

Op de vaatpoli hebben we een verpleegkundige die goed met de vaak mopperige, oudere patiënten omgaat. Op de mammapoli is er iemand die patiënten opvangt na slecht nieuws voor een gesprek en extra troost. Dat maakt echt een verschil voor de kwaliteit van zorg." Als je ook tijd hebt om het over preventie en voorkomen van recidieflachten te kunnen spreken en daar ontbreekt het aan Als je maar 10 minuten of 15 minuten voor een voor een patiënt krijgt. Het systeem leidt echt af van je werk als dokter. De buitenwereld denkt: loondienst is lui. Maar bij ons is het honderd tinten grijs. Sommige vakgroepen lopen keihard, alsof ze in een maatschap zitten. In het ziekenhuis waar ik voorheen werkte hadden we multidisciplinaire poli's waar de patiënt op één dag alle specialisten zag. Dat verhoogde de kwaliteit enorm. "Ja, je móét je voorbereiden. Vroeger had je nog wel 'momentjes' tussendoor waarin je dat kon doen maar nu hebben we alleen maar complexe oncologische patiënten." De diagnose kan wel darmkanker zijn, maar dat wil niet zeggen dat de behandeling voor elke patiënt hetzelfde is. Het zou fijner zijn als er een systeem in Nederland is dat je in alle zorgsystemen kan kijken, dat zou de kwaliteit verbeteren en onnodige zorg voorkomen. Als je kwaliteit van zorg wil leveren, dan heb je andere mensen ook nodig. Ons Ziekenhuis ging bijna failliet door onderregistratie, niet door overregistratie. Ik vind absoluut niet dat het mijn werk is. Dit kan heel goed door iemand anders gedaan worden, maar dan wel iemand met verstand van zaken. Empathie moet altijd ruimte krijgen. Die autonomie hebben wij op de OK best wel goed, ook omdat we in het management van de OK zitten. Maar op de poli ervaar ik dat soms wat minder. Als ik iemand drie keer per jaar zie en het correct registreer, kost dat me productiviteitspunten. Maar als ik het niet registreer, scoor ik juist hoger op efficiëntie. Dat voelt scheef. Dat is mijn levensmotto. Autonomie is extreem belangrijk. Ik geloof heel erg dat kwaliteit ook in cultuur zit. Er moet een cultuur zijn waarin je het leren en verbeteren openhartig met elkaar doet. Als je echt op kwaliteit wil sturen, dan moet je data hebben. Zonder data wordt het heel erg: mijn gevoel is dat die dokter niet zo goed is. Ik heb hier op mijn afdeling veel autonomie en dat vind ik essentieel. Als ik dat niet had, zou ik hier niet meer werken. Soms laten we de regels los, omdat we het anders gewoon niet eerlijk vinden voor de patiënt. We wilden efficiënter werken en meer productie draaien, maar voor de patiënt is dat niet altijd beter. Ik blijf wel de dokter die ik ben. Dus daar heb je wel je autonomie in. Dat als jij denkt, zeker als je poli's voorbereid en je denkt: dit is echt te gortig, dan heb je wel de autonomie om dingen te wijzigen. Wij moeten steeds meer taken zelf doen, puur omdat er bezuinigd is op ondersteunend personeel. Dit maakt de zorg inefficiënt en zorgt ervoor dat we veel avonden en weekenden bezig zijn met administratie. Binnen het systeem en de afhandeling, de continuïteit en efficiency, ben ik volledig de regie kwijt. Dat frustriert. Dit kan ertoe leiden dat artsen financieel minder goed uitkomen wanneer ze kiezen voor efficiëntere zorg: We leveren kwalitatief zeer goede zorg, want een kind is in één keer helemaal klaar qua diagnostiek en we hebben een plan van aanpak. Maar we snijden onszelf in de vingers, want twee specialisten krijgen maar het geld voor één specialist. "De wens om met twee chirurgen te opereren zorgt voor kwaliteitsverbetering, maar vermindert het aantal spreekuren en dus productie. Er wordt naar oplossingen gezocht, zoals opereren in lunchpauzes." We doen het meer vanuit maatschappelijk oogpunt om de kosten zo laag mogelijk te houden. het DBC systeem is volgens mij op productie geënt en houdt er onvoldoende rekening mee dat de ene pijler meer tijd kost dan de andere. Ik heb nog nooit met een verzekeraar om tafel gezeten. Ik weet eigenlijk niet wat die zorgproducten precies opleveren. Ik vind het vervelend als je manier van werken gestuurd wordt door een DBC systeem die zegt: je hebt minuten bij wijze van spreken. Ik heb geen idee wat geld oplevert. Ik doe gewoon wat ik denk dat goede zorg is. "Ik probeer mijn medische principes altijd voorop te zetten. Ik doe geen verrichtingen die medisch niet nodig zijn, ondanks dat dit financieel gunstig zou zijn. Het DBC-systeem is ontwikkeld om de productie in kaart te brengen, maar het is verworden tot een systeem dat de medische praktijk beïnvloedt. Het zegt niets over de kwaliteit van zorg, alleen over wat geregistreerd is. Ik denk dat samenwerking ook een belangrijke factor is voor kwaliteit. Je leert van elkaars expertise. En dat werkt alleen als je tijd hebt. de DBC-structuur is heel bepalend want als er voor een bepaalde medische handeling geen registratiecode is, lijkt het alsof het niet bestaat want je kan het niet registreren. Dus het wordt niet gemeten en er wordt niet voor betaald.... "Ik kan gelukkig 2 zorgvragen in hetzelfde consult bespreken. Dan hoeft de patiënt niet apart terug te komen want dat zou wel vervelend zijn en vind ik geen goede zorg." Vroeger bestierde de specialist het ziekenhuis en stelde hij managers aan om hem te faciliteren. Nu is dat helemaal omgedraaid. Ik vind toegankelijkheid voor de patiënten heel belangrijk. Ik denk dat goede bedrijfsvoering ruimte zou moeten bieden voor reflectie. Die is er nu niet. Soms ben ik langer bezig met het invoeren van het consult dan met het hele consult zelf. Het gaat niet om besparen, maar om wat goed is voor de patiënt én voor de maatschappij. "In de spreekkamer wordt bijvoorbeeld (vooralsnog) gelukkig niet van bovenaf opgelegd om minder consulten te doen. Dat vind ik heel prettig." Ik vind het belangrijk dat je genoeg tijd hebt voor je patiënten. Dat je tijd tekortkomt. Ik los het op met keihard werken. Maar dat is niet houdbaar voor iedereen. Op zondag bereid ik bijvoorbeeld mijn spreekuren van die week en het MDO van maandag voor. Een goede dokter wijkt voor 10% af van protocollen, maar ik denk dat dat wel 20% of misschien wel 30% is. Als je maar goed nadenkt en goed overlegt. Hoe verder je in je carrière bent, hoe belangrijker het is dat je zelf beslissingen kunt nemen. Ik doe iets omdat het medisch moet, niet omdat het financieel aantrekkelijk is. Ik ben me niet bewust van een faciliterende rol van het ziekenhuis. Nul. Je weet dat je erop afgerekend wordt, maar je weet niet goed wat je moet verbeteren. Wij hebben een DBC-controller die alles checkt. We kwamen erachter dat veel specialisten verkeerd registreerden en daardoor inkomsten misliepen. Ik vind het belangrijk om samen met collega's en patiënten tot beslissingen te komen. Binnen ons team bespreken we vrijwel alle complexe casussen, en dat kost tijd, maar het verhoogt de kwaliteit enorm. "Richtlijnen helpen, maar het voelt soms als 'kookboekgeneeskunde' zonder ruimte voor professionele afwegingen.. " goed leiderschap in een zorgorganisatie betekent: geef mensen iets waar ze in geloven, in plaats van ze alleen maar iets te doen te geven. De grootste belemmering

De invloed van het DBC bekostigingsstelsel op de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de medisch specialist

Charlotte Molenaar
MHBA-21

Thesis ter afronding van de Master of Health Business Administration (MHBA)

Erasmus Universiteit Rotterdam

Drs. C.B.H. Molenaar

Studentnummer: 713896

cbh.molenaar@proctoskliniek.nl

Thesis begeleider : Drs. Thomas Reindersma

Tweede beoordelaar : Prof. dr Kees Ahaus

Meelezer : Drs. Anouk Custers

7 mei 2025

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Management samenvatting.....	6
Management summary	8
1. Inleiding	10
1.1 Probleemstelling	11
1.2 Vraagstelling.....	11
1.3 Relevantie	12
2. Theoretisch kader.....	12
2.1 Kwaliteit van zorg	12
2.2 Professionele waarden	14
2.3 Economische waarden	14
2.4 Het spanningsveld.....	16
2.5 Conceptueel model	18
3. Methodologie	18
3.1 Interviews met de medisch specialisten.....	19
3.2 Beschrijving van de onderzoekspopulatie	20
3.3 Dataverwerking	20
3.4 Codering	21
4. Onderzoeksbevindingen.....	23
4.1 Essentiele factoren voor de kwaliteit van zorg.....	23
4.2 Invloed van het DBC-bekostigingsstelsel op de kwaliteit van zorg.....	27
4.3 Spanningsveld en invloed op de kwaliteit van zorg	27
5. Discussie	36
5.1 Bevindingen.....	36
5.2 Herziening conceptuele model	38
5.3 Analyse van verschillen tussen subgroepen	39
5.4 Aanbevelingen	39
5.5 Beperkingen van dit onderzoek	41
5.6 Vervolgonderzoek	41
6. Conclusie.....	41
7. Reflectie	42
Literatuur	45
Bijlagen	51

1 - Het DBC-bekostigingsstelsel	51
2 - Interview protocol	52
3 - Quotes van medisch specialisten.....	56

Voorwoord

In deze thesis en de bijbehorende verdediging sluit ik mijn tweejarige Master of Health Business Administration (MhBA) aan het Centrum van Zorgbestuur van de Erasmus Universiteit Rotterdam af. Ik ben geïnspireerd geraakt door zowel de praktische als theoretische kennis en ervaringen die ik heb opgedaan. Ik heb de invloed van het DBC-bekostigingsstelsel op de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de medisch specialist onderzocht. Het onderzoek om tot deze thesis te komen was als een vreemde stad waar je doorheen loopt en steeds weer een nieuw straatje ontdekt. Uit de vele interviews kwam naar voren dat medisch specialisten zich genoodzaakt zien om hun medisch handelen om te vormen tot economische grootheden en dat het stelsel hun professionele waarden, waaronder kwaliteit van zorg, op geen enkele manier inzichtelijk maakt en faciliteert. Het spanningsveld dat hierdoor gecreëerd wordt ondermijnt het vertrouwen tussen managers en zorgprofessionals. De conclusie van mijn thesis is dan ook de kwaliteit van zorg onder druk staat door dat de manier waarop het DBC-bekostigingsstelsel nu wordt ingezet en dat dit moet worden gewijzigd. Het is de hoogste tijd om in actie te komen en ik zou zeggen neem de tijd om naar elkaar te luisteren, verdiep je in elkaars waarden, werk aan vertrouwen en zoek vanuit daar de samenwerking!

Tot slot een dank woord aan hen die mij tijdens deze thesis hebben gesteund en geholpen:

Thomas Reindersma, mijn begeleider: “Het was even zoeken naar een goede modus omdat ik niet uitblink in het vragen om hulp maar ik heb je begeleiding als heel prettig en inspirerend ervaren!” Birgitte van Duyn, vriendin sinds de studietijd: “Jouw onderzoekservaring en kennis over kunstmatige intelligentie hebben mij enorm geholpen!” Alle respondenten: “Jullie inzichten gaven mij veel energie en inspiratie en zonder jullie had ik dit onderzoek niet kunnen uitvoeren.”

Ook bedank ik mijn kinderen, familie en vrienden en mijn MHBA-klasgenoten, voor hun bijdrage aan en begrip voor mijn MhBA-reis. Een speciaal dankwoord aan alle collega's van de Proctos Kliniek omdat zij mijn afwezigheid in de kliniek in fysieke en mentale zin tijdens mijn MhBA reis hebben opgevangen en loyaal en betrokken zijn geweest: “Jullie steun, zorg, bemoedigende woorden en vooral jullie liefde en vertrouwen heb ik als zeer waardevol ervaren. Bedankt!”

Management samenvatting

Deze thesis onderzoekt de invloed van het DBC-bekostigingsstelsel op de kwaliteit van zorg zoals ervaren door medisch specialisten. Sinds 2005 wordt in Nederland het DBC-bekostigingsstelsel (Diagnose-Behandel-Combinaties) gehanteerd om meer transparantie en efficiëntie in de medisch specialistische zorg te brengen. Omdat het registreren van DBC's een belangrijk onderdeel vormt van de medisch praktijk lijken de prioriteiten in de zorg verschoven te zijn van kwaliteit van zorg naar deze bedrijfseconomische principes. Tegen deze achtergrond heb ik de invloed van het DBC-bekostigingsstelsel op de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de medisch specialist onderzocht. Hun perspectief is van belang om te bepalen of het stelsel in de praktijk doet wat het beoogt, of dat het ongewenste neveneffecten heeft voor de kwaliteit van zorg. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd waarbij 31 medisch specialisten uit verschillende vakgebieden zijn geïnterviewd. Zowel medisch specialisten in loondienst als vrijgevestigden zijn geïnterviewd om eventuele verschillen tussen deze twee groepen zichtbaar te maken. Tijdens de semigestructureerde interviews kwamen de factoren die zij essentieel vinden voor de kwaliteit van zorg aan bod, hun professionele waarden, de economische waarden die zij vanuit het DBC-bekostigingsstelsel ervaren, hoe ze met eventuele spanningen tussen die waarden omgaan en welke invloed dit heeft op de kwaliteit van zorg. Alle gesprekken zijn anoniem verwerkt en thematisch geanalyseerd om gemeenschappelijke patronen te herkennen. Voorafgaand aan het interview is een online enquête met baseline karakteristieken en vier gesloten vragen over de relevante thema's verstuurd. Uit de interviews kwam dat medisch specialisten naast deskundigheid, voldoende tijd en aandacht voor de patiënt cruciaal vinden voor de kwaliteit van zorg. Tijd met de patiënt is nodig om tijdens het gesprek vertrouwen op te bouwen, de anamnese zorgvuldig af te nemen, de diagnose te stellen en samen te beslissen over een geschikte behandeling. Ook is tijd nodig voor de voorbereiding van het spreekuur, de operaties en het overleggen met collega's. Adequate en voldoende ondersteuning zowel administratief als medisch inhoudelijk en het beschikken over voldoende faciliteiten en middelen zijn belangrijk en onmisbaar tegen het licht van de tijdsdruk die zij ervaren. Ook benadrukken zij het belang van een goed samenwerkend team, het opleiden van jonge collega's, kwaliteitsregistraties en een veilige en open cultuur om uitkomsten te kunnen bespreken en met elkaar te kunnen overleggen. Hun professionele waarden zijn focus op patiëntenzorg, professionele autonomie, collegialiteit, samenwerking, werkplezier en maatschappelijke betrokkenheid.

Wanneer gesproken wordt over de invloed van het DBC-bekostigingsstelsel, zien enkelen wel het belang van het inzichtelijk maken van wat er in de zorg gebeurt. Maar zij benadrukken dat de negatieve effecten op hun werk en de zorg voor de patiënt zwaarder wegen. Ten eerste leidt het stelsel tot een administratieve last en ervaren velen dat het ten koste gaat van de directe patiëntenzorg. Ook innovatieve behandelingen of zorg op maat laat zich lastig in de standaardproducten vangen.

Ten tweede ervaren zij dat het stelsel een sterke nadruk legt op productie en efficiëntie en voelen velen de druk om zoveel mogelijk “productie te draaien”. Een terugkerend thema is de mismatch tussen de financiële waardering en goede kwaliteit van zorg binnen het DBC-bekostigingsstelsel. Gesprekken met de patiënt leveren weinig op terwijl die juist nodig zijn om samen te besluiten een onderzoek of behandeling niet te doen. Wat medisch gezien noodzakelijk is, voelt financieel soms als een verliespost. Hier voelen veel medisch specialisten een spanningsveld tussen hun professionele waarden en de waarden van het stelsel.

Tegelijk benadrukken allen dat zij het belang van de patiënt voorop stellen maar dit gaat vaak ten koste van zichzelf. Zowel medisch specialisten in loondienst als vrijgevestigden doen hun administratie en de voorbereiding van hun poli's of besprekingen in eigen tijd om binnen de productie-eisen toch goede zorg te kunnen blijven bieden. Hoewel dit getuigt van toewijding, ervaren zij dit ook als belastend en stressvol.

Uit alle interviews in dit onderzoek komt naar voren dat door het DBC-bekostigingsstelsel de kwaliteit van zorg onder druk staat. De oorspronkelijke bedoeling van het stelsel was om transparantie te bieden over wat er in de zorg wordt gedaan maar het wordt ingezet als sturingsinstrument en afrekenmodel door management en zorgverzekeraars. Medisch specialisten ervaren hierdoor dat zij zich moeten verantwoorden binnen een stelsel dat noch hun taal spreekt noch kwaliteit van zorg waarborgt. Zij pleiten impliciet voor een bekostigingssysteem dat beter aansluit bij de inhoudelijke waarde van zorg. Uit dit onderzoek blijkt dat het DBC-bekostigingsstelsel in zijn huidige vorm en hoe dit in de praktijk gebruikt wordt de kwaliteit van zorg en medisch specialisten onder druk zet en de manier waarop het stelsel wordt ingezet aan verbetering toe is om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden.

Management summary

This thesis investigates the impact of the DBC (Diagnosis-Treatment Combination)-system on the quality of care as experienced by medical specialists. Since 2005, the Netherlands has implemented the DBC-system to promote more transparency and efficiency in specialized medical care. As the registration of DBCs has become an integral part of medical practice, priorities in healthcare appear to have shifted from the quality of care to business-economic principles. Against this backdrop, this research explores how the DBC-system influences quality of care from the perspective of medical specialists. Their perspective is crucial to assess whether the system achieves its intended goals in practice or if it generates unintended negative consequences for quality of care.

To answer the research question, a qualitative study was conducted involving interviews with 31 medical specialists from various disciplines and hospitals in the Netherlands. Both employed and self-employed specialists were included to explore potential differences between these groups. Semi-structured interviews covered topics such as the factors they consider essential for quality of care, their professional values, the economic values imposed by the DBC-system, how they navigate tensions between these values, and the impact on quality of care. All interviews were anonymized and thematically analysed to identify common patterns. Prior to the interviews, an online questionnaire was distributed, collecting baseline characteristics and four closed questions on relevant themes.

The interviews revealed that, in addition to medical expertise, specialists state that sufficient time and attention for patients as critical to high-quality care. Time is necessary to build trust during consultations, carefully conduct anamneses, make accurate diagnoses, and engage in shared decision-making regarding treatment. Time is also needed for preparing outpatient clinics, surgeries, and collegial consultations. Adequate administrative and medical support, as well as access to proper facilities and resources, are essential—especially under the time pressure many experience. Additionally, the importance of well-functioning teams, training junior colleagues, maintaining quality registries, and fostering a safe and open culture for discussing outcomes and peer collaboration is emphasized. Their professional values include patient-centered care, professional autonomy, collegiality, teamwork, job satisfaction, and social responsibility.

While some specialists acknowledge the value of gaining insight into healthcare processes through the DBC-system, most emphasize that the negative impact on their work and patient

care outweighs these benefits. First, the system creates a significant administrative burden, often at the expense of direct patient care. Moreover, innovative or personalized treatments are difficult to fit into standardized DBC formats. Second, the system's focus on production and efficiency leads many to feel pressured to "produce" as much as possible. A recurring theme is the misalignment between financial incentives and quality of care within the DBC model. Consultations that help decide *not* to pursue certain treatments often offer little financial return, even though they are medically valuable. As a result, many specialists experience a conflict between their professional values and those imposed by the system.

All participants stress that they prioritize patients' interests, often at their own expense. Both employed and self-employed specialists complete administrative tasks and prepare for clinics or meetings in their own time to maintain quality of care despite production demands. While this dedication is commendable, it also leads to stress and a sense of burden.

The findings of this study indicate that the DBC-system places pressure on the quality of care. Although originally intended to enhance transparency about healthcare activities, the system has become a management and insurance control tool. Medical specialists feel they must account for their work within a framework that neither reflects their professional language nor ensures quality of care. They implicitly advocate for a funding system that better aligns with the substantive values of care. This research concludes that the current form and practical application of the DBC- system jeopardizes both quality of care and the well-being of medical specialists. Improvements are needed to ensure the system supports accessible, affordable, and high-quality care.

1. Inleiding

In deze thesis staat de invloed van het DBC-bekostigingsstelsel op de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de medisch specialist centraal. Het DBC-bekostigingsstelsel is in 2005 in Nederland in de medisch specialistische zorg (MSZ) geïntroduceerd met als doelen om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Vanuit bedrijfseconomisch perspectief werden economische waarden als standaardisatie en transparantie ingezet om medische processen in kaart te brengen en kosteneffectiviteit en efficiëntie in de zorg te brengen (bijlage 1). Kwaliteitsparameters zijn niet geïncorporeerd binnen het stelsel. Verbetering van de kwaliteit van zorg was wel een doel maar indirect en ondergeschikt. Men nam aan dat de economische doelen van het stelsel zoals marktwerking ook de kwaliteit van zorg zouden dienen (Mikkers, 2023). Echter, indien kwaliteit van zorg onder de maat is, kan dit tot onnodige kosten leiden waardoor de betaalbaarheid van de zorg in het gedrang komt (Aarden et al., 2011; Van der Grinten et al., 2011; Stolper et al., 2019). Dit fenomeen is dus juist tegengesteld aan de beoogde doelen van de invoering van het DBC-bekostigingsstelsel. In een recent rapport van de Wetenschappelijk Raad voor Regeringsbeleid wordt opgeroepen om een hoge prioriteit te geven aan het in de toekomst betaalbaar en toegankelijk houden van de zorg (WRR, 2021). Vanuit de beschreven context lijkt het derhalve relevant om de relatie tussen het DBC-bekostigingsstelsel en de kwaliteit van zorg nader te onderzoeken. Vervolgonderzoek naar het mogelijke negatieve effect van het DBC-bekostigingsstelsel op de zorgkosten valt buiten de scope van deze thesis.

In dit eerste hoofdstuk wordt de probleemstelling, doelstelling en de onderzoeksvraag van deze thesis toegelicht. Het hoofdstuk wordt afgerond met de wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie van de onderzoeksvraag. In het tweede hoofdstuk wordt het theoretisch kader besproken waarbij nader wordt ingegaan op de thema's die van belang zijn binnen de context van de onderzoeksvraag. Tot slot wordt de onderlinge interactie weergegeven van verschillende actoren in het conceptuele model. In het derde hoofdstuk wordt de gebruikte methodologie uitgelegd, en de onderzoekspopulatie beschreven. In hoofdstuk vier wordt beschreven welke factoren als essentieel voor de kwaliteit naar voren kwamen in de interviews met de medisch specialisten en de analyse van de factoren die de kwaliteit van zorg beïnvloeden. In hoofdstuk vijf een overzicht van de belangrijkste bevindingen met een reflectie op een aantal aspecten van dit onderzoek gevolgd door een aantal aanbevelingen. Hoofdstuk zes sluit af met de conclusie en in hoofdstuk zeven een persoonlijke reflectie op de bevindingen en mijn onderzoeksproces.

1.1 Probleemstelling

De medisch specialist dient zijn of haar medische handelingen binnen de kaders van het DBC-bekostigingsstelsel te registreren. Het DBC-bekostigingsstelsel sluit echter nooit helemaal aan bij de complexiteit van de dagelijkse medische praktijk (Engelen et al., 2023). Binnen het stelsel moeten diagnoses en behandelingen in gestandaardiseerde parameters vastgelegd worden maar medische expertise richt zich wel op vergelijkbare, maar niet identieke taken: de geneeskunde vereist *métis* (praktische wijsheid), niet slechts *techne* (technische kennis) (Scott, 1998). Dus hoewel diagnoses overeen kunnen komen, zijn patiënten en hun medische geschiedenis uniek, waardoor het vermogen om algemene kennis flexibel toe te passen op steeds veranderende omstandigheden in hun ogen een essentiële basis vormt voor effectieve medische zorg. Bovendien wordt de medisch specialist gedreven door professionele waarden zoals altruïsme, patiëntgerichtheid en samenwerking (Lachman et al., 2020). Medisch specialisten bevinden zich daardoor in een spanningsveld tussen hun professionele waarden en de economische waarden van het stelsel. Zij moeten balanceren tussen deze waarden en ontwikkelen derhalve copingstrategieën om de fundamentele kenmerken van hun vakgebied binnen de door het DBC-bekostigingsstelsel opgelegde beperkingen te behouden (Engelen et al., 2023). De doelstelling van deze thesis is om dit spanningsveld, hoe zij hierin het dagelijks handelen mee omgaan en welke invloed dit heeft op de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de medisch specialist verder te onderzoeken.

1.2 Vraagstelling

Wat is de invloed van het DBC-bekostigingsstelsel op de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de medisch specialist?

Deelvragen zijn:

- Welke factoren beschouwen medisch specialisten als essentieel in hun medisch handelen om de kwaliteit van zorg te waarborgen (professionele waarden)?
- Wat is de invloed van de economische waarden, gestuurd vanuit het DBC-bekostigingsstelsel, op die factoren in het dagelijks handelen?
- Hoe balanceren medisch specialisten het spanningsveld tussen die waarden?

1.3 Relevantie

Wetenschappelijke kennis

Het doel van medisch specialisten is het leveren van kwalitatief goede zorg. Dit onderzoek verdiept hoe medisch specialisten in hun dagelijks handelen omgaan met het spanningsveld tussen de professionele en economische waarden van het DBC-bekostigingsstelsel en welke invloed dit heeft op de kwaliteit van zorg.

Praktische implicaties

Door inzicht te bieden in de factoren die spanningen tussen economische en medisch professionele waarden geven, kan het onderzoek beleidsmakers en zorgorganisaties helpen om maatregelen te ontwikkelen die deze spanningen verminderen. Dit kan resulteren in een effectievere afstemming tussen de bekostiging en professionele behoeften.

Maatschappelijke relevantie

Het onderzoek draagt bij aan het waarborgen van toegankelijke en kwalitatief goede zorg door aandacht te vestigen op de gevolgen van het huidige DBC-bekostigingsstelsel voor de ervaren kwaliteit van zorg. Hiermee worden niet alleen professionals, maar ook patiënten beter gefaciliteerd in een stelsel dat zowel betaalbaarheid als kwaliteit beoogt.

2. Theoretisch kader

Om een adequaat antwoord op de onderzoeksvraag te kunnen geven is theoretische onderbouwing vereist. In dit hoofdstuk worden de relevante thema's en hun relatie tot de onderzoeksvraag belicht. Tevens wordt de literatuur over de factoren die essentieel zijn voor de kwaliteit van zorg, professionele waarden van zorgprofessionals, de economische waarden die medisch specialisten vanuit het DBC-bekostigingsstelsel ervaren en hoe zij omgaan met het spanningsveld tussen deze waarden in hun dagelijks handelen besproken.

De term DBC-bekostigingsstelsel wordt in het kader van vereenvoudiging verder aangeduid als DBC-stelsel.

2.1 Kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg is een breed thema en kan vanuit verschillende perspectieven zoals die van de zorgprofessional, de patiënt of de maatschappij belicht worden. In deze thesis staat de kwaliteit van zorg in de medisch specialistische zorg (MSZ) centraal. Deze paragraaf focust

derhalve op de aspecten die van belang worden geacht binnen de MSZ en factoren die belangrijk zijn vanuit het perspectief van de medisch specialist.

Uit onderzoek is gebleken dat goede kwaliteit van zorg door vele factoren bepaald wordt en niet alleen over het medisch technische aspect gaat maar multidimensionaal is.

Richtlijnontwikkeling en -implementatie, kwaliteitsmeting en -visitaties zijn voor de medisch specialist belangrijke pijlers voor hun handelen en het waarborgen van de kwaliteit van zorg. Een dashboard met valide en betrouwbare kwaliteitsindicatoren vinden zij noodzakelijk om de zorgkwaliteit te bewaken en te verbeteren (den Dekker, 2012; DICA, 2010).

Volgens Van Haecht et al (2024) dienen technische dimensies zoals processen, protocollen en zorgpaden binnen een zorgorganisatie inderdaad als basis, maar is de uiteindelijke kwaliteit afhankelijk van de uitvoering en deze is weer afhankelijk van de mensen, hun gedrag en hun interactie en een psychologisch veilige omgeving. Het gedrag van de medisch specialist wordt zelfs als kritieke en invloedrijke factor op de patiënttevredenheid en de algemene zorgkwaliteit gezien (Doyle & Ware, 1977). Om geïntegreerde zorg te leveren met optimale afstemming is tevens samenwerking tussen disciplines essentieel (Van Overveld et al., 2016). Vertrouwen en goed leiderschap zijn belangrijke pijlers om die samenwerking te versterken want zorgprofessionals kunnen hun werk alleen goed uitoefenen als de randvoorwaarden aanwezig zijn en zij gefaciliteerd worden door het management om de kwaliteitsstandaarden na te leven (Vanhaecht et al., 2024). Voor patiënten met complexe behoeften is die samenwerking tussen verschillende instellingen om de zorg te coördineren cruciaal (Turchi et al., 2014).

Scheepers et al (2015) stellen dat het welzijn en werkplezier van de medisch specialist bijdraagt aan een hogere patiënttevredenheid en de interpersoonlijke aspecten van de zorg. Medisch specialisten benadrukken zelf ook het belang van een goede werk-privébalans, adequate beloning, mogelijkheden voor loopbaanontwikkeling en gunstige arbeidsomstandigheden (Shah et al., 2016).

Lachman et al. (2020) concluderen dat het centraal stellen van de mens het belangrijkste doel binnen de medische zorg is en essentieel om gezondheid te realiseren. Medisch specialisten ondersteunen en werken ook actief mee aan patiëntgerichte kwaliteitsprogramma's zoals de KIDZ (Patiëntfederatie, 2013). Ook zijn ze actief om het samen beslissen te implementeren omdat het de patiënttevredenheid verhoogt, therapietrouw bevordert en dus leidt tot betere kwaliteit van zorg (Elwyn et al., 2012). De kwaliteit en diepgang van samen beslissen kan echter beïnvloed worden door tijdsdruk en het is nodig om voldoende tijd toe te wijzen aan dit

belangrijke aspect van patiëntenzorg (Flierler et al., 2013; Ford et al., 2006; Légaré & Witteman, 2013).

2.2 Professionele waarden

Waarden zijn blijvende normatieve standaarden die het menselijk handelen sturen (Rokeach, 1973; Schwartz, 1992). Medisch specialisten zijn bevlogen professionals en hun handelen wordt bovenal gestuurd door hun focus op patiëntenzorg en intrinsieke motivatie om goede kwaliteit van zorg te leveren (Blumenthal, 1994). Idealiter is hun hele handelen hierop afgestemd. Altruïsme is een belangrijke waarde en zij voelen letterlijk de wettelijke verplichting (de Eed van Hippocrates) om het belang van de patiënt en de samenleving boven het eigen belang te stellen (Larson, 1977). Parsons (1939) conceptualiseerde dit als een 'morele verantwoordelijkheid' (Wiedner & Mantere, 2019). Door dit algemeen belang centraal te stellen borgt de medisch specialist het publieke vertrouwen (Freidson, 1975; Racko, 2017). De professionele waarden van zorgprofessionals worden ook geassocieerd met autonomie en creativiteit (Freidson, 1975; Harrison & Smith, 2003; Evetts, 2013). Autonomie wordt nagestreefd op verschillende niveaus (Harrison & Smith, 2003). In het dagelijks handelen omvat dit het nemen van klinische besluiten en hebben van controle over de inhoud van hun dagelijkse werk zonder externe invloed (Adler & Kwon, 2013; Lin, 2014). Zij bezitten kennis die managers en beleidsmakers vaak niet hebben waardoor hun professionele autonomie in zekere zin onaantastbaar is (Waring & Currie, 2009; Brivot, 2011; Larson, 1977). Hun creativiteit en vrijheid om autonoom te beslissen is cruciaal voor continue kennisontwikkeling (Wynia et al., 1999). Professionele autonomie is ook één van hun belangrijkste bronnen waar zij energie uit putten (Solms et al., 2019).

In veel studies wordt daarnaast ook samenwerking met collega's, werkcultuur en persoonlijke ontwikkeling als belangrijke waarden van de zorgprofessional genoemd (Racko, 2017; Solms et al., 2019).

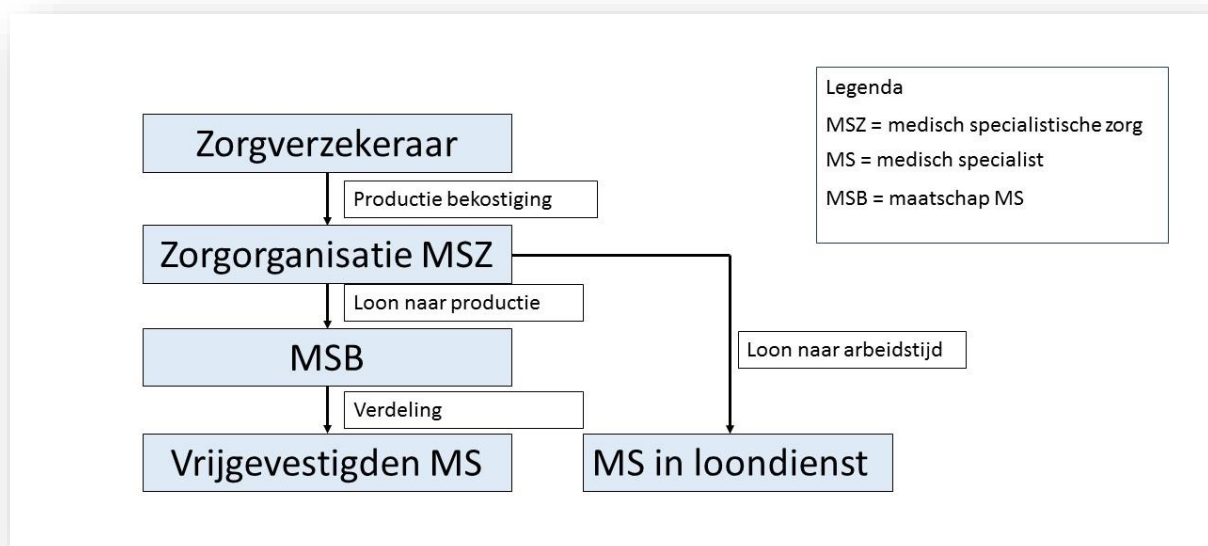
2.3 Economische waarden

Vanaf 2005 werd in Nederland het DBC-stelsel geïntroduceerd om meer transparantie en efficiëntie in de zorg te brengen (Invoering Diagnose Behandeling Combinaties, 2003). De aanleiding van de invoering van het DBC-stelsel waren de stijgende kosten in de zorg wat voor een deel veroorzaakt werd door de toewijding van medisch specialisten (Epstein, 2007). Teneinde de kosten te beheersen en overheidsdoelen te behalen is een stelsel geïntroduceerd dat is afgestemd op economische waarden zoals efficiëntie, transparantie en kosteneffectiviteit (Goodrick & Reay, 2011; Kroneman et al., 2016; Reay & Hinings, 2005; 2009). De invoering

van deze bedrijfslogica waarbij medische processen worden beredeneerd vanuit een economische taal wordt in de literatuur ook aangeduid als managerialisering (Pollitt 1993). Het DBC-stelsel biedt de zorgverzekeraar tevens een instrument voor budgetmanagement (bijlage 1). Doordat er per zorgproduct wordt betaald, ligt de focus om de jaarlijkse prijskortingen te compenseren op het verhogen van de omzet en niet op het terugdringen van verspillingen (Van de Heuvel, 2017). De zorgorganisatie wordt daarmee door productie gedreven en de bedrijfsvoering is hierop ingericht. De zorgen over de kwaliteit van de medische zorg lijken daarmee verschoven te zijn naar zorgen over de kosten (Engelen et al., 2023).

De inkomsten en kosten van een zorgorganisatie worden in belangrijke mate bepaald door de dagelijkse beslissingen van medisch specialisten bijvoorbeeld door het aanvragen van diagnostische tests, het voorschrijven van medicatie en het plannen en uitvoeren van procedures (Wright, 2014; Monrad Aas, 1995). Zij hebben tevens aanzienlijke invloed op de organisatie van ziekenhuizen op gebieden die verder reiken dan hun klinische werk (Bazzoli, 2021; Kuhlmann et al., 2014). Vanwege die unieke rol van medisch specialisten in zorgorganisaties kunnen (financiële en niet-financiële) prikkels het gedrag van die specialisten beïnvloeden (Quentin et al., 2018; Quinn et al., 2020).

Ook is het honorarium van de medisch specialist, afhankelijk van het type dienstverband, direct of indirect afhankelijk van de inkomsten van het ziekenhuis en daardoor gerelateerd aan de productie (figuur 1).



Figuur 1. De relatie tussen de bekostiging van zorg en het honorarium van de medisch specialist.

Het honorarium van de medisch specialist in loondienst is gebaseerd op arbeidstijd en met soms een productie afhankelijk surplus. Het honorarium van de vrijgevestigd medisch specialist wordt veelal vastgesteld middels een financieel verdeelmodel dat deels op het DBC-stelsel gebaseerd is (Van Dusseldorp et al., 2018). Door deze afhankelijkheid beïnvloedt het DBC-stelsel ook het dagelijks handelen van de medisch specialist (Busse et al., 2011).

Dit kan leiden tot een verschuiving in prioriteiten, waarbij tijdsefficiëntie en kostenreductie prevaleren boven klinische overwegingen. Hoe zorgorganisatie en professionals betaald worden beïnvloedt dus de zorg die patiënten krijgen, de resultaten en ook de samenwerking en integratie van zorg (Reschovsky et al., 2015; Nolte and McKee, 2008; Porter, 2009). En juist samenwerking tussen zorgprofessionals wordt ook als een essentieel onderdeel gezien voor het leveren van effectieve, efficiënte en hoog kwalitatieve zorg (Uddin et al., 2012).

2.4 Het spanningsveld

De professionele waarden van zorgprofessionals worden in toenemende mate onder druk gezet door de inmenging van management, overheidsinstanties en zorgverzekeraars (Racko, 2017). Professionele waarden zoals altruïsme, patiëntgerichtheid en samenwerking van medisch specialisten worden in Nederland worden door het DBC-stelsel gaandeweg vervangen voor managementdoelen zoals verantwoording en transparantie (Lachman et al., 2020). Numerato et al. (2012) wijzen er op dat de professionaliteit van zorgverleners onder druk kan komen te staan door ‘managerialisering’ van medische processen, omdat zij ervaren dat de economische waarden (zoals efficiëntie en kosteneffectiviteit) haaks staan op hun professionele waarden. Hun professionele autonomie wordt aangetast door verantwoordingsmechanismen en prestatiebekostiging (Pollitt, 1993; Harrison & Smith, 2003). Dit creëert een spanningsveld. Het is een voorbeeld van een geïnstitutionaliseerd veld waarin meerdere, soms conflicterende logica met hun eigen waarden zich hebben ‘gevestigd’ (Rao & Kenney, 2008). Zorgprofessionals willen vooral kwalitatieve zorg leveren, maar voelen zich beperkt door het DBC-stelsel, dat hen dwingt om zorg volgens bedrijfslogica te standaardiseren en efficiëntie voorop te stellen. De professionele en economische waarden zijn samengevat in een tabel als institutionele logica door Reay en Hinings (2005) en aangepast door Gifford et al. (2024) (tabel 1). Institutionele logica wordt gedefinieerd als een samenhangend geheel van overtuigingen, waarden en aannames die mensen gebruiken om de wereld te begrijpen en betekenis te geven aan hun ervaringen (Thornton & Ocasio 1999).

aangepast naar Reay en Hinings (2005)	Bedrijfskundige logica	Medisch professionele logica
Principes	Kosteneffectieve zorg	Beste zorg voor de patiënt
	Efficiëntie	Professionele autonomie (beslissingen gebaseerd op medisch kennis en relatie met de patiënt)
	Kwaliteit	Zelfregulatie en onafhankelijkheid van bureaucratische controles
	Inzet van goedkoopste personeel (herschikking taken en concentratie van zorg)	Ziekenhuis en verzekeraars faciliteren artsen om de best mogelijke zorg te leveren (de beslissingen van de arts zijn leidend op alle niveaus)
Doelen	Verhogen efficiëntie	De best mogelijke zorg bieden
	Waardegedreven zorg (meer zorg voor minder geld met dezelfde of betere kwaliteit)	Controle houden over klinische beslissing en organisatorische autonomie
Aspecten die opgelost moeten worden	Zorgverleners zijn drivers van hoge kosten	Toename bureaucratie en administratieve last, afname autonomie en welzijn zorgprofessionals
	Moeizame samenwerking en verschil in intrinsieke waarden	Toename invloed van managers, afname invloed van artsen
	Concurrentie aansporen	Beperken van commercialiseren (invloed van verzekeraar is te groot)

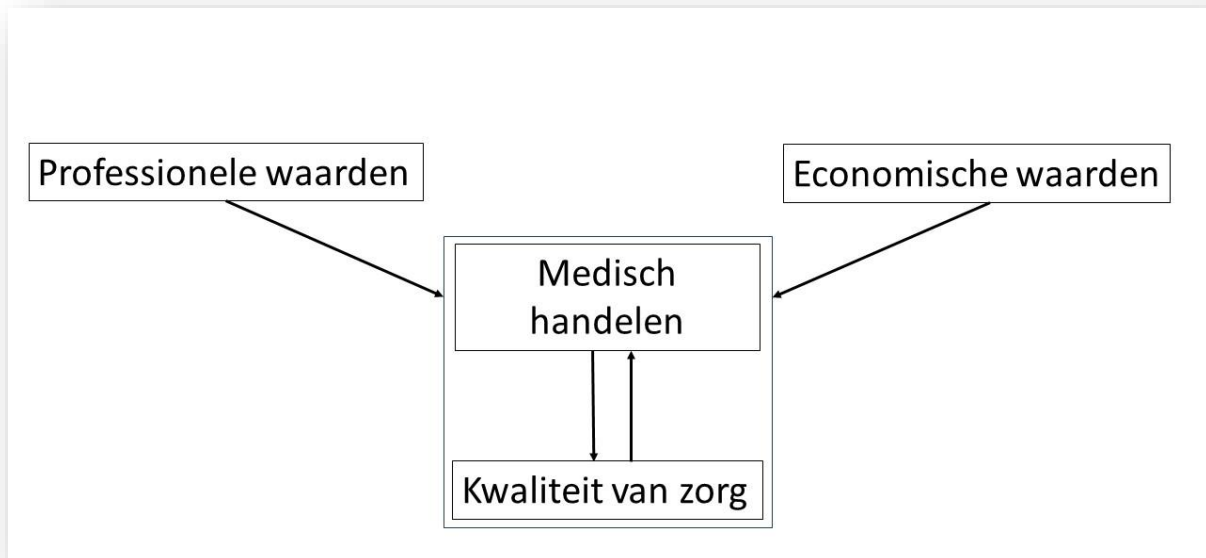
Tabel 1. Institutionele logica (Bron: Gifford et al. 2024)

Als reactie ontwikkelen zorgverleners copingstrategieën om ruimte te creëren voor hun professionele waarden (Numerato et al. 2012). Dit leidt tot "counter-performativity": situaties waarin het economische model wordt ondermijnd doordat professionals hun praktijk aanpassen aan de beperkingen van het stelsel (Engelen et al., 2023).

Ook voelen zorgprofessionals zich steeds meer ondergeschikt aan de eisen van verzekeraars en economisch georiënteerde managers, waardoor hun professionele autonomie afneemt. Zij bieden weerstand om hun autonomie te beschermen, want dit beïnvloedt zowel hun motivatie als de kwaliteit van de zorg (Klopper-Kes, 2011). Tegelijkertijd zijn er ook voorbeelden van "hybridisatie," waarbij specialisten managementconcepten integreren in hun praktijk om hun invloed te behouden en samenwerking te versterken (Numerato et al., 2012).

2.5 Conceptueel model

Het conceptuele model dat uit de inzichten van bovenstaande literatuur voortkomt, beschrijft de relatie tussen de economische aspecten die voortkomen uit het DBC-bekostigingsstelsel, het medisch handelen, de professionele waarden van de medisch specialist en de invloed op de kwaliteit van zorg. Het model integreert vier belangrijke elementen (Figuur 2).



Figuur 2. Conceptueel model van de verschillende elementen die het handelen van de medisch specialist beïnvloeden.

Het medisch handelen is gebaseerd op de professionele waarden en wordt gekaderd door de economische waarden van het DBC-stelsel. De kwaliteit van zorg wordt in belangrijke mate beïnvloed door het medisch handelen. Omgekeerd heeft kwaliteit van zorg ook invloed op het medisch handelen omdat evaluaties van uitkomsten tot verbetermaatregelen leiden. Dit model biedt het raamwerk om de complexiteit van de professionele en de economische waarden van het DBC-stelsel en de invloed hiervan op de kwaliteit van zorg te analyseren en te interpreteren.

3. Methodologie

In dit hoofdstuk wordt de methodologie beschreven zoals die uiteindelijk ook is uitgevoerd. Voor het onderzoek is een kwalitatieve benadering gekozen omdat dit geschikt is om diepgaande inzichten in de percepties van de medisch specialist over de invloed van het DBC-stelsel op de kwaliteit van zorg te verkrijgen. Voor de context waarbinnen de onderzoeksvraag zich afspeelt is kennis van het DBC-stelsel van belang (bijlage 1). Om de doelstelling en achtergrond van het DBC-stelsel beter te doorgronden en meer inzicht te krijgen in de dynamiek

die dit op beleids- en bestuursniveau veroorzaakt heb ik voorafgaand aan de interviews en tijdens de periode waarin de interviews plaatsvonden een aantal zorgbestuurders, onderzoekers en beleidsmakers gesproken. De relevante inzichten die hieruit voortkwamen gaven meer nuancering aan de interviews omdat verdiepende vragen gesteld konden worden. Ook zijn inzichten verwerkt in de discussie en waar relevant wordt hiernaar verwezen in de literatuurlijst.

Voor het kwalitatieve onderzoek zijn semigestructureerde interviews met medisch specialisten gevoerd. Tijdens de semigestructureerde interviews werden open vragen gesteld (Creswell en Poth, 2018). Op die manier kregen de geïnterviewden ruimte om hun ervaringen te delen (Kvale & Brinkmann, 2015). Het leek relevant om zowel medisch specialisten in loondienst als vrijgevestigden te interviewen. Het honorarium van vrijgevestigde medisch specialisten is directer gerelateerd aan de productie van de zorgorganisatie dan die van de specialisten in loondienst. Dit gegeven zou een variatie in perspectief van de invloed van het DBC-stelsel op de kwaliteit van zorg in beide groepen kunnen bieden. Gestreefd is om een representatieve mix van medisch specialisten uit beide dienstverbanden te interviewen.

3.1 Interviews met de medisch specialisten

Alle deelnemers zijn vooraf geïnformeerd over de aard en het doel van het onderzoek. Deelname was vrijwillig, en deelnemers konden zich op elk moment terugtrekken zonder consequenties. Er werd schriftelijke toestemming gevraagd voor deelname en het opnemen van het interview. Gegevens werden anoniem verwerkt en opgeslagen volgens de richtlijnen voor wetenschappelijk onderzoek. Voor een gedetailleerde aanpak van de enquête en de interviews verwijs ik naar het interviewprotocol (bijlage 2).

Voordat het interview plaatsvond is per mail een enquête toegestuurd waarin karakteristieken van de medisch specialisten werden uitgevraagd, aangevuld met vier gesloten vragen die relevant waren voor de onderzoeksvraag van deze thesis. Tijdens het interview lag de focus eerst op het inzichtelijk maken van de factoren die medisch specialisten essentieel vinden voor het leveren van goede kwaliteit van zorg. Vervolgens is uitgediept welke professionele waarden zij hebben en welke invloed het DBC-stelsel heeft op hun dagelijks handelen. Tot slot werd het spanningsveld tussen de professionele en economische waarden van het DBC-stelsel, welke copingstrategieën medisch specialisten hanteren en de invloed hiervan op de kwaliteit van zorg uitgevraagd.

3.2 Beschrijving van de onderzoekspopulatie

In de periode van 24-2-2025 tot en met 2-4-2025 heb ik 31 medisch specialisten geïnterviewd. De meeste kwamen uit mijn netwerk. De medisch specialisten zijn werkzaam in ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) verspreid over het hele land. Onder de specialisten waren meer mannen (17) dan vrouwen (14) en meer specialisten die als vrijgevestigde (17) werken dan in loondienst (14) (tabel 2). De gemiddelde leeftijd van de medisch specialisten lag iets lager in de groep die in loondienst (52 jaar) was vergeleken die van de vrijgevestigden (54 jaar). De meeste van de geïnterviewde medisch specialisten hebben een chirurgisch specialisme (74%).

Geslacht		V	M
Loondienst	Aantal	7	7
	Leeftijd	52 (41-58) jaar	52 (38-63) jaar
Vrij gevestigd	Aantal	7	10
	Leeftijd	55 (42-63) jaar	54 (36-65) jaar
Chirurgisch*	Percentage per geslacht	64%	82%

Tabel 2. Base line karakteristieken van de medisch specialisten. *Type specialisme: Chirurgisch 23 (9 vrouwen en 14 mannen), beschouwend 5 (4 vrouwen en 1 man), interventie specialist (2 mannen)

Alle vrijgevestigden werken in een perifeer ziekenhuis. Degenen in loondienst werken in een academisch ziekenhuis (4), een perifeer ziekenhuis (4) of een ZBC (3). Zes werken tevens 1 of 2 dagen in een andere zorgorganisatie (ZBC (4), academisch ziekenhuis (2)). Het grootste deel van de specialisten (26) heeft nevenactiviteiten op het gebied van management en beleid (9) of onderwijs of kwaliteit (20). Twee van hen zijn op het moment van het interview werkzaam als zorgbestuurder maar hebben recent nog als medisch specialist gewerkt.

3.3 Dataverwerking

Alle interviews met de medisch specialisten zijn opgenomen. Allen hebben toestemming verleend voor de deelname aan het interview, voor de opname van het interview en verwerking via Chatgpt. Dit is in alle gevallen ook in de opname vastgelegd. De interviews die via teams plaatsvonden (26) zijn met de transcribeer functie van teams getranscribeerd. De interviews die live (5) plaatsvonden zijn opgenomen met de recorder functie op mijn I-phone en daarna via de online versie van Word getranscribeerd. De getranscribeerde interviews zijn geanonimiseerd en vervolgens geüpload in de betaalde versie van Chatgpt met de volgende prompt:

“kan je van deze transcriptie van een interview een uitgebreid verslag maken waarbij je alleen de informatie uit dit document gebruikt? Het is een interview over de invloed van het DBC-

bekostigingsstelsel op de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de medisch specialist. Er komen 4 vragen aan bod namelijk (1) wat zijn essentiële kenmerken voor kwaliteit van zorg? (2) wat is de invloed van het DBC-bekostigingsstelsel hierop? (3) wat zijn voor jouw belangrijke professionele waarden in je dagelijks werk? (4) hoe ga je om met het spanningsveld tussen economische en professionele waarden? en de quotes erbij zetten die passen bij de vraag''

De verslagen die door Chatgpt zijn gegenereerd zijn gethematiseerde verslagen van het interview. Ik heb vervolgens alle opnames van de interviews nageluisterd om me ervan te verzekeren dat de verslagen een juiste, complete en objectieve weergave waren van het interview. Als dubbele verificatie heb ik ook nog de interviews van vier specialisten (MS1, 2, 3 en 31) handmatig getranscribeerd en vergeleken met de door Chatgpt gegenereerde verslagen. Mijn conclusie was nogmaals dat het verslag een juiste, complete en objectieve weergave was van het interview.

Iedere respondent heeft daarna het verslag per mail opgestuurd gekregen en zijn of haar akkoord gegeven. Het grootste gedeelte van de specialisten had geen op- of aanmerkingen en gaf aan dat het verslag een juiste weergave was van het gesprek. Enkele specialisten hebben typo's opgemerkt die zijn aangepast. Twee specialisten hadden inhoudelijke opmerkingen en die zijn verwerkt.

3.4 Codering

Alle 31 interview verslagen zijn binnen de software van Atlas.ti handmatig gecodeerd volgens de inductieve methode. Tijdens de codering werd gebruik gemaakt van de thematische methode omdat de onderliggende dynamieken in de percepties en ervaringen van de specialisten daarmee op een systematische wijze geanalyseerd kunnen worden (Braun en Clarke, 2006). De nadruk lag op betekenisgeving en niet op het vaststellen van algemene causale relaties. Hierbij wordt aangenomen dat hun realiteit sociaal geconstrueerd is, wat typisch is voor een interpretatieve benadering (Berger et al., 2016).

Eerst werd een open codering toegepast waarbij zowel expliciete als latente thema's zijn geïdentificeerd. Expliciete thema's betreft letterlijke uitspraken waarbij interpretatie om het thema te identificeren niet nodig was en zijn gecodeerd als bijvoorbeeld 'verbinding met de patiënt', 'doen wat nodig is voor de patiënt' en 'juiste registratiecode ontbreekt'. Latente thema's gaat over de diepere betekenis achter een uitspraak of een betekenis die impliciet af te leiden is uit de ervaring, zoals deze uitspraak waarin zowel de 'registratielast' als de 'zingeving van het dokter zijn' wordt geïdentificeerd:

“We worden gedwongen om ons meer op registratie te focussen dan op patiëntenzorg. Dat voelt niet goed. Ik ben specialist geworden om goede zorg te leveren, niet om administratief medewerker te zijn.” (MS8)

In de volgende iteratie zijn codes samengevoegd zoals ‘verbinding met de patiënt’ onder ‘tijd voor de patiënt’ omdat er tijd en rust nodig is om een goed gesprek te hebben. Of bijvoorbeeld ‘doen wat nodig is voor de patiënt’ onder ‘professionele autonomie’ omdat een medisch specialist in een uitspraak aangeeft dat hij handelt naar eigen kennis en kunde en zich niet laat leiden door het DBC-stelsel.

Vervolgens werden codes geclusterd in thema’s die overeenkwamen met de onderzoeksvragen. De reeds in de literatuur geïdentificeerde thema’s zoals de professionele waarden van medisch specialisten enerzijds en de economische waarden van managers en beleidsmakers anderzijds en de factoren die medisch specialisten belangrijk vinden voor de kwaliteit van zorg vormden hierbij de leidraad (sensitizing concepts).

Veel codes pasten bij meer dan één codegroep, zoals de code ‘tijd voor de patiënt’ die zowel in codegroep ‘kwaliteit van zorg’, ‘professionele waarde’ als ‘spanningsveld’ is geplaatst. Een voorbeeld is de uitspraak:

“Je kan zeggen: wij vinden dat een patiënt een uur zou moeten krijgen, maar als je dat doet, lopen de wachttijden te veel op en haal je je productie niet.” (MS5)

Deze uitspraak raakt zowel het belang van patiëntenzorg, de behoefte aan autonomie, als de druk van productie-eisen. Het toewijzen van codes aan codegroepen wierp vaak dilemma’s op. Deze uitspraak laat zien hoe in één uitspraak zowel expliciete als latente thema’s zijn te herkennen: frustratie over het telkens opnieuw uitleggen, een gevoel van wanhoop, en zelfs een uiting van een gevoel van superioriteit ten opzichte van managers:

“Ik ben nog bij machte om aan een manager uit te leggen waarom tijd voor de patiënt belangrijk is, maar op het moment dat je deze eindelijk hebt overtuigd, is diegene alweer weg en kan je opnieuw beginnen.” (MS7)

Hierin wordt het spanningsveld tussen kwaliteit van zorg (‘tijd voor de patiënt’), professionele waarden (‘vakinhoudelijke kennis’, ‘altruïsme’, ‘autonomie’) en economische waarden (‘managerial control’) zichtbaar.

4. Onderzoeksbevindingen

In dit hoofdstuk wordt de analyse van de bevindingen uit de online enquêtes, de 31 interviews en de daarin 652 gecodeerde quotes besproken. De kwalitatieve data van de interviews zijn leidend en waar van toepassing gebruik ik de data uit de enquête om dit extra te staven. De factoren die in de interviews naar voren kwamen als essentieel voor de kwaliteit van zorg worden separaat toegelicht. Dan wordt de overall mening van de medisch specialisten over de invloed van het DBC-stelsel op de kwaliteit van zorg aan de hand van de uitslagen van de enquête besproken. Vervolgens worden de belangrijkste economische en professionele factoren gezamenlijk besproken binnen de paragraaf over het spanningsveld. Hierbij worden tevens de copingstrategieën besproken die zij hanteren. Er wordt apart aandacht besteed aan de spanning die het financieel verdeelmodel oproept. Dit onderwerp stond niet centraal in deze thesis, maar in de interviews kwam naar voren dat hier spanning door veroorzaakt lijkt te worden.

De vier onderzoeksvragen in de online enquête zijn door 29 van de 31 (94%) medisch specialisten ingevuld. Van de twee specialisten die de enquête niet hadden ingevuld werkt één als vrijgevestigd medisch specialist en de ander is in loondienst. Per paragraaf worden de relevante uitslagen van de online enquêtes besproken.

4.1 Essentiële factoren voor de kwaliteit van zorg

Uit de geanalyseerde interviews komt een consequent beeld voor de essentiële factoren voor de kwaliteit van zorg naar voren. Veelvuldig genoemd zijn tijd en aandacht voor de patiënt, interactie met de patiënt, deskundigheid van de zorgverlener(s), collegialiteit, samenwerking en de randvoorwaarden zoals beschikbaarheid van adequate ondersteuning, middelen en faciliteiten. Daarnaast vinden medisch specialisten transparantie over het eigen handelen en een veilige cultuur waarin hierop gereflecteerd kan worden belangrijke pijlers van kwaliteit. Hieronder volgt de toelichting van de belangrijkste factoren van de kwaliteit van zorg waar het spanningsveld invloed op heeft, geïllustreerd met letterlijke quotes van de specialisten.

4.1.1 Tijd voor de patiënt

Vrijwel alle medisch specialisten noemen tijd met de patiënt als essentiële factor om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Dit is nodig tijdens de directe interactie met de patiënt, maar ook om spreekuren voor te bereiden en voor intercollegiale en multidisciplinaire overleggen. Zij vinden het in de spreekkamer belangrijk om het verhaal van de patiënt te horen, de juiste diagnose te stellen en uitleg over de bevindingen te geven, zoals deze medisch specialist beschrijft:

“Voldoende tijd voor het afnemen van de anamnese vind ik heel belangrijk. Daar haal je ongelooflijk veel informatie uit, dat echt kan helpen voor het stellen van de diagnose en spaart tijd in het vervolg traject.” (MS17)

Een andere medisch specialist vertelt dat ze binnen zijn vakgroep de standaardtijd voor het eerste consult van 20 naar 30 minuten verlengd hebben. Die extra tijd leidt tot een vollediger eerste gesprek en voorkomt onnodige herhaalbezoeken. Tijd is ook van belang voor gezamenlijke besluitvorming want, zoals één van hen zegt: samen besluiten gaat over wat voor die patiënt het beste is en is niet slechts een kwestie van de patiënten van een operatie afpraten.

De bejegening van de patiënt en empathische houding worden ook als belangrijke factoren benoemd om goede kwaliteit te leveren. Dat hier tijd voor nodig is illustreert deze uitspraak:

“Ik heb tijd nodig om mensen het moment dat ze het slechte nieuws krijgen te laten beseffen, vragen te laten stellen...” (MS19)

Het belang van goede ondersteuning in mensen, middelen en faciliteiten wordt ook diverse malen benadrukt en is vanwege de overvolle spreekuren van extra belang:

“Meer tijd wil niet altijd zeggen dat de kwaliteit beter wordt, maar omdat we weinig tijd hebben zou meer ondersteuning denk ik wel de kwaliteit ten goede komen.” (MS22)

Zij willen gefaciliteerd worden zodat ze zich kunnen concentreren op patiëntenzorg en niet verzanden in andere tijdrovende taken.

4.1.2 Focus op patiëntenzorg

Vrijwel alle medisch specialisten benadrukken dat de zij de vrijheid moeten hebben te doen wat in hun ogen het beste is voor de patiënt. Zo verbinden ze hun medisch-professionele normen rechtstreeks met de kwaliteit van zorg. Zij vinden dat ze goed beargumenteerd mogen afwijken van richtlijnen en protocollen:

“Ik werk bij voorkeur vanuit compassie en vind dat je soms buiten de lijntjes mag kleuren als dat in het belang van de patiënt is.” (MS30)

Zij vinden het ook belangrijk om in hun handelen niet beperkt te worden door de kaders van het DBC-stelsel: goede zorg staat los van financiële prikkels of registratieregels van het DBC-

stelsel. Zij willen professionele autonomie hebben om de zorg te leveren die passend is bij de patiënt. Een oncoloog noemde dit zelfs haar “levensmotto”:

“Autonomie is extreem belangrijk... Als je als dokter je intuïtie en expertise niet meer mag volgen, dan gaat dat ten koste van de patiëntenzorg.” (MS23)

Enkelen noemen expliciet het belang van creatief kunnen zijn om een gepaste oplossing voor de patiënt te kunnen bedenken. Zij benadrukken ook het belang van een holistische of integrale benadering, het implementeren van patiënt vriendelijke werkwijzen of de inzet van innovatieve technologie of behandelingen als dit de patiënt ten goede komt.

4.1.3 Samenwerking

Veel medisch specialisten geven aan dat goede samenwerking binnen het behandelteam, tussen disciplines en tussen zorgorganisaties de kwaliteit van zorg sterk verbetert. Het uitwisselen van kennis en het betrekken van collega-specialisten bij complexe patiënten wordt gezien als een essentiële factor om tunnelvisie te voorkomen en de kans op de best mogelijke behandeling te vergroten. Een chirurg illustreert dit door te wijzen op het belang van multidisciplinaire overleg:

““In het ziekenhuis waar ik voorheen werkte hadden we multidisciplinaire poli’s waar de patiënt op één dag alle specialisten zag. Dat verhoogde de kwaliteit enorm.” (MS28)

Ook is men van mening dat het de kwaliteit van zorg ten goede komt als de doorlooptijd¹ van patiënten korter is hetgeen bereikt kan worden door afspraken op verschillende afdelingen en tussen ziekenhuizen goed op elkaar af te stemmen.

4.1.4 Waarborgen en verbeteren van kwaliteit

Veel medisch specialisten vinden het bijhouden van de resultaten van behandelingen van belang omdat het kan worden ingezet als spiegelinstrument voor de eigen praktijk om verbeteringsslagen te maken. Deze medisch specialist vindt het een vanzelfsprekendheid om hier eigen tijd voor vrij te maken:

“Voor mij is het een vanzelfsprekendheid dat je denken over kwaliteit een integraal onderdeel van je vak maakt.” (MS12)

Men noemt ook het belang van beschikbaarheid van relevante data. Essentieel daarbij is een veilige, lerende cultuur om fouten te kunnen bespreken en open te staan om van elkaar te leren

¹ De tijd die nodig is om de patiënt vanaf binnenkomst tot ontslag door het behandeltraject te begeleiden

zodat verbeteringen kunnen worden doorgevoerd zonder schuldcultuur. Een ervaren medisch specialist zegt hierover:

“Een veilige omgeving is een omgeving waarin je mag leren van dingen die mis zijn gegaan” (MS21)

Dit type cultuur zorgt ervoor dat kwaliteit continu verbetert en professionals zich durven uitspreken als iets niet goed gaat. Eerlijkheid en transparantie horen daar volgens hen onlosmakelijk bij. Dergelijke professionele normen in de cultuur ondersteunen de kwaliteit van zorg doordat men elkaar kan vertrouwen en corrigeren.

Ook vindt men het belangrijk dat de sfeer op de werkvloer goed is, dat bevordert de saamhorigheid en zoals deze medisch specialist mooi verwoordt:

“Plezier in je werk. ‘Geneesplezier’ noem ik dat. Blijve dokters maken goede zorg. Sfeer, cultuur, goede koffie – dat maakt allemaal uit.” (MS12)

Tot slot vinden velen het opleiden van jonge artsen en specialisten ook belangrijk vanwege het delen van kennis en waarborgen van de continuïteit van zorg in de toekomst. Bovendien verbetert het onderwijs geven niet alleen de kennis van de jonge collega maar houden de medisch specialisten zichzelf ook scherp en velen krijgen er energie van, zoals deze medisch specialist verwoordt:

“Opleiding kost tijd, maar houdt je als arts bij de tijd en zorgt voor de toekomst van het vak.” (MS14)

Concluderend zijn de door de geïnterviewde medisch specialisten genoemde essentiële factoren voor de kwaliteit van zorg multidimensionaal en multifactorieel, zoals deze ervaren medisch specialist samenvat:

“De drie kernwaarden voor mij zijn de drie E’s:

- *Evidence-based: je moet je literatuur kennen en daar ook naar luisteren,*
- *Ervaring: je moet ervaring hebben om te weten welk deel van de richtlijn je op wat voor manier moet toepassen en*
- *Empathie: je moet ook de ruimte geven om op een eerlijke manier met de patiënt te praten. Voor mij is dit de kwaliteit van zorg... de rest is daaraan gelieerd.” (MS14)*

4.2 Invloed van het DBC-bekostigingsstelsel op de kwaliteit van zorg

In deze paragraaf wordt de overall mening van de medisch specialisten aan de hand van de uitslagen van de enquête besproken.

Uit de online enquête voorafgaand aan het interview bleek dat 72% van de medisch specialisten van mening is dat het DBC-stelsel de kwaliteit van zorg neutraal beoordeelt: dit betreft zowel degenen die de invloed als noch negatief noch positief beoordelen (totaal 18) als degenen die hier geen mening (3 vrijgevestigden) over hebben (tabel 3).

		Loondienst		Vrijgevestigd		allen	
Impact DBC stelsel	negatief	5	36%	2	13%	7	24%
	neutraal	8	57%	13	87%	21	72%
	positief	1	7%			1	3%
Totaal aantal specialisten		14		15		29	

Tabel 3. Uitslagen online enquête: ervaren impact van het DBC-stelsel op de kwaliteit van zorg van medisch specialisten in loondienst versus vrijgevestigde medisch specialisten.

De medisch specialisten met nevenactiviteiten als manager of bestuurder (9) beoordelen de impact van het DBC-stelsel op de kwaliteit van zorg vaker als negatief (86%) dan degenen die die ervaring niet hebben (14%) (tabel 4).

impact DBC stelsel	totaal	nevenactiviteit			
		ja		nee	
negatief	7	6	86%	1	14%
neutraal	21	3	14%	18	86%

Tabel 4. Uitslagen online enquête: ervaren impact van het DBC-stelsel op de kwaliteit van zorg van medisch specialisten met bestuurders of managementtaken en degenen zonder deze ervaring.

4.3 Spanningsveld en invloed op de kwaliteit van zorg

In de interviews is expliciet naar het spanningsveld tussen de professionele en economische waarden gevraagd. De antwoorden van de medisch specialisten laten zien dat deze spanning in de dagelijkse praktijk sterk voelbaar is. De meesten lossen dit op door nog harder te gaan werken om de kwaliteit van zorg op peil te houden. Hierbij was er geen opvallend verschil tussen de copingstrategieën van medisch specialisten in loondienst en vrijgevestigden.

Professionele waarde	Economische waarde	Consequentie voor kwaliteit van zorg
Tijd voor de patiënt	Productie	Om te voldoen aan de productie-eisen is er structureel tijdkort en dat leidt tot onnodige herhaalbezoeken, onderzoeken en behandelingen
Professionele autonomie	Kaders DBC-stelsel	Rigiditeit van stelsel ontmoedigt zorg waar (nog) geen passende code voor is zoals passende zorg en innovatieve initiatieven
Focus op patiëntenzorg	Registratieregels	Prioriteit om tijd te besteden aan registraties i.p.v. aan patiëntenzorg waarmee aandacht lijkt te verschuiven van kwaliteit van zorg naar zorg over kosten
Inzicht in medisch handelen	Transparantie	Output stelsel geeft geen correct en volledig inzicht in medisch handelen waardoor evaluaties over bijv. praktijkvariëaties en de consequenties hiervan op economische waarden is gebaseerd en niet op inhoud van zorg
Kwaliteit van zorg verbeteren	Honorering naar productie	De benchmark die een financieel verdeelmodel hanteert ontmoedigt efficiënt werken

Tabel 5. Overzicht spanningsveld tussen professionele en economische waarden en consequenties voor de kwaliteit van zorg.

In tabel 5 zijn de belangrijkste waarden die spanning veroorzaken samengevat. In deze paragraaf bespreek ik waarom deze spanning wordt gevoeld, wat de copingstrategieën van de medisch specialisten zijn en wat de gevolgen van zijn voor de kwaliteit van zorg.

4.3.1 Tijd voor de patiënt versus productie

De waarden ‘tijd voor de patiënt’ en ‘productie’ veroorzaken onderlinge spanning omdat beoogde productie (binnen de kaders van normtijden) in belangrijke mate bepaalt hoeveel tijd medisch specialisten voor directe patiëntenzorg hebben.

Uit de enquête blijkt dat 45% van de specialisten vinden dat ze te weinig tijd in de spreekkamer hebben, 31% geeft aan voldoende tijd te hebben en 24% vindt de tijdsduur goed (tabel 6). Opvallend is dat de vrijgevestigde specialisten vaker te weinig tijd ervaren (56%) dan degenen in loondienst (31%). In beide groepen voelt men de druk om zo efficiënt mogelijk te werken om de productie te behalen.

		Loondienst		Vrijgevestigd		allen	
Tijd voor de patiënt	Te weinig	4	31%	9	56%	13	45%
	Voldoende	3	23%	6	38%	9	31%
	Goed	6	46%	1	6%	7	24%

Tabel 6. Uitslagen van de online enquête: de door de medisch specialist ervaren tijd die beschikbaar is voor de patiënt.

De meest geciteerde code in de interviews was ook tijdsdruk. Medisch specialisten balanceren tussen het voldoende tijd willen besteden aan patiënten (professionele waarde) en het zo efficiënt mogelijk werken om te kunnen voldoen aan de productie-eisen (economische waarde). Ze benoemen dat ze het vervelend vinden dat de tijd in de spreekkamer en op de operatiekamer die ze per patiënt te besteden hebben door het DBC-stelsel wordt gestuurd. Tijdsinvestering in de spreekkamer op de korte termijn leidt in hun ogen tot efficiëntere zorg op lange termijn onder andere omdat onnodige herhaalbezoeken kunnen worden voorkomen.

Het DBC-stelsel houdt ook geen rekening met praattijd terwijl meer tijd voor de patiënt beter is voor de kwaliteit van zorg, zoals deze specialist aangeeft:

“Daar is geen ruimte voor in de DBC-systematiek want dan zou je 20 minuten voor de patiënt moeten plannen, maar ja, dan kan je je productie niet halen. Terwijl je betere kwaliteit van zorg levert dus daar zou je eigenlijk voor beloond moeten worden.”(MS2)

Sommige medisch specialisten benoemen dat ze patiënten terug laten komen als ze niet voldoende tijd hadden om alles te bespreken, anderen besluiten om toe te geven aan de wens van de patiënt om een onderzoek aan te vragen omdat ze geen tijd hebben om de patiënt ervan te overtuigen dat dit medisch gezien niet nodig is. Medisch specialisten die ervaring hebben met waarde-gedreven bekostiging hebben meer tijd per patiënt. Zij geven aan dat ze vaker samen met de patiënt beslissen om niet te opereren. Ondanks de tijdsdruk benoemt ook deze vrijgevestigde specialist deze werkwijze:

“Soms is er druk om meer patiënten op een dag te zien of meer operaties in te plannen. Wij maken daar als team duidelijke keuzes in, omdat we vinden dat dit niet ten koste mag gaan van de kwaliteit.” (MS4)

Een aantal medisch specialisten geeft aan dat ze suboptimale zorg leveren omdat ze geen tijd hebben voor het bespreken van preventieve maatregelen of om te voorkomen dat patiënten weer

klachten krijgen. Ook het opleiden van jonge artsen en medisch specialisten, dat als essentieel wordt gezien voor het waarborgen van kwaliteit en continuïteit van zorg, staat vaak onder tijdsdruk. Als hier geen rekening mee gehouden wordt, gaat dit óf ten koste van de opleiding en/of ten koste van de kwaliteit van zorg.

Eén medisch specialist ziet geen directe relatie tussen de productie-eisen en de tijdsdruk maar is van mening dat dit het gevolg is van onvoldoende ondersteuning tijdens het spreekuur, patiënten die met spoed tijdens het spreekuur gezien moeten worden, verwijzers die bellen om te overleggen of administratieve taken.

Copingstrategieën van medisch specialisten

Medisch specialisten waarborgen de kwaliteit van zorg door extra hard te werken en overuren te maken. Een vrouwelijk medisch specialist zegt hierover:

“Ik ervaar dat ik tijd tekortkomt. Ik los het op met keihard werken. Op zondag bereid ik mijn spreekuren van die week en het MDO van maandag voor en ik neem de tijd die nodig is voor mijn consulten waardoor ik regelmatig uitloop.” (MS17)

De kwaliteit van zorg blijft in stand doordat de professional het gat dicht, ten koste van haar eigen tijd en energie. Een aantal geeft aan het niet erg te vinden om meer uren te maken maar is wel gefrustreerd dat het overwerk niet zichtbaar gemaakt kan worden binnen het stelsel. Structurele overuren worden nergens geregistreerd en daardoor blijven ze overwerken. Ook wordt door een aantal benoemd dat de continue druk geen ruimte biedt voor reflectie terwijl dit juist een kans is om te verbeteren. De economische waarde van efficiënt werken botst hier met de professionele wens tot reflectie (noodzakelijk voor kwaliteit). Enkelen weten te organiseren hier expliciet tijd voor te alloceren of nemen het voor lief dat ze moeten investeren in eigen tijd:

“We hebben geen tijd voor reflectie – dat heeft weer met geld te maken – maar we moeten daar wel tijd voor maken, vind ik.” (MS4)

Niet iedereen kan of wil dit onbeperkt volhouden. Sommige specialisten geven aan dat ze continu stress ervaren en dat dit ten koste gaat van hun werkplezier en functioneren. De impact daarvan op kwaliteit van zorg is tweeledig: ten eerste het risico dat oververmoeidheid leidt tot minder goed functioneren, ten tweede het uitblijven van verbeteringen omdat men geen tijd heeft om stil te staan en te leren van ervaringen.

4.3.2 Professionele autonomie versus kaders DBC-stelsel

Een tweede belangrijk spanningsveld betreft de professionele autonomie van de medisch specialist versus de verplichting om verantwoording over dat handelen af te leggen binnen de kaders van het DBC-stelsel. Men ervaart hier vaak spanning op omdat het DBC-stelsel nooit helemaal aansluit bij de complexiteit van de dagelijkse medische praktijk. Ook doet het dilemma zich regelmatig voor dat er geen passende code is voor de zorg die geleverd is en dan lijkt het alsof de medische handeling niet bestaat:

“Volgens de zorgverzekeraar lever je alleen de zorg die je kunt aantonen in de DBC systematiek.” (MS21)

Dit kan tot discussies leiden waarbij de medisch specialist de keuze op grond van niet-medische argumenten moet verantwoorden richting managers en zorgverzekeraars. Dit wordt bovendien ervaren als aantasting van hun professionele autonomie en een gebrek aan vertrouwen in hun professionaliteit. Een medisch specialist sprak haar frustratie uit over situaties waarin ze niet vrij is een bepaalde behandeling te geven door beperkingen van het DBC-stelsel, zoals bijvoorbeeld innovatieve behandelingen waar (nog) geen codes voor zijn en die dus niet vergoed worden. Hier leiden de kaders van het DBC-stelsel tot direct verlies van kwaliteit omdat zij niet autonoom de beste zorg kan bieden. Dat gaat zowel tegen haar professionele oordeel (ze wéét dat de nieuwe behandeling beter zou zijn) als haar waarden van rechtvaardigheid (patiënt krijgt het niet of moet het zelf betalen) in:

“Als wij passende zorg leveren, maar de bekostiging ons straft omdat het niet netjes in de DBC-systematiek past, dan zit daar een fundamenteel probleem.” (MS21)

Het bureaucratisch proces dat doorlopen moet worden om de passende codes en vergoeding erdoor te krijgen wordt als traag en complex ervaren. De rigiditeit van het DBC-stelsel ontmoedigt dus ook zorg waar (nog) geen passende code voor is zoals passende zorg en innovatieve initiatieven.

Copingstrategieën van de medisch specialisten

Uit de online enquête bleek dat 62% van de medisch specialisten hun medisch handelen niet zou wijzigen indien hun inkomen gelijk zou blijven (tabel 7).

		Loondienst		Vrijgevestigd		allen	
Medisch handelen	Ja	4	31%	7	44%	11	38%
	Nee	9	69%	9	56%	18	62%

Tabel 7. Uitslagen van de online enquête: de invloed van het DBC-stelsel op het medisch handelen indien dit geen financiële consequenties zou hebben.

Veel medisch specialisten gaven in de interviews al aan dat zij hun medisch handelen sowieso niet door het DBC-stelsel laten leiden:

“Ik neem geen besluiten over een patiënt op basis van het DBC-systeem. De medische beslissing komt eerst, en de DBC is slechts een administratieve afhandeling.” (MS14)

Indien voor een bepaalde behandeling geen code is of er geen vergoeding tegenover staat maar de medisch specialist wil deze toch uitvoeren, kan er een discussie ontstaan met het management of de zorgverzekeraar. Een aantal gaan die strijd ook aan want zij vinden dat de zorgprofessional het beste weet wat goed is voor de patiënt en diens mening leidend moet zijn bij de behandeling van patiënten. Een medisch specialist benoemt expliciet dat hij vindt dat de medisch specialist het ziekenhuis moet bestieren en de managers er zijn om hen te faciliteren. Een aantal ervaart de rol die het DBC-stelsel in de dagelijkse praktijk inneemt als een trieste ontwikkeling:

“Het systeem drijft ons af van de oorspronkelijke roeping waarmee we dit vak zijn begonnen. Dat is eigenlijk het meest verdrietige.” (MS8)

Bij sommigen raakt dit een laag dieper en creëert een gevoel van onderwaardering alsof de kennis en kunde van de arts niet meer meetelt en ze niets meer waard zijn.

4.3.3 Focus op patiëntenzorg versus registratieregels

Een derde spanningsveld dat geïdentificeerd werd benoemd in de interviews is de wens van medisch specialisten om hun tijd en aandacht te besteden aan patiëntenzorg en niet aan het registreren van de DBC's:

“We worden gedwongen om ons meer op registratie te focussen dan op patiëntenzorg. Dat voelt niet goed. Ik ben specialist geworden om goede zorg te leveren, niet om administratief medewerker te zijn.” (MS8)

De meesten begrijpen wel dat een zekere vorm van bedrijfsmatige verantwoording noodzakelijk is en zien ook de noodzaak voor de financiering van het ziekenhuis. Toch voelen velen spanning op dit onderwerp omdat ze het ingewikkeld vinden en daardoor ook veel tijd kwijt zijn aan de registratie. Deze wordt regelmatig ervaren als noodzakelijk kwaad, waarbij men het gevoel heeft dat het DBC-stelsel leidend is geworden in plaats van ondersteunend. Ook vindt een aantal dat het een oneigenlijke taak is of ageert tegen het stelsel:

“Alle zorgverleners hebben een sterke intrinsieke motivatie. Niemand wordt dokter om DBC’s te optimaliseren. Het systeem moet inspelen op die intrinsieke motivatie, niet op economische prikkels.” (MS9)

De motivatie om goed te registreren ontbreekt daardoor vaak ook. Dit wordt versterkt door het feit dat er gevoelsmatig inconsequenties in het stelsel zitten omdat het de medisch werkelijkheid niet goed weergeeft en de prijzen van een DBC vaak niet passen bij de zwaarte van de zorg die is geleverd.

Copingstrategieën van medisch specialisten

De meeste specialisten registreren zelf hun DBC’s waarbij de één er meer aandacht aan besteedt dan de ander. Een aantal medisch specialisten benoemt dat de door hen geregistreerde DBC’s gecheckt worden door of een ingewijde van de vakgroep of de financiële afdeling. Een enkeling staat op zich welwillend ten opzichte van het registreren maar zou meer kennis willen hebben om het goed te doen. Echter, over het algemeen ervaren medisch specialisten een energielek zoals deze ervaren vrijgevestigde vrouwelijke chirurgen aangeeft:

“Ik vind dat registreren echt vreselijk, want ik ben daar niet voor opgeleid en ik wil het ook niet doen. Ik wil niet met geld bezig zijn, ik wil patiënten helpen.” (MS19)

Zij wil haar tijd en aandacht liever willen richten op zorg terwijl die nu opgaat aan voor haar gevoel zinloze registraties. Onderregistratie is volgens een heel aantal medisch specialisten een groter probleem dan overregistratie. Dit wordt verklaard uit het feit dat men het niet belangrijk vindt, men geen energie meer heeft om dit aan het eind van de dag nog te doen, de handeling toch geen geld oplevert, men onvoldoende kennis heeft of gefrustreerd raakt omdat het als een oneigenlijke taak voelt. Velen willen liever met patiëntenzorg bezig zijn dan met registraties die hun eigen waarden niet dienen.

4.3.4 Inzicht in medisch handelen versus transparantie

Ook is een spanningsveld geïdentificeerd tussen de inzichten die het DBC-stelsel geeft en de factoren die medisch specialisten belangrijk vinden. Een vaak genoemd doel van het DBC-stelsel is transparantie: inzichtelijk maken wat er gebeurt in de zorg en wat het kost. Medisch specialisten erkennen dat er meer transparantie is gekomen want er zijn nu data over aantallen verrichtingen en kosten maar ze vragen zich af of de balans niet te ver is doorgeslagen richting economische transparantie. Ondanks de verplichting om dagelijks te registreren halen zij niet de informatie uit het systeem die zij belangrijk vinden. Deze transparantie is niet zinvol voor hun dagelijks medisch handelen die goede kwaliteit van zorg beoogt.

Eén van de problemen is ook dat indirect patiënt gebonden werkzaamheden van medisch specialisten zoals voorbereiding voor de spreekuren en overleg met collega's en verwijzers niet zichtbaar te maken zijn binnen het stelsel. Ook is er voor opleiding of onderzoek geen aparte registratiecode binnen het DBC stelsel. Het is dus niet mogelijk om inzicht te krijgen in hoeveel tijd hier aan besteed wordt. Datzelfde geldt voor het faciliteren van of participeren aan wetenschappelijk onderzoek terwijl de tijdsbesteding substantieel is en bovendien belangrijk voor de kwaliteit van zorg. Ook samenwerking wordt niet gefaciliteerd binnen het DBC stelsel want het is niet zichtbaar omdat ieder zijn eigen DBC registreert en, als dat niet kan, het vaak niet wordt geregistreerd. Samenwerking wordt daarmee niet aangemoedigd:

“Samenwerking is onvoldoende zichtbaar te maken binnen het DBC stelsel en zo wordt het niet gefaciliteerd om integraal te werken.” (MS16)

Verschillende medisch specialisten wezen er ook op dat nazorg of psychosociale steun niet zichtbaar is binnen het systeem en het daardoor onmogelijk is om managers en verzekeraars te overtuigen van de toegevoegde waarde.

Copingstrategieën van medisch specialisten

De transparantie van de zorg blijkt binnen het DBC-stelsel beperkt: men ervaart dat alleen datgene telt wat in het stelsel past. Dit voedt het gevoel dat onvoldoende gerespecteerd wordt wat medisch specialisten belangrijk vinden voor de kwaliteit van zorg. Zij ervaren een discrepantie tussen de waarden van hun beroep en de prikkels van het stelsel. Bij velen leidt dit tot frustratie en tot het bewust creëren van ‘eigen ruimte’ waarin zij kunnen doen wat zij nodig achten:

“Ik wil niet beïnvloed worden en gewoon doen waarvan ik denk dat het kwalitatief goede zorg is.” (MS18)

Zij handelen onafhankelijk van registratieregels en de consequenties voor de inkomsten van de zorgorganisatie.

4.3.5 Kwaliteit van zorg verbeteren versus honorering naar productie

Uit de interviews kwam naar voren dat het financieel verdeelmodel, dat wordt gehanteerd om de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten in ziekenhuizen vast te stellen, een belangrijke rol blijkt in te nemen binnen het spanningsveld en de discussie over de invloed van het DBC-stelsel op de kwaliteit van zorg.

Vrijgevestigd medisch specialisten ontvangen in de regel als groep een van tevoren vastgesteld percentage van de omzet van de zorgorganisatie. De honoraria worden vervolgens meestal per vakgroep verdeeld middels het verdeelmodel van een benchmark organisatie. Deze organisaties gebruiken informatie uit het DBC-stelsel en vergelijken ziekenhuizen met elkaar. Zo wordt bijvoorbeeld de productie van een vakgroep ‘gebenchmarkt’ met de productie van diezelfde vakgroep in een vergelijkbaar ziekenhuis. De methode die wordt gehanteerd kan leiden tot een gevoel van ongelijkheid omdat het verdeelmodel is gebaseerd op vergelijking met andere ziekenhuizen en die kan bijvoorbeeld een andere case-mix hebben. Zo vertelt een neuroloog dat haar ziekenhuis wordt vergeleken met ziekenhuizen die trombolyse doen, terwijl zij dat niet doen maar dit wel extra geld oplevert. Hun vakgroep moet dat compenseren door meer productie op de poli te maken hetgeen weer ten koste kan gaan van de tijd voor de patiënt. Een ander vertelt dat:

“Een benchmark bepaalt hoeveel productie je hebt geleverd vergeleken met andere ziekenhuizen. Maar als andere ziekenhuizen 15% meer productie draaien en wij maar 10%, dan zitten wij ‘onder de norm’, terwijl we misschien gewoon efficiënter werken.” (MS5)

Deze medisch specialist beschrijft dat de productie ten opzichte van andere ziekenhuizen omlaag ging omdat zij meer tijd aan de patiënt besteden, terwijl haar vakgroep van mening was dat ze efficiënter werkten en de kwaliteit van zorg verbeterde en negatieve consequenties had voor hun inkomsten.

Ook ervaart men dat het volledig registreren door dit verdeelmodel vaak niet wordt bevorderd. Als een bepaalde vakgroep een patiënt gemiddeld twee keer terug ziet op het spreekuur maar

in het eigen ziekenhuis is dat drie keer, dan verliezen ze effectiviteitspunten hetgeen invloed heeft op hun inkomsten. Ook spelen normtijden een rol zoals deze vrouwelijke specialist aangeeft:

“Hoe sneller ik opereer hoe meer ik mezelf in de vingers snijd, want dan wordt de normtijd steeds korter.” (MS29)

Efficiënter werken lijkt dan indirect te worden “afgestraft” omdat de normtijd als benchmark telt. Dit zijn praktijkvoorbeelden die direct consequenties kunnen hebben voor het honorarium van de vrijgevestigd medisch specialist en waarbij de kwaliteit van zorg dus onder druk kan komen te staan.

Copingstrategieën van medisch specialisten

Voor veel medisch specialisten is het niet duidelijk hoe hun honorarium is opgebouwd en laten zij hun medisch handelen hier niet door beïnvloeden. In een aantal ziekenhuizen heeft men besloten om de invloed van het verdeelmodel minder zwaar te laten meewegen bij de verdeling. Sommigen zijn er zelfs helemaal vanaf gestapt. Toch was er ook een medisch specialist met bestuurderservaring die zijn zorg uitsprak over het feit dat de dominantie van het DBC-stelsel en deze benchmarks de medisch-inhoudelijke autonomie langzaam uit lijkt te hollen. Hij beschrijft dat jonge medisch specialisten initieel puur vanuit professionele waarden werken, maar het risico bestaat dat gaandeweg de economische realiteit binnen het stelsel hun aandacht opeist.

5. Discussie

Het doel van dit onderzoek was om de invloed van het DBC-bekostigingsstelsel op de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de medisch specialist te onderzoeken.

5.1 Bevindingen

Uit de bevindingen blijkt dat de economische waarden die het DBC-stelsel dienen tot een spanningsveld met de professionele waarden van de medisch specialist leiden. De bevindingen van dit onderzoek komen in grote lijnen overeen met de literatuur over het spanningsveld dat ontstaat onder de invloed van de managerialisering van de medische zorg (Numerato et al., 2012). Aan de ene kant staan de professionele waarden van medisch specialisten zoals tijd voor de patiënt, professionele autonomie, samenwerking, opleiding en research en het waarborgen

van optimale kwaliteit van zorg centraal. Aan de andere kant dwingen de economische waarden om de zorg in een bedrijfsmatig model te persen.

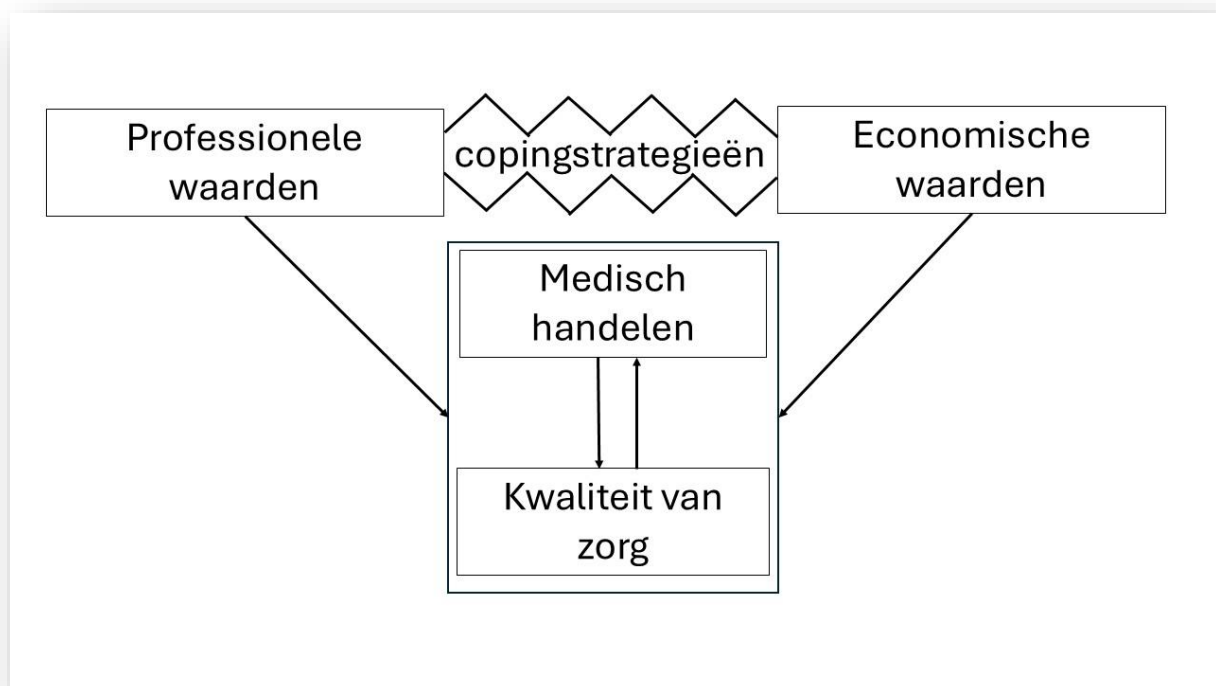
Uit de interviews werd ook duidelijk dat medisch specialisten regelmatig het gevoel hebben dat managementbeslissingen of DBC-registratieregels onvoldoende rekening houden met hun vakinhoudelijke expertise en waarden. Deze bevinding strookt met literatuur over de kloof tussen zorgverleners en managers. Klopper-Kes (2011) spreekt van “*Mind the gap*” en laat zien dat medisch specialisten en managers vaak verschillende wereldbeelden hebben die samenwerking bemoeilijken. Waar medisch specialisten het belang van kwalitatieve zorg en professionele autonomie vooropstellen, benaderen managers vraagstukken vaker vanuit kostenbeheersing, prestaties en indicatoren. Deze perceptieverschillen leiden tot miscommunicatie en voeden frustratie en wantrouwen. Cruciaal is dat beide groepen uiteindelijk hetzelfde doel delen: goede zorg leveren. Zij benadrukt dan ook dat wederzijds begrip en vertrouwen nodig zijn om dit doel te bereiken. Wanneer dat ontbreekt, kunnen professionele en economische logica’s elkaar verstoren, met frustratie en verminderde samenwerking als gevolg hetgeen afbreuk kan doen aan de kwaliteit van zorg.

De copingstrategieën die de geïnterviewde medisch specialisten hanteren zijn ook vaker beschreven in de literatuur: zij bewaken hun professionele autonomie en willen zich niet laten leiden door administratieve regels maar doen wat zij het beste vinden voor de patiënt. Deze professionele waarden voeden hun intrinsieke motivatie (Solms et al., 2019). De strategieën die de medisch specialisten benoemen zijn niet eerder zo direct in verband gebracht met het DBC-bekostigingsstelsel. Wel wordt benoemd dat het DBC-stelsel, dat in essentie op prestatiebekostiging is gebaseerd, perverse prikkels oproept die de kwaliteit van zorg zouden kunnen beïnvloeden onder andere omdat medisch specialisten geneigd zouden zijn om onnodige behandelingen uit te voeren (Aarden et al., 2011). Dit rechtvaardigt nadere reflectie. In dit onderzoek kwam naar voren dat de invloed van beperkte tijd voor de patiënt vele malen werd genoemd. De tijdsbesteding per patiënt wordt aan de voorkant gedicteerd door hoe het stelsel beloofd: er wordt zo efficiënt mogelijk gepland om de productie te halen. Dit tekort aan tijd kan druk uitoefenen op de beslissingen die de medisch specialisten nemen omdat een besluit om niets te doen vaak meer praattijd kost met het risico dat andere patiënten moeten wachten en het spreekuur uitloopt. Een beslissing om te behandelen zou kunnen worden gelabeld als een perverse prikkel van de medisch specialist terwijl de daadwerkelijke reden tijdtekort kan zijn. Het gevoel dat er steeds een ‘klok’ is die tikt werkt stress verhogend. Uit de interviews blijkt dat het managen van de tijd om goed te blijven functioneren zwaarder weegt dan zelfverrijking als er al sprake is van een beslissing die leidt tot een onnodig onderzoek of behandeling. In de

literatuur heb ik geen onderzoeken gevonden die dit mechanisme hebben onderzocht. Daarentegen wordt de prestatiebekostiging vaak in verband gebracht met het effect van perverse prikkels waarbij het mogelijk is dat bedrijfseconomen, managers en zorgverzekeraars door hun bril van bedrijfslogica naar het handelen van de medisch specialist kijken. Uit de interviews in het kader van deze thesis kwam een beeld van bevlogenheid, toewijding en persoonlijke inzet van de medisch specialisten naar voren. Men benoemt vaker frustratie over de verschuiving van de prioriteit van kwaliteit van zorg naar zorg over juiste verantwoording, het verlies van autonoom handelen en ook ervaren velen dat zij onvoldoende gefaciliteerd worden door het management. Dit kan demotiverend werken en tot cynisme leiden maar strookt niet met het beeld over perverse prikkels bij medisch specialisten dat regelmatig wordt geschetst.

5.2 Herziening conceptuele model

De bevindingen uit dit onderzoek vragen om een herziening van het conceptuele model waarin de copingstrategieën een veel centralere rol krijgen.



Figuur 4. Herzien conceptueel model van de verschillende elementen die het handelen van de medisch specialist beïnvloeden en de relatie tot de kwaliteit van zorg.

Het spanningsveld tussen professionele en economische waarden heeft al invloed voordat het medisch handelen plaatsvindt. Het DBC-stelsel bepaalt immers de structuur van hun

werkzaamheden en zij moeten anticiperen door hun planning en hun manier van werken hierop aan te passen (figuur 4).

5.3 Analyse van verschillen tussen subgroepen

Hieronder volgt een beknopte analyse van verschillen tussen subgroepen. De rol die deze analyse speelt is beperkt gezien het kwalitatieve karakter van dit onderzoek. Bovendien geeft dit onderzoek vooral een indruk en geen volledig representatief beeld van het perspectief van de medisch specialist in Nederland. Desalniettemin lijkt het gerechtvaardigd om de zichtbare trend te benoemen en hier kort op te reflecteren.

De analyse is gemaakt van opvallende verschillen tussen de volgende subgroepen: 1. medisch specialisten in loondienst versus vrijgevestigden, 2. vrouwelijke versus mannelijke, 3. jongere (≤ 50 jaar) versus oudere medisch specialisten (> 50 jaar) en 4. medisch specialisten met en zonder bestuurders- en managementervaring.

De spanningen tussen de professionele en de economische waarden worden zowel door medisch specialisten in loondienst (14) als door vrijgevestigden (17) gevoeld: beide ervaren ook productiedruk vanuit de organisatie. Interessant was dat vrouwelijke specialisten vaker tijdsdruk lijken te ervaren dan hun mannelijke collega's. Dit zou verklaard kunnen worden uit het feit dat vrouwen meer belang hechten aan verbinding en zorgvuldige communicatie. Ook was er een trend zichtbaar dat jonge specialisten (9) minder last hebben van tijdsdruk dan ouderen (22). Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat zij van meet af aan gewend zijn om zo te werken of zich makkelijker aanpassen waar ouderen vanwege het jarenlange meebuigen meer weerstand beginnen te voelen.

Medisch specialisten met management ervaring (9) waren opvallend vaker negatief (86%) over de invloed van het DBC-stelsel op de kwaliteit van zorg dan medisch specialisten zonder die ervaring. Een mogelijke verklaring is dat ze meer kennis van het DBC-stelsel hebben, beter weten hoe het stelsel de productie beïnvloedt en welke rol dit speelt bij de onderhandelingen met de zorgverzekeraars.

5.4 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen van dit onderzoek volgen aanbevelingen voor beleidsmakers, ziekenhuisbestuurders, medisch specialisten en andere stakeholders binnen de zorgsector:

1. Herziening van het DBC-bekostigingsstelsel ten gunste van passende zorg

Het huidige DBC-stelsel stimuleert volume boven waarde. Voeg naast de indeling in ziekten en behandelingen (DBC) de dimensie kwaliteit van zorg toe. Pas de kostenstructuur aan waarbij extra tijd voor consulten voor uitleg, gezamenlijke besluitvorming en nazorg beloond wordt. Verlaag de drempel voor het implementeren van initiatieven voor passende zorg door bekostiging te faciliteren zonder de remmende werking van bureaucratische processen.

2. Bevorder de dialoog tussen de zorgprofessional en het management

Het verschil tussen de waarden van de medisch specialisten en het management en de zorgverzekeraar en de spanning die dit oplevert veroorzaakt een communicatieve kloof die een belemmering vormt voor samenwerking en kwaliteitsverbetering. Investeer in dialoogstructuren waarin beide groepen elkaars perspectieven leren begrijpen en gezamenlijk tot besluitvorming komen. Overweeg bijvoorbeeld gedeelde leernetwerken, gezamenlijke training in elkaars logica en structureel overleg over financiën, productie en kwaliteit van zorg.

3. Versterk professionele autonomie en vertrouwen

Beperk de sturende invloed van externe benchmarking en uniforme productiesturing die voorbijgaat aan lokale contexten. Implementeer de kwaliteitsnormen die wetenschappelijke verenigingen hanteren binnen het DBC-stelsel zonder dat dit tot toename van de administratieve last leidt. Vertrouwen in professioneel handelen moet leidend zijn boven externe controle.

4. Ontlast de administratieve druk

Zorg voor concrete vermindering van de tijd die de medisch specialist moet besteden aan administratieve handelingen. Denk aan inzet van meer ondersteunend personeel, verbeterde digitale systemen met automatische rapportage, of pilots met vereenvoudigde verslaglegging.

5. Waardeer niet-productieve maar essentiële zorg

Maak preventie, intercollegiaal overleg, multidisciplinair werken, samenwerking, opleiding, research en nazorg zichtbaar binnen het stelsel. Zo kunnen ze worden erkend als volwaardige onderdelen van goede zorg. Dit vraagt om een bredere definitie van wat als 'productief' geldt binnen de bekostiging van de zorg en vraagt een lange termijnvisie.

7. Experimenteer met alternatieve bekostigingsmodellen

Wijzig de manier waarop de huidige bekostiging is gekoppeld aan de DBC-systematiek. Maak daarbij gebruik van de ervaring met alternatieve bekostigingsmodellen die al is opgedaan in het veld en maak het faciliteren van nieuwe initiatieven eenvoudiger.

5.5 Beperkingen van dit onderzoek

De bevindingen van dit onderzoek zijn niet zonder meer van algemene toepassing gezien de beperkingen van dit onderzoek. In de eerste plaats zijn de interviews met medisch specialisten uit mijn netwerk gehouden. Hierdoor kan er een bias in de door hen gedeelde informatie en de door mij geïnterpreteerde informatie zitten hetgeen de objectiviteit vermindert. De geïnterviewden vertegenwoordigen bovendien geen representatieve groep voor de medisch specialist gezien de hogere leeftijd en het relatief groot aantal met een chirurgisch specialisme.

5.6 Vervolgonderzoek

Het verdient aanbeveling om de tijdsdruk die medisch specialisten ervaren en de gevolgen hiervan voor de medische besluitvorming te onderzoeken. In het verlengde hiervan is het interessant om te onderzoeken of patiënten die tijdsdruk ook ervaren en welke invloed dit op hen heeft: komen ze vaker terug, gaan ze naar een ander ziekenhuis of vragen ze om een second opinion? Dit kan, naast onnodige zorg, tot toename van de kosten leiden. De inzichten die hieruit voortkomen kunnen een handvat voor verder onderzoek naar een alternatief bekostigingsmodel bieden.

6. Conclusie

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen van deze thesis samengevat.

Uit dit onderzoek blijkt het spanningsveld dat ontstaat tussen de professionele waarden van de medisch specialist en de economische waarden van het DBC-bekostigingsstelsel op verschillende manieren invloed heeft op de kwaliteit van zorg. De medisch specialisten hanteren binnen dit spanningsveld copingstrategieën om alles te doen in het belang van de patiënt, maar ervaren niet dat het stelsel hun aanpak faciliteert. Uit de interviews met de medisch specialisten kwamen fenomenen naar voren die al eerder beschreven zijn in de literatuur. De relatie tussen het DBC-stelsel en de tijdsdruk die de productie eisen vanuit dit stelsel op het medisch handelen leggen kwam niet eerder zo duidelijk naar voren. Dat kwaliteit van zorg nauw verweven is met de professionele waarde van medisch specialisten was wel bekend en werd ook uit dit onderzoek duidelijk. Deze intrinsieke waarde motiveert hen om de kwaliteit te blijven waarborgen door nog harder te werken. Concluderend heeft het DBC-

bekostigingsstelsel in de huidige vorm een belangrijke invloed op de manier van werken van de medisch specialist waardoor deze minder tijd voor patiëntenzorg heeft en kwaliteitsverbeteringen niet gestimuleerd worden. De kwaliteit van zorg staat hierdoor onder druk.

7. Reflectie

In deze reflectie kijk ik terug op mijn ervaring gedurende dit thesis traject, mijn interpretatie van de bevindingen en deel ik een aantal visuele beelden van inzichten die ik heb gekregen.

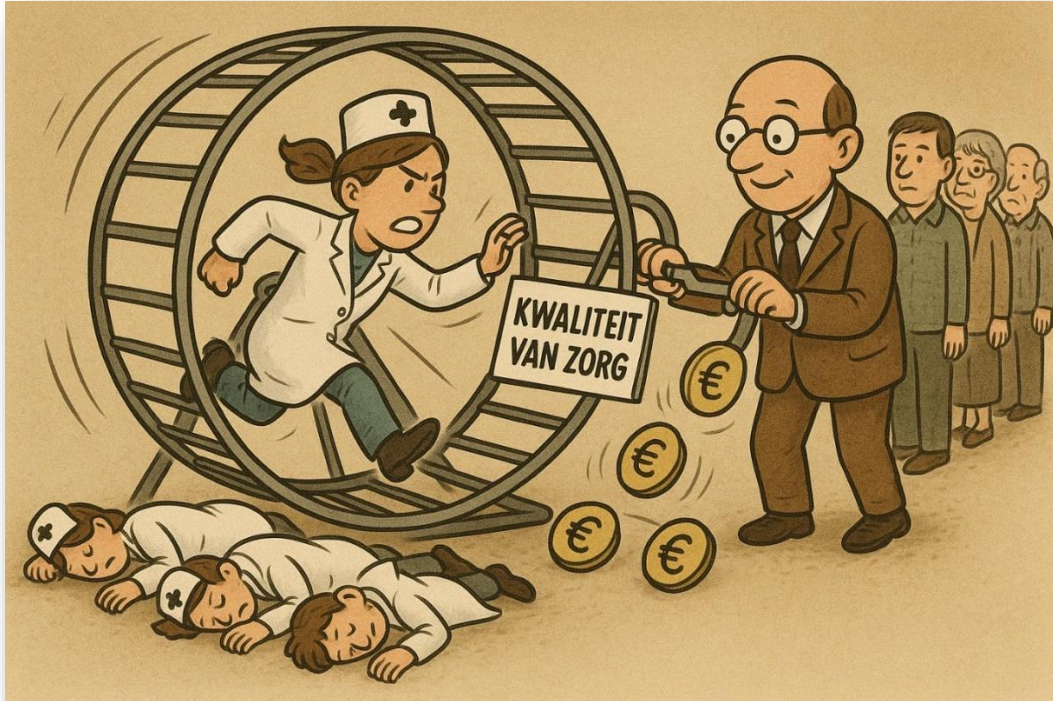
Het schrijven van deze thesis is voor mij een leerzaam, intensief en verrijkend proces geweest. Ik heb inhoudelijk veel geleerd over de complexiteit van het DBC-bekostigingsstelsel en de perceptie van medisch specialisten. Ook heb ik geleerd hoe waardevol en veeleisend kwalitatief onderzoek is. Het analyseren van 31 interviews vroeg om structuur en geduld. Vooral het vinden van de balans tussen recht doen aan ieders unieke verhaal was een uitdaging. ‘Kill your darlings’ is een lijfspreuk geworden want ik vond natuurlijk alle uitspraken relevant.

Ik heb regelmatig gebruikt gemaakt van kunstmatige intelligentie voor de verwerking en analyse en interpretatie van data. Door mijn werkwijze denk ik voldoende gewaarborgd te hebben dat de bevindingen van dit onderzoek een eerlijke en transparante analyse is van de interviews. In mijn ervaring helpt kunstmatige intelligentie maar is het belangrijk om kritisch te blijven en je eigen beoordelingsvermogen te gebruiken. Bovendien is de toegevoegde waarde dat, mits op de juiste en ethische manier gebruikt, meer verdieping aangebracht kan worden omdat minder handwerk nodig is.

Door medisch specialisten uit mijn netwerk te benaderen hoopte ik een open en eerlijk gesprek te kunnen voeren en heb de meeste gesprekken ook als zodanig ervaren. Wat ik tegelijkertijd opvallend vond was dat een aantal aanvankelijk geen relatie zag tussen de kwaliteit van zorg en het DBC-stelsel, maar naarmate het interview vorderde hun mening wijzigde. Mogelijk is dit te verklaren uit het feit dat zij aangeven dat ze hun handelen niet laten beïnvloeden door het DBC-stelsel maar ze zich onvoldoende bewust zijn van de invloed die het stelsel bij het ontwerp van de planning van spreekuren en operaties heeft en dat de begroting van een ziekenhuis hier op gebaseerd is.

De interviews met de medisch specialisten heb ik met veel plezier gedaan en hun betrokkenheid bij het welzijn van de patiënt heeft me het meest geraakt. Tegelijkertijd heb ik ook gezien hoe kwetsbaar die betrokkenheid hen maakt en hoe dit kan leiden tot een burn out binnen een

systeem waarin ze onder hoge tijdsdruk staan, steeds minder waardering voor hun beroep voelen, autonomie kwijt lijken te raken en de administratielast alleen maar toeneemt zonder dat ze hier profijt van zien.



Figuur 4. Het rad van tijdsdruk.

Dit riep bij mij het beeld op van een draaiend rad waarbij de medisch specialist door overuren te draaien probeert om de kwaliteit van zorg te waarborgen. De copingstrategieën die zij hanteren kunnen op den duur leiden tot verlies van interesse, empathie, intrinsiek en motivatie of een burn-out hetgeen de kwaliteit van zorg niet ten goede komt (figuur 4). Uit de interviews is deze trend als latent thema wel te herkennen.

Tot slot deel ik graag mijn inzicht over de werking van het DBC-stelsel. Het is een stelsel waarvan de input wordt gedaan door zorgprofessionals die hun medisch handelen in de economische vakjes proberen te plaatsen en de output door bedrijfskundigen en data analisten gebruikt wordt voor sturing en controle.



Figuur 5. Het triviale karakter van het DBC-stelsel. De patient wordt door een stelsel gehaald waarvan de vorm ingang niet overeenkomt met die van de uitgang (dank aan Victor Albers).

Ik heb mijn perspectief over het DBC-stelsel in een met kunstmatige intelligentie gegenereerd plaatje weergegeven. Ik hoop dat de bewustwording van de trivialiteit van het stelsel verhelderend kan werken, aanleiding kan geven tot een gesprek en de samenwerking van de verschillende partijen ten goede kan komen (figuur 5).

Literatuur

- Aarden, E., & Van Hoyweghen, I. (2011). Lessons from the Netherlands for the health and social care bill. *Lancet* (London, England), 377(9779), 1745.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60728-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60728-9)
- Adler, P. S., & Kwon, S.-W. (2013). The Mutation of Professionalism as a Contested Diffusion Process: Clinical Guidelines as Carriers of Institutional Change in Medicine. *Journal of Management Studies*, 50(5), 930–962.
<https://doi.org/10.1111/joms.12003>
- Bazzoli, G. J. (2021). Hospital risk-based payments and physician employment: Impact on financial performance. *Health Care Management Review*, 46(1), 86–95.
<https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000245>
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1991). *The social construction of reality : a treatise in the sociology of knowledge*. Penguin Books.
- Blumenthal, D. (1994). The vital role of professionalism in health care reform. *Health Affairs* (Project Hope), 13(1), 252–256.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Brivot, M. (2011). Controls of Knowledge Production, Sharing and Use in Bureaucratized Professional Service Firms. *Organization Studies*, 32(4), 489–508.
<https://doi.org/10.1177/0170840611400284>
- Busse, R., Geissler, A., & Quentin, W. (2011). *Diagnosis-Related Groups In Europe : Moving Towards Transparency, Efficiency And Quality In Hospitals*. McGraw-Hill Education.
<https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=863801>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (Fourth edition, international student edition). SAGE Publications.
- Den Dekker, J. (2012). Kwaliteit van zorg. In: *Mondzorg in sociaal perspectief*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten. https://doi.org/10.1007/978-90-313-9205-6_14
- DICA (2010). [Dutch Institute for Clinical Auditing](#).
- Doyle, B. J., & Ware, J. E. (1977). Physician conduct and other factors that affect consumer satisfaction with medical care. *Journal of Medical Education*, 52(10), 793–801.

- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Engelen, E., Mosciaro, M., & Kaika, M. (2023). Seeing like an economist: using the case of Dutch healthcare reform to bring professions and their epistemologies back in the field of new economic sociology. *Socio-Economic Review*, 21(2), 909–934. <https://doi.org/10.1093/ser/mwad005>
- Epstein, A. M. (2007). Pay for Performance at the Tipping Point. *The New England Journal of Medicine*, 356(5), 515–517. <https://doi.org/10.1056/NEJMe078002>
- Evetts, J. (2013). Professionalism: Value and ideology. *Current Sociology*, 61(5-6), 778–796. <https://doi.org/10.1177/0011392113479316>
- Flierler, W. J., Nübling, M., Kasper, J., & Heidegger, T. (2013). Implementation of shared decision making in anaesthesia and its influence on patient satisfaction. *Anaesthesia*, 68(7), 713–722. <https://doi.org/10.1111/anae.12196>
- Ford, S., Schofield, T., & Hope, T. (2006). Observing decision-making in the general practice consultation: who makes which decisions? *Health Expectations*, 9(2), 130–137. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2006.00382>.
- Freidson, E. (1975). *Profession of medicine : a study of the sociology of applied knowledge*. Dodd, Mead.
- Gifford, R., Molleman, E., & van der Vaart, T. (2024). It's a jungle out there: Understanding physician payment and its role in group dynamics. *Social Science & Medicine* (1982), 350, 116945. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116945>
- Goodrick, E., & Reay, T. (2011). Constellations of Institutional Logics: Changes in the Professional Work of Pharmacists. *Work and Occupations*, 38(3), 372–416.
- Harrison, S., & Smith, C. (2003). Neo-Bureaucracy and Public Management: The Case of Medicine in the National Health Service. *Competition & Change*, 7(4), 243–254. <https://doi.org/10.1080/1024529042000197077>
- Harrison, S., & Ahmad, W. I. U. (2000). Medical Autonomy and the UK State 1975 to 2025. *Sociology*, 34(1), 129.
- Klopper-Kes, H., van Harten, W., & Wilderom, C. (2014). *Mind the Gap* (1. Aufl). Scholars' Press. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:101:1-2014092811248>

- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016). Netherlands: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 18(2), 1–240.
- Kuhlmann, E., & von Knorring, M. (2014). Management and medicine: why we need a new approach to the relationship. *Journal of Health Services Research & Policy*, 19(3), 189–191. <https://doi.org/10.1177/1355819614524946>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *InterViews : learning the craft of qualitative research interviewing* (2nd [rev.] ed). Sage.
- Lachman, P., Batalden, P., & Vanhaecht, K. (2020). A multidimensional quality model: an opportunity for patients, their kin, healthcare providers and professionals to coproduce health. *F1000Research*, 9, 1140. <https://doi.org/10.12688/f1000research.26368.3>
- Larson, M. S. (1977). *The rise of professionalism : a sociological analysis*. University of California Press.
- Légaré, F., & Witteman, H. O. (2013). Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Affairs (Project Hope)*, 32(2), 276–284. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1078>
- Lin, K. Y. (2014). Physicians’ perceptions of autonomy across practice types: Is autonomy in solo practice a myth? *Social Science & Medicine*, 100, 21–29. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.033>
- Mikkers, M. (2016). *The Dutch healthcare system in international perspective*. Tilburg University.
- Monrad Aas, I. H. (n.d.). Incentives and financing methods. *Health Policy*, 34(3), 205–220. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(95\)00759-8](https://doi.org/10.1016/0168-8510(95)00759-8)
- Nederlandse Zorgautoriteit, [DBC op weg naar transparantie \(2011\)](#)
- Nolte, E., McKee, M., & Solidaritäten im Wandel Hamburg 2009. (2009). Caring for people with chronic conditions – a health systems perspective. *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1239177>
- Numerato, D., Salvatore, D., & Fattore, G. (2012). The impact of management on medical professionalism: a review. *Sociology of health & illness*, 34(4), 626–644. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01393.x> OECD. OECD health statistics. OECD Health; 2016
- Parsons, T. (1939). The Professions and Social Structure. *Social Forces*, 17(4), 457–467. <https://doi.org/10.2307/2570695>

Patiëntenfederatie (2013) - Kwaliteit, Inzicht en Doelmatigheid in de medisch specialistische Zorg (KIDZ)

- Pollitt, C. (1993). Managerialism and the public services : cuts or cultural change in the 1990s? (2nd ed). Blackwell Business.
- Porter, M. E. (n.d.). A strategy for health care reform - toward a value-based system. The New England Journal of Medicine, 361(2), 109.
- Quentin, W., Geissler, A., Wittenbecher, F., Ballinger, G., Berenson, R., Bloor, K., Forgione, D. A., Köpf, P., Kroneman, M., Serden, L., Suarez, R., van Manen, J. W., & Busse, R. (2018). Paying hospital specialists: Experiences and lessons from eight high-income countries. Health Policy, 122(5), 473–484.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.005>
- Quinn, A. E., Trachtenberg, A. J., McBrien, K. A., Ogundej, Y., Sour, S., Manns, L., Rennert-May, E., Ronksley, P., Au, F., Arora, N., Hemmelgarn, B., Tonelli, M., & Manns, B. J. (2020). Impact of payment model on the behaviour of specialist physicians: A systematic review. Health Policy, 124(4), 345–358.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.007>
- Racko, G. (2017). Bureaucratization and medical professionals' values: A cross-national analysis. Social Science & Medicine, 180, 76–84.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.027>
- Rao, H., Kenney, M. (2008). New forms as settlements. In R. Greenwood & C. Oliver & K. Sahlin & R. Suddaby (Eds.), The Sage handbook of organizational institutionalism: 352-370. London: Sage.
- Reay, T., & Hinings, C. R. (. (2005). The Recomposition of an Organizational Field: Health Care in Alberta. Organization Studies, 26(3), 351–384.
<https://doi.org/10.1177/0170840605050872>
- Reay, T., & Hinings, C. R. (2009). Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics. Organization Studies, 30(6), 629–652. <https://doi.org/10.1177/0170840609104803>
- Reschovsky, J. D., Rich, E. C., & Lake, T. K. (2015). Factors Contributing to Variations in Physicians' Use of Evidence at The Point of Care: A Conceptual Model. Journal of General Internal Medicine, 30 Suppl 3, S555–61. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3366-7>
- Scheepers, R. A., Boerebach, B. C. M., Arah, O. A., Heineman, M. J., & Lombarts, K. M. J. M. H. (2015). A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-

- Being on the Quality of Patient Care. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(6), 683–698. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9473-3>
- Scott, J. C. (1998). *Seeing like a state : how certain schemes to improve the human condition have failed*. Yale University Press.
- Shah, S. M., Zaidi, S., Ahmed, J., & Rehman, S. U. (2016). Motivation and Retention of Physicians in Primary Healthcare Facilities: A Qualitative Study From Abbottabad, Pakistan. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(8), 467–475. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.38>
- Solms, L., van Vianen, A. E. M., Theeboom, T., Koen, J., de Pagter, A. P. J., & de Hoog, M. (2019). Keep the fire burning: a survey study on the role of personal resources for work engagement and burnout in medical residents and specialists in the Netherlands. *BMJ Open*, 9(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031053>
- Stolper, K. C. F., Boonen, L. H. H. M., Schut, F. T., & Varkevisser, M. (2019). Managed competition in the Netherlands: Do insurers have incentives to steer on quality? *Health Policy*, 123(3), 293–299. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.08.018>
- Thornton, P. H., & Ocasio, W. (1999). Institutional Logics and the Historical Contingency of Power in Organizations: Executive Succession in the Higher Education Publishing Industry, 1958-1990. *The American Journal of Sociology*., 105(3), 801.
- Turchi, R. M., Antonelli, R. C., Norwood, K. W., Adams, R. C., Brei, T. J., Burke, R. T., Davis, B. E., Friedman, S. L., Houtrow, A. J., Kuo, D. Z., Levy, S. E., Wiley, S. E., Kalichman, M. A., Murphy, N. A., Cooley, W. C., Jeung, J., Johnson, B., Klitzner, T. S., Lail, J. L., et al. (2014). Patient- and Family-Centered Care Coordination: A Framework for Integrating Care for Children and Youth Across Multiple Systems. *Pediatrics*, 133(5), e1451–e1460. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0318>
- Uddin, S., Hossain, L., & Kelaher, M. (2012). Effect of physician collaboration network on hospitalization cost and readmission rate. *The European Journal of Public Health*, 22(5), 629–633. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr153>
- [Van den Heuvel J. \(2017\) Vervang dbc's door populatiebepaling. Medisch Contact.](#)
- Van der Grinten, T., Grit, K., & Zuiderent-Jerak, T. (2011). Markets and public values in health care - 57. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) <http://www.oopen.org/download?type=document&docid=439985>
- Van Dusseldorp, M., & Corbey, M. (2018). 'Eerlijk zullen we alles delen...'. *Maandblad Voor Accountancy En Bedrijfseconomie*, 92(9/10), 243–254. <https://doi.org/10.5117/mab.92.28604>

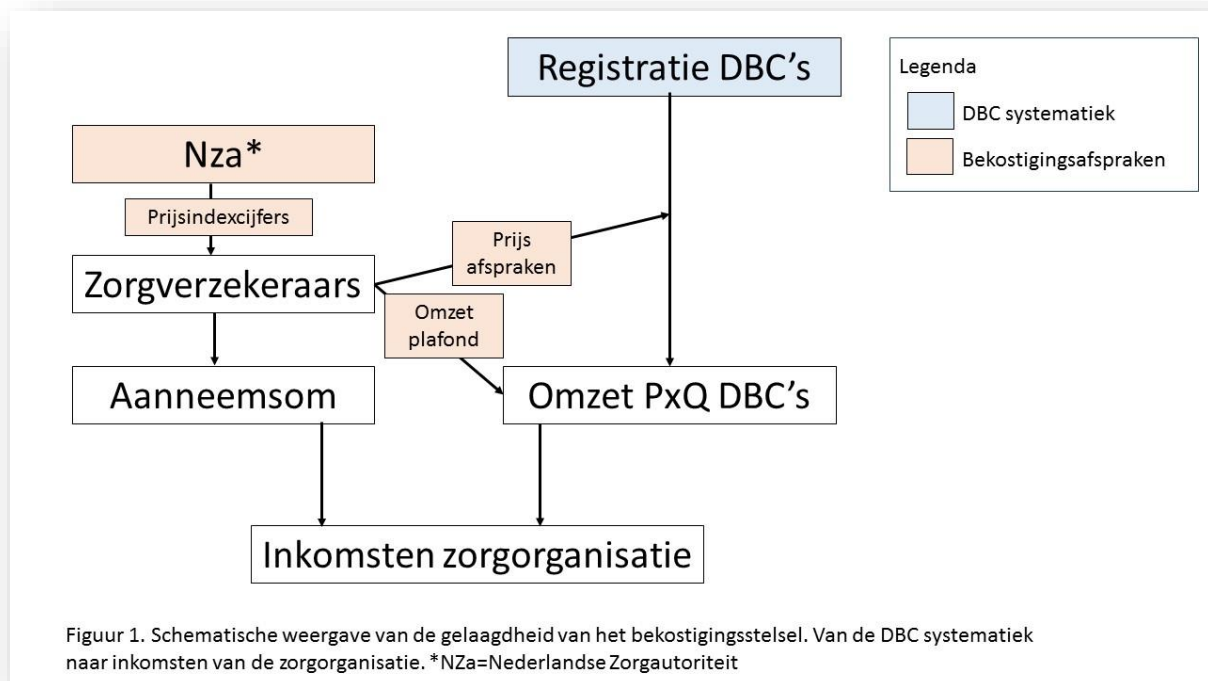
- Van Overveld, L. F. J., Braspenning, J. C. C., & Hermens, R. P. M. G. (2017). Quality indicators of integrated care for patients with head and neck cancer. *Clinical Otolaryngology : Official Journal of ENT-UK ; Official Journal of Netherlands Society for Oto-Rhino-Laryngology & Cervico-Facial Surgery*, 42(2), 322–329.
<https://doi.org/10.1111/coa.12724>
- Vanhaecht, K., Baeyens, A., Lachman, P., Van der Auwera, C., Seys, D., Claessens, F., Panella, M., De Ridder, D., Jans, A., Van Wilder, A., Driesbeke, B., Vanrenterghem, D., Van Zele, E., Van Hoecke, E., Castro, E. M., Verheyden, G., Van Giel, I., Roosen, I., Vanderoot, J., et al. (2024). The “House of Trust”. A framework for quality healthcare and leadership. *F1000Research*, 13, 503.
<https://doi.org/10.12688/f1000research.149711.1>
- Waring, J., & Currie, G. (2009). Managing Expert Knowledge: Organizational Challenges and Managerial Futures for the UK Medical Profession. *Organization Studies*, 30(7), 755–778. <https://doi.org/10.1177/0170840609104819>
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) (2021). [Kiezen voor houdbare zorg; Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak](#).
- Wiedner, R., & Mantere, S. (2019). Cutting the Cord: Mutual Respect, Organizational Autonomy, and Independence in Organizational Separation Processes. *Administrative Science Quarterly*, 64(3), 659–693. <https://doi.org/10.1177/0001839218779806>
- Wright D.J., Specialists, Editor(s): Anthony J. Culyer, *Encyclopedia of Health Economics*, Elsevier, 2014, Pages 335-339, ISBN 9780123756794, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.01306-7>
- Wynia, M. K., Latham, S. R., Kao, A. C., Berg, J. W., & Emanuel, L. L. (1999). Medical Professionalism in Society. *The New England Journal of Medicine*, 341(21), 1612–1616.
<https://doi.org/10.1056/NEJM199911183412112>
- [Zorg & innovatie \(2023\), Nieuwsbrief: Aanneemsom is alternatief voor betaling per verrichting: deel 1 van een tweeluik](#)

Bijlagen

1 - Het DBC-bekostigingsstelsel

Vanaf 2005 werd in de Nederlandse Zorg geleidelijk de markwerking ingevoerd. Als onderdeel daarvan werd ook de DBC (Diagnose Behandel Combinatie) systematiek van de medisch specialistische zorg (MSZ) geïntroduceerd om meer transparantie en efficiëntie in de zorg te brengen (Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), 2003). In de loop der jaren groeide de behoefte aan een uniformere systematiek. Het ministerie van VWS, de NZa, branche organisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, ICT leveranciers en DBC Onderhoud hebben gezamenlijk aan een verbeterde versie gewerkt die in 2012 werd geïntroduceerd (DOT - DBC op weg naar transparantie). In datzelfde jaar werd namelijk ook de prestatiebekostiging voor de MSZ ingevoerd en was uniformiteit van nog groter belang.

Volgens de DBC systematiek wordt een diagnose gekoppeld aan een combinatie van zorgactiviteiten (consulten, onderzoek en behandelingen) en vastgelegd in het zogenaamde zorgproduct. Bij de introductie van de DBC systematiek resulteerde dit in 30.000 zorgproducten (DBC's) en door invoering van de DOT systematiek is dit teruggebracht naar 4400. Ieder zorgproduct is gekoppeld aan een standaardprijs. De prijzen zijn gebaseerd op de gemiddelde kosten van het zorgproduct en geen optelsom van de kosten van alle zorgactiviteiten binnen een zorgproduct.



**Inmiddels hebben veel MSZ zorgorganisaties afwijkende afspraken in de vorm van een aanneemsom (Zorg & innovatie, 2023).

De systematiek biedt daarmee niet alleen een administratieve architectuur maar wordt ook gebruikt als kapstok voor de financiële vergoeding van de zorgproducten. Sinds invoering van de prestatiebekostiging in 2012 vergoeden de zorgverzekeraars niet meer een vast bedrag aan de zorgorganisaties maar alleen de daadwerkelijk geleverde zorg (productie= $P \times Q$)**. Zorgverzekeraars doen dit op basis van gemaakte afspraken over de prijs, vermenigvuldigd met

het aantal zorgproducten, waarbij de totale omzet veelal wordt gemaximaliseerd. Overproductie wordt meestal niet vergoed. De DBC systematiek biedt de zorgverzekeraar daarmee ook een instrument voor budgetmanagement (figuur 1).

2 - Interview protocol

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om diepgaand inzicht te verkrijgen in de invloed van het DBC-bekostigingsstelsel op de kwaliteit van zorg, zoals ervaren door medisch specialisten in Nederland. Dit onderzoek richt zich op hoe medisch specialisten hun professioneel handelen vormgeven binnen de financiële en administratieve kaders van het DBC-bekostigingsstelsel, en in hoeverre spanningen tussen economische en professionele waarden hun besluitvorming beïnvloeden. Daarnaast wordt onderzocht hoe deze specialisten omgaan met praktijkvoorbeelden waarin de kwaliteit van zorg onder druk komt te staan. De bevindingen van de enquête en de interviews worden gebruikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden en aanbevelingen te formuleren voor beleidsmakers en zorginstellingen.

Onderzoeksvragen

1. Welke factoren beschouwen medisch specialisten als essentieel in hun medisch handelen om de kwaliteit van zorg te waarborgen?
2. Wat is de invloed van het DBC-bekostigingsstelsel op deze factoren in het dagelijks handelen?
3. Hoe balanceren medisch specialisten het spanningsveld tussen professionele en economische waarden binnen de DBC-bekostigingsstelsel?
4. Welke strategische keuzes maken medisch specialisten in situaties waarin de kwaliteit van zorg onder druk staat?

Interviewaanpak

Het onderzoek bestaat uit drie fasen:

Voorafgaande online enquête – Een korte kwantitatieve dataverzameling met 8 vragen over de achtergrondkenmerken van de respondenten.

Voorafgaand online inventariserende vragen - Een korte kwantitatieve dataverzameling met 4 inventariserende vragen over het onderzoeksthema.

Live interview – Een semigestructureerd interview waarin relevante thema's worden besproken en de antwoorden op de inventariserende vragen verder worden uitgediept.

Voorafgaande online enquête

Deel 1: 8 vragen over achtergrondkenmerken:

1. Hoe oud bent u (getal)

2. Wat is uw geslacht (man/vrouw/anders)
3. Welk specialisme heeft u? (algemeen chirurg/GE chirurg/vaatchirurg/uroloog/gynaecoloog/MDL-arts/bestuurder/anders)
4. Hoeveel jaren ervaring heeft u als medisch specialist? Graag ook invullen indien u nu niet meer werkzaam bent als medisch specialist (getal)
5. In welk type zorgorganisatie werkt u? Kies één antwoord. Indien u in meer dan een zorgorganisatie werkt, betreft het hier de organisatie van waaruit u de vragen in dit interview wilt beantwoorden. (academisch ziekenhuis, algemeen ziekenhuis, zelfstandige kliniek, anders)
6. Welk type dienstverband heeft u met deze organisatie? Het gaat hierbij om het dienstverband waar het grootste deel van uw inkomsten afhankelijk van zijn. (loondienst, vrijevestigd, anders)
7. Werkt u tevens in een andere zorgorganisatie? (ja/nee)
8. Vervult u nevenactiviteiten binnen de zorg? Kies één antwoord. Hierbij gaat het om activiteiten als manager, bestuurder, als lid van een commissie van een beroepsvereniging of taken die te maken hebben met kwaliteits- of financiële aspecten van de zorg. (ja/nee/anders)

Deel 2: 4 inventariserende vragen over het onderzoeksthema:

1. Bent u bekend met het DBC-bekostigingsstelsel? (ja/nee)
2. Wat is de impact van het DBC-stelsel op de kwaliteit van zorg vanuit uw perspectief?
 - a. De kwaliteit van zorg wordt hierdoor positief beïnvloed
 - b. De kwaliteit van zorg wordt hierdoor noch positief noch negatief beïnvloed
 - c. De kwaliteit van zorg wordt hierdoor negatief beïnvloed
 - d. Geen mening
3. Stel uw inkomsten blijven onder alle omstandigheden gewaarborgd. Zou u uw dagelijks medisch handelen veranderen om de kwaliteit van zorg te verbeteren? Kies één antwoord. We kunnen hier tijdens het interview verder op in gaan. (ja/nee/geen mening)
4. Hoe beoordeelt u de hoeveelheid tijd die u heeft voor uw patiënten om de kwaliteit van zorg te leveren die u nastreeft? (goed/voldoende/te weinig/anders)

Deze enquête heeft als doel om een representatief beeld te krijgen van de respondenten en hun context, zonder dat deze gegevens expliciet in het live interview opnieuw hoeven te worden opgevraagd.

Het semigestructureerde interview bestaat uit vier delen:

1. De perceptie van de medisch specialist over de essentie van kwaliteit van zorg.
2. De invloed van het DBC-bekostigingsstelsel op de zorgkwaliteit en de dagelijkse praktijk.
3. Spanningen tussen economische en professionele waarden en de strategieën die specialisten ontwikkelen om hiermee om te gaan.

Elk interview duurt 45 minuten en kan fysiek of online plaatsvinden, afhankelijk van de beschikbaarheid van de geïnterviewde.

Tijdens het interview wordt een scorelijst bijgehouden van:

1. De diepgang van de kennis over het op een schaal van 1-5

- a. Geen kennis
 - b. Weet van het bestaan maar werkt er niet mee
 - c. Registreert codes volgens instructie
 - d. Is op de hoogte van de DBC systematiek en de achtergrond waarom voor bepaalde registratie wordt gekozen op grond van financiële voordelen
 - e. Is goed op de hoogte van zowel de DBC systematiek, de prijzen die daaraan ten grondslag liggen en is eventueel zelfs betrokken bij onderhandelingen
2. De mate waarin de medisch specialist in het dagelijks handelen onder tijdsdruk staat en dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg
- a. Nooit
 - b. Soms
 - c. De helft van de tijd wel de andere helft niet
 - d. Vaak
 - e. Altijd

Interviewvragen

1. Definitie en perceptie van kwaliteit van zorg

- a. Welke factoren zijn volgens u essentieel om dagdagelijks kwalitatief goede zorg te kunnen leveren?
- b. Welke andere factoren vindt u nog meer van belang?
- c. Welke factoren komen in de knel in uw dagelijks handelen?

2. Invloed van het DBC-bekostigingsstelsel

- a. Hoe beïnvloedt het DBC-bekostigingsstelsel de tijd die u per patiënt kunt besteden?
- b. Heeft het DBC-bekostigingsstelsel invloed op uw keuzes bij diagnostiek en behandeling? Zo ja, hoe?
- c. Heeft het DBC-bekostigingsstelsel invloed op de registratie van bepaalde handelingen? Zo ja, hoe?
- d. Wordt de samenwerking en interdisciplinaire communicatie hierdoor beïnvloed? Zo ja hoe?
- e. Hoe beïnvloedt het DBC-bekostigingsstelsel uw administratieve taken?

3. Spanningsveld tussen economische en professionele waarden

- a. Ervaart u spanningen tussen uw professionele normen en de economische prikkels binnen het DBC- bekostigingsstelsel?
- b. Welke strategieën hanteert u om dit spanningsveld te managen?
- c. Welke impact heeft deze spanning op uw werkplezier en professionele autonomie?

Dataverwerking en Analyse

Opname en transcriptie: Interviews worden opgenomen (mits toestemming is verleend) en getranscribeerd.

Thematische analyse: De gegevens worden geanalyseerd volgens de methode van Braun en Clarke (2006), waarbij patronen en thema's binnen de interviews worden geïdentificeerd. Codering en thematische clustering van de transcripten vindt handmatig plaats.

Casusanalyse: De reacties op de praktijkvoorbeelden worden geclusterd en vergeleken op basis van terugkerende strategische keuzes.

Ethische overwegingen

Vrijwillige deelname: Deelnemers worden geïnformeerd over de aard en het doel van het onderzoek en kunnen op elk moment besluiten zich terug te trekken zonder opgaaf van reden stoppen met het interview

Anonimiteit: De gegevens worden geanonimiseerd en vertrouwelijk verwerkt.

Toestemming: Voorafgaand aan deelname wordt schriftelijke toestemming verkregen voor deelname en opname van het interview.

Uitnodiging voor deelname aan onderzoek

Onderwerp: Uitnodiging voor deelname aan onderzoek

Geachte collega, beste [Naam],

Mijn naam is Charlotte Molenaar en ik ben werkzaam als chirurg. Ik doe onderzoek naar de invloed van het DBC-bekostigingsstelsel op de kwaliteit van zorg, vanuit het perspectief van medisch specialisten.

Graag nodig ik u uit om deel te nemen aan een interview, waarin u uw ervaringen en inzichten kunt delen. Het interview maakt deel uit van mijn thesis voor de MBA Healthcare-opleiding aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Het interview vindt online plaats en duurt ongeveer 45 minuten.

Graag hoor ik of u hier voor openstaat.

Met vriendelijke groet,
Charlotte Molenaar
0649688311
cbh.molenaar@proctoskliniek.nl

Mail ter voorbereiding op het interview

Onderwerp: Voorbereiding interview

Geachte collega, beste [Naam],

Hartelijk dank voor uw deelname aan mijn interview over jouw perspectief op de invloed van het DBC-stelsel op de kwaliteit van zorg.

Tijdens het interview kan je jouw ervaringen en inzichten delen. Het interview maakt deel uit van mijn thesis voor de MBA Healthcare-opleiding aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Uw deelname is volledig vrijwillig en je kunt altijd besluiten om deelname te beëindigen. Uw gegevens worden vertrouwelijk en anoniem behandeld.

Het interview duurt ongeveer 45 minuten en zal worden opgenomen en getranscribeerd. Voor deelname en opname is je toestemming vereist. Ik zal u dit aan het begin van het interview vragen en uw antwoorden in de opname vastleggen. Het verslag wordt naderhand naar u toegestuurd ter goedkeuring van de inhoud.

Ik stuur u tevens deze korte vragenlijst en wil u vragen deze vóór het interview in te vullen. De vragenlijst bestaat uit 12 vragen: 8 vragen over uw huidige werk en 4 inventariserende vragen over het thema die input geven voor het interview.

Ik zie er naar uit u te spreken!

Met vriendelijke groet,
Charlotte Molenaar
0649688311
cbh.molenaar@proctoskliniek.nl

3 - Quotes van medisch specialisten

Op de omslag staan de belangrijkste van de 650 quotes van de medisch specialisten.

ligt in bureaucratie en beperkte innovatiemogelijkheden binnen ziekenhuizen. Je bent chirurg omdat je een teamspeler bent. Je moet patiënten kunnen overdragen en soms een lastig probleem met een collega bespreken. De gedachte van het DBC stelsel is logisch, maar de praktijk is ingewikkeld. Er is ook veel onderregistratie – dat is een veel groter probleem dan overbehandeling. Het financieringsstelsel beïnvloedt niet direct de kwaliteit van wat we doen, maar wel wát we doen. Er is een duidelijke financiële incentive om meer te doen dan nodig is. In loondienst is ons budget ook afhankelijk van hoeveel productie we draaien. Er wordt even hard op gestuurd als in de maatschap. Ik vind transparantie echt heel belangrijk. Je moet openstaan voor dingen die je misschien anders zou willen zien. Managers kijken alleen naar spreadsheets en vergeten de patiënt erachter terwijl dat essentieel is voor de kwaliteit van zorg.” Ik vind dat heel belangrijk, dat dokters meer hun stem laten horen. Ik snap dat het bedrijf moet draaien, maar ik moet mijn autonomie houden als dokter. Ik wil niet beïnvloed worden en gewoon doen waarvan ik denk dat het kwalitatief goede zorg is. Je kunt alleen goede zorg leveren als je echt één team bent met iedereen om je heen. En dat staat de laatste jaren wel onder druk. De tijd die je hebt voor een patiënt wordt bepaald binnen de vakgroep, maar het voelt soms als een race tegen de klok. Dat je drempelloos een collega durft te bellen zonder dat je bang bent dat je daarin veroordeeld wordt of dat het negatieve gevolgen heeft. “Kwaliteit van zorg zit hem in de bejegening, de keuze voor diagnostiek en behandeling, en de uiteindelijke uitkomst – het liefst zonder complicaties.” Wij registreren zelf alles, maar heel veel specialismen laten de registratie door anderen doen. Ik vind het creatieve gedeelte, het out-of-the-box denken en andere wegen inslaan, eigenlijk het allerleukste aspect van mijn vak. Als je mensen de tijd geeft om iets uit te leggen, zijn ze veel tevredener en komen ze minder snel terug. Nu gebeurt het vaak dat er een extra afspraak wordt ingepland om een simpele vraag te beantwoorden, wat inefficiënt is en ontevredenheid bij patiënten veroorzaakt. Soms krijg je voor dezelfde tijdsbesteding en inspanning een totaal verschillend bedrag, afhankelijk van de diagnose. Ik denk dat autonomie, of in ieder geval het gevoel van autonomie, ontzettend belangrijk is om je werk goed te kunnen doen en om lekker in je werk te zitten. Voor de patiënt veel beter, maar voor je portemonnee was je aanvankelijk daar heel onhandig mee bezig. De nazorg moet ook op het hoogste niveau zijn. Dat heeft niet alleen met de specialist te maken, maar ook met minder ervaren arts-assistenten en minder ervaren personeel. Ik neem geen besluiten over een patiënt op basis van de DBC-systematiek. De DBC volgt op de medische beslissing, niet andersom. Tijd en aandacht voor de patiënt, dat is de kern. We hebben kwaliteitsregistraties zoals DICA zelf geïntroduceerd, en nu moeten we die allemaal in onze eigen tijd invullen. Het is nuttig, maar het wordt niet gefaciliteerd en de zorgverzekernaar stelt er geen extra geld voor beschikbaar. Bovendien gaan andere partijen ermee aan de haal. Als je werk als dokter alleen zou bestaan uit poli draaien, opereren en visites lopen, dan was het veel makkelijker. Maar je moet ook overal en nergens aanwezig zijn en steeds meer administreren. Daarnaast dwingt het systeem tot tijdsdruk en efficiëntie, wat ten koste kan gaan van de zorgverlening. Dat je aanspreekbaar bent over de dingen die je ziet gebeuren... een cultuur hebben waarin je zonder oordeel tegen iemand kan zeggen: ‘Joh, volgens mij is dit niet goed. Maar wat ik wel vind is dat de DBC-systematiek niet altijd recht doet aan de zorg die je levert. Voor uitgebreidere operaties probeer ik de patiënt zelf te opereren of erbij aanwezig te zijn als een opleidingsassistent de ingreep uitvoert. Dat zorgt voor continuïteit in de behandeling. Mijn prioriteit is altijd de patiënt en diens welzijn. Het hele gebeuren om je heen moet goed georganiseerd zijn. Dat begint bij een schone spreekkamer, een beleefde ontvangst en de juiste middelen op het juiste moment beschikbaar hebben. Wij zijn als vakgroep heel laagdrempelig in het onderling overleg. Iedereen doet dat en dat draagt bij aan de kwaliteit van zorg. Het systeem beloont opereren meer dan praten. Dat is een fundamenteel probleem als je juist minder zorg en meer overleg wilt stimuleren. We bepalen de tijd per patiënt met de vakgroep. In sommige klinieken krijgen nieuwe patiënten 20 minuten, bij ons is dat 10 minuten. Ik ben nu bewuster van hoe registratie invloed heeft op de inkomsten van de afdeling. Het maakt niet uit of de patiënt het nodig heeft, maar door een paar maanden langer te wachten met een controle kan ik een extra DBC openen. Dat voelt verkeerd, maar het is hoe het systeem werkt. Ik vind het heel belangrijk dat de patiënt zich gehoord en gezien voelt, en dat als ze een vraag hebben die niet neurologisch is, dat ze wel begrijpen waarom een bezoek bij mij niet meer nodig is. Er is nooit een manager naar me toe gekomen met de vraag hoe ik mijn werk het beste kan doen. We moeten zelf maar uitzoeken hoe we de productie halen. Het financiële verdeel systeem kan er voor zorgen dat efficiëntie en snelheid belangrijker worden dan zorgvuldigheid “Veel van de codes passen ook niet helemaal bij wat je doet, het is vaak zoeken en daar wil ik eigenlijk geen tijd aan verspillen.” Als je langere tijd hebt voor je eerste consult, heb je veel minder herhaalconsulten nodig. “Ik heb nooit genoeg tijd en heb daar ook geen regie over. Er is veel aanbod, en we willen patiënten niet laten wachten. Dus worden poli’s overboekt. En dat is niet vanwege geld, maar vanwege zorgvuldigheid.” “je wil voorkomen dat een volle wachtkamer als een tikkende tijdbom de dagelijkse werkzaamheden negatief beïnvloedt”. Maar dat je dan de ruimte hebt om daar vanaf te kijken in overleg met de patiënt. Dat vind ik wel heel belangrijk. Ik neem gewoon de tijd die nodig is, ook al loopt mijn spreekuur uit. Patiënten accepteren het dat ik uitloop. Wat ik ook essentieel vind, is dat alle neuzen dezelfde kant op staan. Die operatie is teruggedaan van 3 uur naar 45 minuten per patiënt. Door die efficiëntie is de kwaliteit zelfs toegenomen. We werken gewoon hard en niemand heeft echt de energie om zich te verdiepen in die financiële kant. Als je weinig complicaties hebt en snel werkt, levert dat minder op. Opleiding kost tijd, maar houdt je als arts bij de tijd en zorgt voor de toekomst van het vak. De relatie met de patiënt staat voor mij centraal. Er moet vertrouwen zijn en je moet als arts in staat zijn om de patiënt te spreken wanneer dat nodig is. Als je bij een oudere patiënt een zorgvuldige afweging maakt om niet te behandelen, wordt dat niet beloond. Maar dat bespaart wel zorgkosten.