingen (waarbij het overigens nog de vraag is of dit ook tot een kostenreductie op macroniveau leidt). Aan de andere kant stimuleert marktwerking innovaties in de organisatie van de zorg, waartoe behalve de ontwikkeling van gestandaardiseerde behandeltrajecten zoals cataractstraten en flebologiepoli's ook de ‘kanteling’ van ziekenhuisorganisaties gerekend kan worden. Het is

echter zeer de vraag of ook zorginhoudelijke innovaties, zoals nieuwe behandelvormen, nog van de grond komen tegen de achtergrond van de strenge criteria en ingewikkelde procedures voor het ontwikkelen van nieuwe DBC's.

Met de introductie van marktwerking worden er ook remmen op marktwerking geïntroduceerd. Ziekenhuizen die het idee van marktwerking vol enthousiasme hebben omarmd en liefst zo snel mogelijk een aanzienlijk deel van de zorg aan vrije concurrentie zouden willen overlaten (zie ook hoofdstuk 2), lopen daarmee te ver op de zaken vooruit. Zoals blijkt uit het voorbeeld van de oogkliniek waarvan de winst wordt afgeroomd, is marktwerking voor de overheid primair een *middel* om de macrokosten van de zorg in de hand te houden. Waar de markt niet blijkt te leiden tot het in de hand houden van de macrokosten (wat bijvoorbeeld ook het geval is bij de sterk gestegen specialisteninkomsten) grijpt de overheid in om al te sterke stijgingen van het totale zorgbudget alsnog te beperken. Dit is een van de redenen dat veel ziekenhuisbestuurders aangeven niet gelukkig te zijn met de rol van de overheid. Zij geven aan wel bereid te zijn efficiënter te werken en de concurrentie met elkaar aan te gaan, zolang zij daar ook de vruchten van kunnen plukken. Een andere reden voor kritische geluiden over de rol van de overheid in de zorgpraktijk is de toenemende complexiteit en voortdurende herziening van het DBC-systeem. Met betrekking tot de toenemende complexiteit wijzen verschillende betrokkenen op de uitvoerige en in de praktijk vaak moeilijk toe te passen regels over de vraag wanneer een DBC geopend, gesloten en gedeclareerd mag worden en de al eerder besproken moeizame aansluiting tussen de klinische praktijk en de administratie daarvan. Bovendien blijkt de door de overheid bewust ingezette, in hoofdstuk 2 besproken, weg van experimenteren, stapsgewijs introduceren en regelmatig herzien van het stelsel in de praktijk op de nodige weerstand en onbegrip te stuiten. Veel van deze weerstand en onbegrip richt zich momenteel op de uitvoerige herziening van DBC richting DOT, waarvan diverse betrokken vrezden dat ze de eerste positieve effecten van marktwerking weer teniet zullen doen en juist zullen leiden tot een afname van transparantie in de zorg.

Al met al wijzen de eerste effecten van DBC's er dus op dat er een spanning is ontstaan tussen de doelstellingen van de overheid en de wijze waarop zij aan het veld van de gezondheidszorg 'verkocht' zijn. Waar de overheid hoopte marktwerking en DBC's in te zetten om tot beheersing van de kosten van de gezondheidszorg te komen, heeft men in de praktijk van de zorg marktwerking aangegrepen om nieuwe initiatieven te ontplooien die niet noodzakelijkerwijs leiden tot het drukken van de kosten. Vanuit de praktijk heeft men dan ook vaak weinig begrip voor de wijze waarop de overheid het systeem voortdurend probeert te beheersen en bij te sturen – wat vooral ervaren wordt als een toename van de (administratieve) lasten van het nieuwe systeem.

5 CONCLUSIE

5.1 Introductie

In deze rapportage hebben we laten zien hoe gepoogd is marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg tot stand te brengen met behulp van een specifiek *market device*; de Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Doel van de DBC was om diverse behandeltrajecten in administratieve zin te standaardiseren en vergelijkbaar te maken. Dit zou moeten bijdragen aan onderhandelingen over prijs en kwaliteit tussen ziekenhuizen en verzekeraars, concurrentie tussen verschillende zorgaanbieders en zou uiteindelijk het publieke belang van een kwalitatief goede en betaalbare gezondheidszorg moeten dienen. Uit de hier gepresenteerde schets bleek echter dat voor het realiseren van deze doelstellingen het nodige werk verzet moet worden, door de overheid in de vorm van wetgeving en experimenten en door de andere marktpartijen in het invoeren en gebruiken van de DBC. Tevens bleek dat de ontwikkelingen in de eerste jaren dat de DBC in de zorg gebruikt wordt niet noodzakelijk richting de gewenste uitkomsten gaan.

In dit afsluitende hoofdstuk bespreken we hoe het werk dat verzet wordt in de introductie van de DBC zich verhoudt tot het publieke doel van een goede, betaalbare gezondheidszorg. Daartoe hernemen we twee hoofdlijnen uit de voorgaande hoofdstukken. De eerste lijn is de verhouding tussen klinische en financiële logica's in de DBC. Zoals we eerder hebben gezien vindt in de praktijk een wederzijdse aanpassing tussen beide plaats. Hier zullen we verder beargumenteren dat een dergelijke wederzijdse aanpassing kosten van de zorg calculeerbaar en controleerbaar moet maken. Dat dit niet noodzakelijkerwijs dient om een daadwerkelijk vrije markt tot stand te brengen vormt de tweede hoofdlijn die hier aan bod komt. Uit de praktijk van de DBC's blijkt dat marktwerking de facto wordt ingezet door de overheid als middel om te komen tot kostenbeheersing op macroniveau en om de verantwoordelijkheid daarvoor bij de verschillende 'marktpartijen' te leggen. We sluiten af met een korte discussie over wat dit betekent voor de zorg als publiek goed en de rol van verschillende actoren in de zorg.

5.2 Klinische en financiële logica op de zorgmarkt

Hoewel de inrichting van het DBC-systeem is gebaseerd op de veronderstelling dat het mogelijk is voor verschillende diagnoses een gemiddeld behandeltraject te definiëren en daar een prijskaartje aan te hangen, bleek uit onze interviews dat de aansluiting tussen DBC's en de klinische praktijk de nodige inspanning vraagt. Aan de ene kant dwingt de DBC als administratieve standaard ziekenhuizen en specialisten om kritisch te kijken naar de manier waarop zij zorg leveren. Zo zijn er landelijke zorgprofielen die voorschrijven wat minimaal gedaan moet worden om een bepaalde DBC te kunnen registreren en zijn er verschillende

indicaties dat zorgprocessen aangepast worden om ze goedkoper of efficiënter te maken. Aan de andere kant blijkt de praktijk van de zorg lang niet altijd te vangen in op de tekentafel tot stand gekomen registratiecodes. Dit leidt ertoe dat soms registratiecodes gezocht worden die bij benadering het beste bij een bepaald zorgtraject passen, of dat afwijking van de standaard om medische redenen expliciet onderwerp van onderhandelingen tussen specialisten en ziekenhuis of tussen ziekenhuis en verzekeraar worden.

De vraag die hierbij naar voren komt is wat voor soort markt tot stand wordt gebracht. Zoals een citaat van de NZa in hoofdstuk 2 aangaf is het niet gebruikelijk dat partijen op een markt volledig inzicht hebben in, bijvoorbeeld, de prijsopbouw van een product. Evenmin is het echter gebruikelijk dat de producten van verschillende aanbieders gestandaardiseerd zijn in de mate die de DBC-structuur voor lijkt te schrijven. Bovendien was transparantie nu juist een van de doelstellingen van de DBC's, vanuit de gedachte dat meer inzichten in de opbouw van kosten in de zorg uiteindelijk zou bijdragen aan het in de hand houden van die kosten. Het lijkt er dan ook op dat de administratieve standaardisering van medische behandeltrajecten die zijn beslag krijgt in de DBC's vooral gericht is op het calculeerbaar en controleerbaar maken van zorgkosten. Wanneer behandeltrajecten in verschillende ziekenhuizen op dezelfde manier geregistreerd worden, is het relatief eenvoudig ziekenhuizen op basis van kosten met elkaar te vergelijken en dure ziekenhuizen daarop af te rekenen. Een dergelijke gestandaardiseerde registratie legt echter beperkingen op aan een alternatief begrip van de markt waarin ondernemerschap centraal staat. Zoals we eerder immers hebben gezien zijn nichevorming en innovatie slechts in beperkte mate mogelijk. Ziekenhuizen kunnen zich weliswaar profileren met procesinnovaties zoals cataractstraten, maar slechts binnen zeer strikt gestelde grenzen. Van groei op de markt als geheel is geen sprake; sterker nog, dergelijke groei wordt vanuit het oogpunt van het publieke belang zelfs als onwenselijk beschouwd.

Het heeft er dus alle schijn van dat het instrument DBC weliswaar in retoriek een 'market device' is, bedoeld om een markt in de gezondheidszorg tot stand te brengen, maar in de praktijk veel meer een traditioneel 'state device' is. Dat wil zeggen, de DBC – en het gebruik ervan in combinatie met budgetdeksels, schoningsprijzen, etc. – verschilt in wezen niet zo heel erg van eerdere vormen van financiering van de zorg waarin de overheid een stevige vinger in de pap had. Hoe de marktretoriek en de blijvend centrale rol van de overheid zich precies tot elkaar verhouden is onderwerp van de volgende paragraaf.

5.3 Marktwerking en overheidsregie

Een van de inzichten die uit deze studie en vergelijkbare onderzoeken naar voren komt is dat zowel 'markt' als 'staat' complexe, veelvormige sociale domeinen zijn. Of er dus daadwerkelijk sprake is van een markt in de gezondheidszorg is een vraag die niet zonder meer met ja of nee

valt te beantwoorden. Desalniettemin lijkt er in het geval van de DBC's een zeer specifieke hybride van marktmechanismen en overheidsinterventies te zijn opgezet. Hoewel hierover het nodige geklaagd wordt vanuit marktpartijen zoals ziekenhuizen en verzekeraars, is het vanuit de doelstellingen van de overheid gezien logisch dat er voor een mengeling van markt en overheid is gekozen. Aangezien een goede, betaalbare gezondheidszorg het belangrijkste doel is van de introductie van marktwerking in de zorg grijpt de overheid in wanneer de markt niet in staat blijkt de kosten te beheersen. Daarnaast grijpt de overheid ook in wanneer men van mening is dat de kwaliteit van de gezondheidszorg in het geding is. Het duidelijkste voorbeeld daarvan is de verdeling van DBC's in een A-segment en een B-segment, een onderscheid dat onder andere dient om de beschikbaarheid van zeldzamere en spoedeisende vormen van zorg te verzekeren. Daarnaast kan ook het gebruik van schoningsprijzen in het B-segment, bedoeld om budgetdalingen in het A-segment mee te compenseren, worden opgevat als een maatregel om een zekere minimale kwaliteit en beschikbaarheid van zorg veilig te stellen.

Naast interventies in het onder controle houden van kosten en kwaliteit van de zorg speelt de overheid ook een blijvend grote rol in het onderhouden en verder ontwikkelen van het DBC-systeem. Zoals eerder aangegeven, werd aanvankelijk begonnen met diverse experimenten met het DBC-systeem, maar ook na de daadwerkelijke introductie heeft de overheid meermaals ingegrepen. Zo vindt bijvoorbeeld een gestage (door politieke keuzes soms versnelde of vertraagde) overheveling van DBC's van het A-segment naar het B-segment plaats. Ook streeft de overheid naar verdere verfijning en versimpeling van het systeem, wat bijvoorbeeld tot uiting moet komen in de nieuwe DOT-structuur.

Deze actieve rol van de overheid op de zorgmarkt wil echter niet zeggen dat er van een markt geen sprake is. Een belangrijke verandering is dat er in ieder geval over de zorg gesproken wordt alsof het een markt is, waarin termen als concurrentie, marktconforme prijzen en dergelijke welig tieren. Daarnaast zijn vanuit het idee dat er geconcurrereerd moet worden om klanten (verzekeraars) wel degelijk verschillende mechanismen die ziekenhuizen dwingen efficiënter of goedkoper te werken van de grond gekomen. Deze hebben ook bijgedragen aan innovaties in de wijze waarop zorg geleverd wordt. Bovendien leeft bij vele betrokkenen de verwachting dat de zorg steeds meer kenmerken van een markt zal gaan vertonen – al is die verwachting vaak wel verbonden aan de voorwaarde dat de overheid zich verder terugtrekt. De specifieke combinatie van overheidssturing en marktmechanismen die in de Nederlandse gezondheidszorg is ontwikkeld lijkt dan ook met name neer te komen op een herverdeling van verantwoordelijkheden tussen verschillende actoren, binnen een door de overheid gesteld kader. Dat kader behelst de minimale kwaliteit en beschikbaarheid van zorg, het maximaal beschikbare budget voor de zorg en de criteria en instrumenten voor het registreren en declareren van verrichtingen. Binnen dit kader is het aan de als 'marktpartijen'

aangeduide actoren om ervoor te zorgen dat er een verantwoorde verdeling van middelen plaatsvindt en dat er goede zorg geleverd wordt. Efficiënt en kosteneffectief werken is daarmee meer dan in het verleden een verantwoordelijkheid voor medisch specialisten en ziekenhuizen geworden, terwijl verzekeraars niet langer alleen moeten betalen voor de geleverde zorg, maar ook geacht worden kwaliteit van zorg te bevorderen en belonen. Wat deze herverdeling van verantwoordelijkheden betekent voor de Nederlandse gezondheidszorg en de rol van verschillende actoren wordt aangegeven in het slot van dit hoofdstuk.

Slot

De introductie van DBC's in de Nederlandse gezondheidszorg heeft er voor gezorgd dat de prestaties van verschillende ziekenhuizen op het eerste gezicht makkelijker zijn te vergelijken en controleren, maar heeft de verantwoordelijkheid voor een dergelijke vergelijking en controle verplaatst van de overheid naar zogenaamde 'marktpartijen', met de overheid in een sturende rol op de achtergrond. Wat heeft dit voor gevolgen voor de gezondheidszorg en de rol van verschillende actoren in de zorg.

Wellicht de meest opvallende verandering is de rol die *verzekeraars* geacht worden te spelen op de zorgmarkt. Waar hun rol er oorspronkelijk in bestond om ontstane schade te vergoeden, zijn ze door de overheid in een veel uitgebreidere en centralere rol in de zorg gemanoeuvreed. Door de rol van zorginkoper te krijgen zijn verzekeraars verschillende verantwoordelijkheden toebedeeld die van oudsher bij andere partijen lagen. Een daarvan is dat verzekeraars door scherp te onderhandelen worden geacht een sterk dempende invloed te hebben op de totale kosten van de zorg. Daarnaast spelen verzekeraars ook een belangrijke rol in het veiligstellen van de kwaliteit van zorg. Hoewel het minimumniveau van kwaliteit nog altijd de verantwoordelijkheid is van overheidsorganisaties (de Inspectie voor de Gezondheidszorg), zou verder onderscheid in kwaliteit moeten worden gestimuleerd doordat verzekeraars dit meenemen in onderhandelingen. Dit laatste blijkt echter een zeer moeilijke opgave te zijn, zeker omdat ziekenhuizen betere kwaliteit nu juist inzetten in onderhandelingen om hogere prijzen voor hun DBC's te kunnen vragen.

De onderhandelingen tussen verzekeraars en *ziekenhuizen* vormen dan ook een belangrijk snijpunt van klinische en financiële benaderingen. Dat duidt ook op een veranderende rol voor het ziekenhuis, die namelijk meer moet legitimeren waar het zijn geld aan uitgeven dan voorheen. Immers, de kosten van specifieke behandelingen worden tegen het licht gehouden in de onderhandelingen. Dat betekent dat ziekenhuizen zich bewust (moeten) worden van hun kostenopbouw en gedwongen worden om initiatieven te ontplooien die bijdragen aan efficiënter werken. Tegelijkertijd worden ziekenhuizen ook geconfronteerd met de beperkingen van de gestandaardiseerde registratie door middel van de DBC's. Patiënten die zorg nodig hebben die niet direct in een DBC-code passen dwingen het ziekenhuis om ofwel de

zorg aan te passen aan de code ofwel de afwijking van landelijke profielen mee te nemen in de onderhandelingen. De keuze tot het laatste is vaak ook ingegeven doordat het effect van bepaalde afwijkingen van het profiel cumulatief is – bijvoorbeeld als een arts zich heeft gespecialiseerd in een bepaalde patiëntengroep, of als geografische omstandigheden een rol spelen. Het effect hiervan is dat ziekenhuizen zich beginnen te bezinnen op hun positie – door organisatorische veranderingen door te voeren, maar ook doordat onderhandelingen waarin de verzekeraars zich richten op zo klein mogelijke prijsstijgingen er uiteindelijk toe kunnen leiden dat ziekenhuizen zich gaan specialiseren en profileren op die behandelingen waar ze in de onderhandelingen extra aandacht voor vragen.

Ook voor *medisch specialisten* geldt dat zij zich bewuster moeten zijn van de kosten van de zorg die zij leveren. Zoals ziekenhuizen de afwijkingen ten opzichte van het profiel moeten verantwoorden tegenover verzekeraars, zo moeten specialisten dat tegenover hun ziekenhuis. De explicietere verantwoordelijkheid voor het leveren van productie en het binnenhalen van voldoende inkomsten heeft dan ook geleid tot een verandering van de positie van medisch specialisten. Werd in verband met wachtlijsten nog als een belangrijk probleem gezien dat specialisten niet geprikkeld werden om zo veel mogelijk patiënten zo snel mogelijk te helpen, door middel van DBC's is er wel degelijk een stimulans tot meer 'productie'. Dit gegeven wordt niet onverdeeld positief ontvangen, aangezien het er ook toe kan leiden dat de specialist minder tijd en aandacht heeft voor individuele patiënten. Waar de positie van specialisten echter verschilt van die van de ziekenhuizen is dat het voor specialisten minder uitmaakt of zorg in het A- of B-segment wordt geleverd en dat er ook minder prikkels zijn tot innovatie, aangezien die vaak minder directe voordelen opleveren voor specialisten. Zoals een specialist ons dan ook vertelde, is er voor hem eigenlijk nauwelijks sprake van marktwerking.

Er vinden dus de nodige veranderingen plaats in de zorg (deels) ten gevolge van de invoering van DBC's. Maar wat betekent dit voor het doel van een kwalitatief goede en betaalbare gezondheidszorg dat aan de basis lag van de introductie van de DBC's? Aangezien dit belang nadrukkelijk als een publiek goed gedefinieerd wordt, hoeft het niet te verbazen dat de overheid marktmechanismen in de hand probeert te houden. Als gevolg daarvan is er een hybride staat-marktarrangement ontstaan waarin ontwikkelingen zich in een zeer specifieke richting begeven. Ondanks de behoefte om de registratie aan te passen aan wat gebeurt in de kliniek lijkt de dominante ontwikkeling toch een toename van standaardisering te zijn. In plaats van de 'vraagsturing' die centraal staat in de retoriek – waarin patiënten in theorie zorg toegesneden op het individu zouden moeten krijgen – lijkt er dan ook een nieuwe vorm van aanbodsturing te ontstaan die gebaseerd is op efficiencyoverwegingen en innovatieve processen voor het leveren van zorg. Hoewel efficiëntere zorg beantwoordt aan een bepaald perspectief op de kwaliteit van zorg, is het maar zeer de vraag of gestandaardiseerde, minder persoonlijke zorg, waarin het gaat om productie – of anders gezegd, het repareren van de

kapotte onderdelen van de patiënt – niet ten koste gaat van de wijze waarop individuele patiënten de kwaliteit van zorg ervaren. Bovendien is het ook nog maar de vraag of procesinnovaties uiteindelijk tot een blijvende demping van de macrokosten zullen bijdragen, aangezien de retoriek van marktwerking en concurrentie door verschillende bestuurders van ziekenhuizen vertaald wordt in visies op groei en winst – wat nu juist niet de bedoeling van het beleid is.

REFERENTIES

(incomplete)

- Bakker, H.E. & J. Hofdijk (2005) 'DBC's kunnen meer dan je denkt', *Zorgadministratie en Informatie* 122, 32: 9-13.
- Boo, A. de & Ph.J. Mokveld (2006) *Onderzoeksrapportage eerste analyses DBC-declaraties*.
- Callon, M. Y. Millo en F. Muniesa (eds.) (2007) *Market Devices*, Oxford: Blackwell Publishing.
- Cappelle, C. van de (2008) *De stand van zaken betreffende de onderhandelingen over het B-segment in januari 2008. Een kwalitatief onderzoek onder inkopers van zorgverzekeraars*, Amsterdam: TNS NIPO.
- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (1987) *Bereidheid tot verandering*, Den Haag: SDU.
- Commissie Modernisering Curatieve Zorg (1993) *Gedeelde zorg, betere zorg*, Rijswijk: Ministerie van WVC.
- Engbersen, G., A.C. Hemerijck en W.E. Bakker (1994) *Zorgen in het Europese huis. Verkenningen over de grenzen van nationale verzorgingsstaten*, Amsterdam: Boom.
- Engelen, E. (1995) *De mythe van de markt. Waarheid en leugen in de economie*, Amsterdam: Het Spinhuis.
- Gemici, K. (2008) Karl Polanyi and the antinomies of embeddedness, *Socio-Economic Review* 6, 1, 5-33.
- Grinten, T. van der, J. Helderma en K. Putters (2004) 'Gezondheidszorg: een stelsel van stelsels', *Beleid en Maatschappij* 31, 4: 201-210.
- Hackett, E.J., O. Amsterdamska, M. Lynch en J. Wajcman (eds.) (2007) *The handbook of science and technology studies*, 3th edition, Cambridge: MIT Press.
- Helderma, J., F. Schut, T. van der Grinten en W. van de Ven (2005) 'Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands', *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30, 1-2: 189-209.
- Hirschman, A.O. (1970) *Exit, voice and loyalty. Responses' to decline in firms, organizations and states*, Cambridge: Harvard University Press.
- Hirschman, A.O. (1992) *Rival views of market society and other essays*, Cambridge: Harvard University Press.
- Horstman, K., J. van der Made, 'Voice and exit in de verzekeringswereld. Gebrekkige gezondheid, gebrekkig verweer?', *Beleid en Maatschappij* 31, nr. 1, 42-51.
- Kwa, H.Y., P. Hooftman en A. Sliedrecht (2008) *Het DOT-effect. Onderzoek naar de impact van de invoering van DOT in Nederlandse ziekenhuizen*, Doesburg: De Praktijk.
- MacKenzie, D., F. Muniesa en L. Siu (2007) *Do economists make markets? On the performativity of economics*, Princeton: Princeton University Press.

- NPCF (2007) *De Zorgconsumentenwet. Wat er in moet staan.*
- NZa (2007) *Monitor experiment vrije prijsvorming Sint Maartenskliniek. Tussentijdse evaluatie 2006-2007.*
- NZa (2008a) *Advies uitbreiding B-segment.*
- NZa (2008b) *Monitor ziekenhuiszorg 2008. Een analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment 2008.*
- NZa (2009) *Uitvoeringstoets van budget naar prestatie. Prestatiebepaling binnen de medisch specialistische zorg.*
- Orde van Medisch Specialisten (2006) *Eindrapportage Orde-DBC-Ondersteuningsteams.*
- Orde van Medisch Specialisten (2007) *Brief aan Van Rijn: Reactie Orde op NZa-Uitvoeringstoets, 25-4-2007.*
- Polanyi, K. (1944) *The great transformation. The political and economic origins of our time.* Boston: Beacon Press.
- Schuyt, C.J.M. (1991) *Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat*, Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.
- Schut, F. (1995) 'Health Care Reform in the Netherlands: Balancing Corporatism, Etatism, and Market Mechanisms', *Journal of Health Politics, Policy & Law*, 20 (3), 615-652.
- Sint Maartenskliniek (2007) *Jaarverslag 2006.*
- Staatsblad* 2005, 24: 1.
- Trappenburg, M. (2008) *Genoeg is genoeg. Over gezondheidszorg en democratie*, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Van Hoyweghen, I. (2007) *Risks in the making. Travels in Life Insurance and Genetics*, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Veen, R.J. van der (1990) *De sociale grenzen van beleid. Een onderzoek naar de uitvoering en effecten van het stelsel van sociale zekerheid*, Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese