

Zorgen voor solidariteit

Over de oorzaken van - en mogelijke oplossingen voor de door patiënten ervaren problemen met ziekenhuisrekeningen

Julie-Jet Bakker

November 2015

Studentnummer: 420405

Opleiding: Bestuurskunde

Master: Beleid & Politiek

Erasmus Universiteit Rotterdam

1° lezer / EUR begeleider Dr. H.L. Klaassen

2° lezer: Dr. M.W. van Buuren

Inhoudsopgave

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| Inhoudsopgave | 3 |
| Samenvatting | 5 |
| Hoofdstuk 1 – Inleiding | 7 |
| 1.1 Aanleiding | 7 |
| 1.2 Doelstelling | 8 |
| 1.3 Vraagstelling | 8 |
| 1.4 Maatschappelijke relevantie | 9 |
| 1.5 Wetenschappelijke relevantie | 10 |
| 1.6 Onderzoeksstrategie en methoden & technieken | 11 |
| 1.7 Leeswijzer | 13 |
| Hoofdstuk 2 – Over toegankelijkheid, transparantie, burgerbegrip en solidariteit | 15 |
| 2.1 De relatie tussen burger en overheid | 15 |
| 2.2 Het toverwoord transparantie | 19 |
| 2.3 Het New Public Management nader bezien | 22 |
| 2.4 Solidariteit in een veranderende maatschappij | 26 |
| 2.5 Conceptueel model | 31 |
| 2.6 Operationalisatie | 32 |
| Hoofdstuk 3 – Casusbeschrijving | 35 |
| 3.1 De zorg en haar bekostiging | 35 |
| 3.2 De casus specifieker bezien | 41 |
| Hoofdstuk 4 – Resultaten | 44 |
| 4.1 De burger | 45 |
| 4.2 De overheid | 51 |
| 4.3 De zorgaanbieder | 57 |
| 4.4 De zorgverzekeraar | 63 |
| Hoofdstuk 5 – Analyse | 72 |
| 5.1 Toegankelijkheid | 72 |
| 5.2 Transparantie | 73 |
| 5.3 Burgerbegrip en draagvlak | 74 |
| 5.4 Solidariteit | 75 |
| 5.5 Mogelijke oplossingen | 77 |
| Hoofdstuk 6- Conclusie en Aanbevelingen | 83 |
| 6.1 Conclusie | 83 |
| 6.2 Aanbevelingen | 85 |

| | | |
|-----|-------------------------------------|----|
| 6.3 | Reflectie | 87 |
| | Literatuur | 86 |
| | Bijlage I - Lijst van afkortingen | 95 |
| | Bijlage II – Format gespreksnotitie | 96 |

Samenvatting

De burger wordt de afgelopen jaren steeds meer bij de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg betrokken, om zo te werken aan kostenbewustzijn en kostenreductie binnen de gezondheidszorg. Het blijkt echter dat het zorgstelsel, met hierbinnen een complex ziekenhuisbekostigingssysteem, voor de burger een lastig veld is om een weg doorheen te vinden. Ondanks de verschillende inspanningen van partijen uit het zorgveld, ervaren burgers nog steeds problemen wanneer zij de rekening van een ziekenhuisbezoek ontvangen. Dit gegeven, en de conclusies uit een onderzoek van de Nationale ombudsman is de aanleiding geweest tot dit onderzoek. De Nationale ombudsman heeft de volgende vier meest voorkomende problemen benoemd:

- i. Vooraf geen inzicht in de kosten van de behandeling
- ii. Onduidelijke zorgnota's
- iii. Disproportioneel hoge kosten
- iv. Vaak geen gehoor bij vragen en klachten bij zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars.

Deze problemen zijn voor dit onderzoek als uitgangspunt gekozen en er is door middel van interviews met betrokken partijen uit het zorgveld getracht een overzicht te schetsen van de oorzaken en de mogelijke oplossingen van deze ervaren problemen. De geconstateerde problemen van de burgers hangen in dit onderzoek nauw samen met het de ontoereikende transparantie, ontoegankelijkheid van informatie over de zorgkosten en hieruit voortkomend onbegrip. Het uitgangspunt van dit onderzoek is geweest: hoe sterker dit onbegrip en on het wantrouwen is jegens de zorg en de overheid, hoe sterker de afbreuk en een algehele afname van de solidariteit binnen het zorgstelsel zal zijn.

De belangrijkste oorzaak voor de problemen is dat de kernwaarden, (begrijpelijkheid, uitlegbaarheid, toegankelijkheid en transparantie) die nodig zijn om burgerbegrip en daarmee solidariteit te waarborgen, niet aanwezig waren bij de ontwikkeling van het bekostigingssysteem, aangezien het systeem simpel gezegd nooit voor burgers was bedoeld. Een tweede oorzaak is het onderscheid tussen de burger en de patiënt. Burgers die geen gebruik maken van zorg zijn kunnen moeilijk worden geïnteresseerd voor de bekostiging van de gezondheidszorg. Burgers die wel ziekenhuisbehandelingen ondergaan, willen er vanwege hun omstandigheden zo weinig mogelijk mee te maken hebben en slechts met de zorg an sich bezig zijn. Aan de derde oorzaak liggen de institutionele randvoorwaarden en technische voorwaarden ten grondslag.

De belangrijkste voorwaarde om ervoor te zorgen dat de transparantie van het systeem, en daarmee het burgerbegrip en draagvlak voor het systeem op orde blijft, lijkt nu rust binnen het systeem. Als aan de kernwaarden wordt voldaan kan het burgerbegrip en de draagvlak groeien, zal dit leiden tot versteviging van de solidariteit. De oplossingen zijn verder niet zo eenduidig als het lijkt. De tendens lijkt te zijn dat er voor ieder probleem dat opkomt direct een oplossing beschikbaar moet zijn. Het nadeel hiervan is dat voor iedere genoemde oplossing, er vaak een bijkomstig nadeel achter schuilt.

Samenwerking kan hier een groot deel van het antwoord op bieden. Het zal de transparantie en de toegankelijkheid ten goede komen als iedere veldpartij zelfs bij de kleinste wijzigingen wordt betrokken, om

zo alle uitkomsten, voor- en nadelen van de voorgenomen wijzigingen met alle betrokken partijen te bespreken.

Tot slot zal het systeem altijd gekenmerkt zijn door de grote mate van complexiteit. Hiermee zal er nooit een optimale ontwikkeling zijn van burgerbegrip en draagvlak en daarmee de solidariteit. In deze werkelijkheid moeten de experts hun rol pakken om de burger of patiënt bij de hand te nemen en het systeem transparant en toegankelijk te maken. Alleen door de burger of patiënt bij de hand te nemen zal de burger zich de weg door het complexe systeem weten te vinden.

Hoofdstuk 1 – Inleiding

1.1 Aanleiding

Aan ziekenhuisrekening is geen touw vast te knopen

VAN ONZE VERSLAGGEEFSTER ANNEKE STOFFELEN - Ziekenhuisrekeningen zijn ondoorgroendelijk, inconsequent en de prijzen soms onverklaarbaar hoog, constateert de Nationale ombudsman op basis van eigen onderzoek. Voorafgaand aan een medische behandeling kan vrijwel geen enkel ziekenhuis patiënten vertellen hoeveel zij kwijt zullen zijn. Zo meldde zich een vrouw bij de ombudsman die overwoog zich te laten steriliseren. Haar gynaecoloog kon vooraf geen concretere schatting maken dan dat het 'ergens tussen de 1.000 en 2.000 euro' zou gaan kosten. Na de behandeling kreeg de patiënte een rekening van bijna 2.200 euro.

Het is maar een van de ruim driehonderd klachten die de Nationale ombudsman en de Consumentenbond tussen november 2013 en april 2014 binnenkregen op hun gezamenlijke meldpunt over onduidelijke declaraties in de zorg. Dat meldpunt werd geopend nadat in 2013 ophef was ontstaan over 'oorsmeergate': een Volkskrant-lezer meldde dat hij voor het uitspuiten van zijn oren een rekening had ontvangen van 1.066 euro.

Zijn ziekenhuis bleek niet de enige snelverdiener. Zo vervoegde zich bij het meldpunt een patiënte die na een bezoek van tien minuten aan de gynaecoloog een rekening kreeg van 1.990 euro. Een consult zou volgens de zorgverzekeraar slechts 180 euro mogen kosten. Waarvoor de rest van het bedrag was bestemd, kon niemand de patiënte goed uitleggen. De kosten zouden zijn voor 'het gebouw en de middelen', aldus het ziekenhuis.

Volgens waarnemend ombudsman Frank van Dooren ondermijnen dit soort kwesties de solidariteit en het vertrouwen in de gezondheidszorg. Het ingewikkelde declaratiesysteem met 'diagnose behandelcombinaties' (dbc's) is zelfs voor professionals nauwelijks te begrijpen, constateert hij. Ziekenhuizen hebben steeds vaker hulp nodig van een gespecialiseerd bureau om hun declaratieverkeer af te handelen. Laat staan dat een gewone burger er nog iets van snapt. Wie kan bijvoorbeeld verklaren waarom de kersverse ouders van een tweeling twee verschillende prijzen moesten betalen voor twee dezelfde ambulanceritten? Vanwege complicaties bij de bevalling werden zij vanuit Arnhem naar het ziekenhuis in Utrecht gereden. De rit terug bleek 300 euro duurder dan de heenreis.

In reactie stelt minister Schippers van Volksgezondheid dat het bij veel zorgvragen 'bijna onmogelijk' is patiënten vooraf inzicht te geven in de kosten van een behandeling. Dat bleek ook tijdens een onderzoek van de Consumentenbond, dat 95 ziekenhuizen vroeg om een prijsopgave van drie veelvoorkomende behandelingen. Meestal kwam er geen duidelijk antwoord. Schippers heeft 2015 uitgeroepen tot 'het jaar van de transparantie' in de zorgkosten. Zorgverleners worden verplicht rekeningen af te leveren die voor de leek te begrijpen zijn. Maar de Nationale ombudsman vindt dat onvoldoende. Hij wil dat de overheid zich meer inspannt zodat patiënten vooraf duidelijkheid hebben over de kosten.

de Volkskrant, 24-01-2015

Uit bovenstaand artikel uit de Volkskrant blijkt dat de afgelopen jaren sprake is geweest van verwarring onder veel burgers over ziekenhuisrekeningen. Het onbegrip voor de hoogte van de kosten en de onduidelijke rekeningen zijn veelvoorkomende onderwerpen in de media, de politiek en in het zorgveld geweest en er zijn verschillende rapporten over geschreven. Meerdere instituten hebben reeds voor de gevolgen van dit onbegrip gewaarschuwd. Bij een groeiend onbegrip ten aanzien van de ziekenhuisrekeningen bestaat het gevaar dat burgers het vertrouwen verliezen in de zorg, in haar instanties en de overheid. Met als mogelijk gevolg: afbrokkeling van de basis van het Nederlandse zorgstelsel: de

solidariteit in het dragen van de zorgkosten (Nationale ombudsman, 2015). Om onder andere deze problemen het hoofd te bieden zijn al verschillende initiatieven gestart. Zo riep Edith Schippers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het jaar 2015 uit tot het jaar van de transparantie, waarbij niet alleen aandacht wordt gegeven aan transparantie in de kwaliteit van de geleverde zorg, maar ook aan transparantie naar de burger over de kosten en uitleg van de uiteindelijke zorgrekening (Schippers, 2014).

1.2 Doelstelling

Dit jaar van de transparantie begon met een kritische noot naar de minister; de Nationale ombudsman publiceerde op 23 januari 2015 het rapport: *'Ziekenhuisrekeningen: op weg naar transparantie?'*. Uit dit rapport blijkt dat, ondanks de reeds gedane inspanningen, burgers nog steeds problemen ervaren met het complexe bekostigingssysteem van ziekenhuiszorg (de Nationale ombudsman, 2015). Waar de ombudsman in zijn rapport de problemen constateert en aanbevelingen doet aan de minister in de hoop dat deze problemen kunnen worden opgelost, zal in dit onderzoek aandacht worden besteed aan de oorzaken en zal de mogelijkheid tot meer concrete oplossingen voor deze problemen worden verkend. De hypothese binnen dit onderzoek luidt dat transparantie omtrent – en daardoor burgerbegrip voor – de kosten van de geleverde zorg, van invloed zijn op het behoud van solidariteit binnen het zorgstelsel.

Deze transparantie en solidariteit vormen twee van de kernbegrippen binnen dit onderzoek. Er zal onderzoek worden gedaan naar de oorzaken van het ontstaan van de problematiek, gekeken worden naar de rol en werking van het bekostigings- en declaratiesysteem van de ziekenhuiszorg, en er zal geprobeerd worden een antwoord te geven op de vraag of het mogelijk is om tegemoet te komen aan de problemen die de burgers ervaren met betrekking tot de ziekenhuisrekening. Hiernaast zal worden getoetst in welke mate toegankelijkheid van de gegevens, en transparantie hiervan, invloed hebben op het begrip van de burgers en daarmee kan bijdragen aan de solidariteit binnen het systeem, waardoor er draagvlak onder de bevolking bestaat voor het delen van de zorgkosten.

Het doel van dit onderzoek is dus de voorliggende problemen te analyseren en werkbare concrete oplossingen te beschrijven welke zouden kunnen bijdragen aan een verminderde onduidelijkheid bij patiënt omtrent de ziekenhuiskosten. Door deze oplossingen te onderzoeken kunnen ter afsluiting van deze scriptie aanbevelingen worden gedaan aan de zorgpartijen in het veld om de door burgers ervaren problemen te verminderen.

1.3 Vraagstelling

Om de beoogde ambities uit de vorige paragraaf waar te kunnen maken, zal in dit onderzoek worden gezocht naar een antwoord op de volgende hoofdvraag:

Wat zijn de oorzaken en mogelijke oplossingen voor de ervaren problemen van burgers omtrent ziekenhuisrekeningen en welke rol spelen de verschillende veldpartijen hierbij?

Om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Hoe komen ziekenhuisrekeningen tot stand, welke problemen ontstaan hierdoor en wat zijn de oorzaken van het onbegrip dat hierdoor ontstaat bij de burger, welke rol speelt onvoldoende

toegang tot informatie, uitlegbaarheid en begrijpelijkheid en daarmee transparantie van de informatie hierin?

Deze eerste deelvraag gaat dieper in op de systematiek van de ziekenhuisbesteding en –declaraties. Hoe kunnen de kosten worden verklaard? Door uitwerking van de deelvraag zal uiteengezet worden wat nu precies tot het onbegrip bij de burger leidt, en in welke concrete problemen dit onbegrip voor dit onderzoek zal worden vertaald.

2. Wat zijn de invloedrijke partijen in het ziekenhuisbestedingssysteem, en hoe verhouden zij zich tot elkaar?

Om deze deelvraag te beantwoorden zal een overzicht worden gegeven van de betrokken partijen binnen het zorgstelsel. Door een overzicht van te geven van de partijen die een rol spelen en invloed hebben op het ontstaan van ziekenhuisrekeningen, wordt de context geschetst van de omgeving waar binnen dit onderzoek zal worden uitgevoerd.

3. Wat zijn de gevolgen van het *onbegrip* dat er voor het systeem bestaat voor zowel de patiënt, het ziekenhuis als de zorgverzekeraar?

Deze deelvraag gaat niet alleen in op de maatschappelijke consequenties van de voorliggende problematiek, maar ook op de tastbare afzonderlijke gevolgen voor de drie partijen in de moeizame driehoeksverhouding: de patiënt, het ziekenhuis en de zorgverzekeraar.

4. Welke oplossingen worden door de verschillende actoren aangedragen voor de voorliggende problemen, en zijn deze oplossingen alomvattend?

In deze deelvraag wordt de brug gelegd tussen de problematiek zoals uiteengezet in de voorgaande deelvragen, en de uiteindelijke mogelijke oplossingen. Wordt er gewerkt aan het onbegrip bij de burger? Welke oplossingen worden ingezet? Door onder andere interviews met verschillende partijen in het veld zal hun blik op de casus worden geschetst. Er zal een overzicht worden gegeven van wat zij in het besteding- en declaratiesysteem nodig achten om oplossingen te bieden voor de burger.

5. Is er voor de geboden oplossingen voldoende draagvlak in het veld en binnen de politiek en kan door de geboden oplossingen ook in de samenleving het draagvlak en het burgerbegrip toenemen en daardoor de solidariteit worden versterkt?

Als afsluitende deelvraag zal deze vraag antwoord geven op de vraag of de aangedragen oplossingen ook daadwerkelijk kunnen worden toegewend. Staan de neuzen dezelfde kant op in het zorgveld? Door naar het draagvlak voor de geboden oplossingen te kijken kan worden gesteld of er voldoende consensus bestaat om de problemen aan te pakken. De haalbaarheid van het doorvoeren van de oplossingen en de uiteindelijke mogelijke versterking van de solidariteit wordt door deze afsluitende deelvraag getoetst.

1.4 Maatschappelijke relevantie

In de beleidsbrief *“Van systemen naar mensen”* (2013), van zowel minister Schippers als de staatssecretaris van Rijn, wordt gesteld dat zij het kostenbewustzijn van patiënten in hun termijn willen versterken. De

minister en staatssecretaris geven in de gezamenlijke agenda aan, dat zij bij het streven om de zorg betaalbaar te houden, zij constant ook de verantwoordelijkheid van de burger zullen aanspreken. De ombudsman vindt echter geen doekjes om zijn mening over dit voornemen in het rapport "Ziekenhuisrekeningen: op weg naar transparantie?". "De minister is voorbarig in haar poging om burgers in te zetten in haar traject naar kostenbewustzijn", zo stelt hij (de Nationale Ombudsman, 2015).

De maatschappelijke relevantie van dit onderwerp kan worden gezocht in dit huidige voornemen om de burger meer bij de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg te betrekken, en hiermee te werken aan versterking van het draagvlak van de burger voor ons Nederlandse zorgstelsel en kostenreductie. Kan de burger de rol wel oppakken welke de minister en de staatssecretaris aan de burger willen toebedelen? De gezondheidszorg is een van de grootste kostenposten van Nederland. Voor volgend begrotingsjaar staat een bedrag van €74,6 gereserveerd in de miljoenennota (Rijksoverheid, 2015). Hieruit blijkt als het belang van de versterking van het draagvlak voor de uitgave van deze kosten.

Hiernaast is er sprake van een groot vertrouwen in artsen, maar een lage mate van vertrouwen in "de zorg" (Heijne, 2015), en in het bijzonder in zorgverzekeraars (GfK, 2015). Door onder andere negatieve berichtgeving in de media stelt 19% van de Nederlanders minder vertrouwen te hebben in zorgverzekeraars. Dit verlaagde vertrouwen heeft vooral betrekking op de integriteit van zorgverzekeraars, hun competentie en de wijze waarop zij hun maatschappelijke rol invullen (Zorgvisie, 2015). Echter, niet alleen het burgerbegrip en draagvlak voor bepaalde veldpartijen en de zorg algemeen staat onder druk, maar ook hetgeen dat leidt uit deze beide begrippen: de solidariteit in de zorg. Dit laatste is een alarmerend gegeven: juist omdat deze solidariteit als basis voor de Nederlandse gezondheidszorg wordt gezien. Dit onderzoek kan bijdragen aan de versteviging van de solidariteit en het vertrouwen in "de zorg" in het algemeen.

Om deze bijdrage te kunnen leveren, zal dit onderzoek worden onderzocht hoe het burgerbegrip en de acceptatie onder burgers voor het bekostigings- en declaratiesysteem van ziekenhuiszorg kan verhogen. Door het ontstaan van de problemen te onderzoeken, welke ten grondslag liggen aan het onbegrip en de verwarring rondom de ziekenhuiskosten bij de burger, kan vervolgens de koppeling worden gemaakt naar eventuele oplossingen. Door de zienswijze van verschillende partijen in het zorgveld te analyseren kan worden bekeken welke oplossingen haalbaar zijn om daadwerkelijk door te voeren.

1.5 Wetenschappelijke relevantie

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek ligt bij de wetenschappelijke duiding van veelgebruikte termen in het debat rondom de ziekenhuisbekostiging. Een grote rol hierin speelt bijvoorbeeld het begrip "transparantie". Er bestaat in het gebruik van dit begrip een stijgende trend die de laatste jaren is ingezet: steeds vaker staat transparantie centraal als oplossing voor veel verschillende problemen waar de overheid mee te maken krijgt (Scholtes, 2015). Door een dergelijk begrip dat dus veel wordt gebruikt, door de overheid, door politieke partijen, door de actoren binnen het zorgveld én door de media, te conceptualiseren en door empirisch onderzoek meer duiding te geven, heeft dit onderzoek ook een wetenschappelijke relevantie. Wat betekent een dergelijk begrip? Hoe wordt dit binnen de voorliggende maatschappelijke context ingevuld? Neemt het begrip ook daadwerkelijk de sleutelrol in, welke het door iedereen wordt

toebedeeld? Door dit begrip nader te onderzoeken en te verklaren biedt het een wetenschappelijke toevoeging aan het concept "transparantie". Door empirische toetsing in dit onderzoek, kan het begrip transparantie verder worden geconceptualiseerd en kan worden getoetst of het belang dat altijd aan transparantie wordt toegekend, ook in dit onderzoek wordt bevestigd.

1.6 Onderzoeksstrategie en methoden & technieken

1.6.1 Casusselectie

De casus van de problematiek rondom ziekenhuisrekeningen is om meerdere redenen als focus van het onderzoek gekozen. Ten eerste door de agenderende werking van het onderzoek van de Nationale ombudsman. In dit onderzoek wordt vooral de problematiek van de burger uiteengezet. De Nationale ombudsman doet hiernaast nog enkele aanbevelingen om deze problematiek aan te pakken, maar dit betreffen nog geen heel concrete maatregelen. Dit maakt dat deze casus een interessant onderwerp van vervolgonderzoek is geweest, aangezien de problemen van de burger met ziekenhuisrekeningen door het onderzoek van de Nationale ombudsman wel meetbaar en tot onderwerp van observatie zijn gemaakt. Hiernaast hebben zeer veel partijen uit het zorgveld te maken met deze casuïstiek, waardoor de samenwerking en verschillende zienswijzen van deze uiteenlopende partijen een belangwekkende studie zullen vormen. Ook komen de kernwaarden die hier onderwerp van onderzoek zullen zijn, zoals toegankelijkheid, transparantie, burgerbegrip, draagvlak en solidariteit terug in casus ziekenhuisrekeningen.

1.6.2 Overwegingen bij de keuze van de onderzoeksstrategie

In dit onderzoek is gekozen om gebruik te maken van de onderzoeksstrategie van een "case study". Bij de selectie van de uiteindelijk te hanteren onderzoeksstrategie zijn de overwegingen van Yin over deze onderzoeksmethode geraadpleegd. Hij stelt in zijn boek *Case Study Research: Design and Methods* het volgende:

"There is no formula, but your choice depends in large parts on your research question(s). The more that your questions seek to explain some present circumstance (e.g. "how" or "why" some social phenomenon works), the more that case study research will be relevant. The method also is relevant the more that your questions require an extensive and "in-dept" description of some social phenomenon."

- Yin, 2013.

Mede om de hierboven genoemde reden is gekozen voor de *case study* als meest bruikbare onderzoeksstrategie voor het voorliggende onderzoek, aangezien in de hoofdvraag van dit onderzoek zowel het "hoe" en "waarom" van de problematiek wordt onderzocht. Door de exploratieve aard van de onderzoeksvraag, is ook de laatste zin van de stelling van Yin toepasbaar op dit onderzoek. In dit onderzoek is het van belang om een uitvoerige en diepgaande beschrijving te geven van de problemen van burgers rondom ziekenhuisrekeningen.

1.6.3 Case study onderzoek: de verzameling van de data

Voor dit onderzoek zal de data uit twee verschillende bronnen worden afgelezen. Ten eerste zal gebruik worden gemaakt van relevante stukken van onder andere overheidsorganen als de Nederlandse

Zorgautoriteit (NZa), alsmede andere relevante documenten, om zo te bezien hoe het huidige bekostigingssysteem werkt en met welke intentie deze is opgetuigd.

De tweede wijze waarop voor dit onderzoek aan data is gekomen is door het interviewen van verschillende partijen in het zorgveld. Door middel van interviews kan veel concreter naar de ervaren problematiek door burgers worden gevraagd. De interviews in dit onderzoek zijn semigestructureerde interviews. Dit betreft een manier van interviewen waarbij bepaalde vragen vaststonden om zo de benodigde informatie te vergaren, maar waarbij er genoeg ruimte is voor de respondent om eigen ideeën en informatie aan te dragen (Jansen, 2005).

De selectie van de respondenten zijn op basis van enkele criteria geselecteerd. Deze manier van respondentselectie wordt ook wel *dimensional sampling* genoemd (Arnold, 1970). Een van de redenen waarom voor deze manier van respondentselectie is gekozen, is dat deze manier goed kan worden gebruikt wanneer een klein aantal respondenten moet worden geselecteerd. De twee criteria welke zijn gehanteerd om de respondenten te selecteren, zijn de volgende:

1. Respondenten moeten in hun werk te maken hebben met, of invloed hebben op ziekenhuisbekostiging of de problemen die hiermee worden ervaren door patiënten, of hebben meegewerkt aan het onderzoek van de Nationale ombudsman.
2. Bij de selectie van deze respondenten is getracht een zo volledig mogelijk beeld te geven vanuit de verschillende hoeken waaruit het probleem kan worden bezien. De vier hoofdvisies zijn de volgende: de patiënt, de zorgaanbieder, de overheid en de zorgverzekeraar.

Uiteindelijk zijn op deze criteria meerdere partijen benaderd met het verzoek om een interview. Echter is helaas niet iedere benaderde partij ingegaan op dit verzoek. Zodoende zijn er zeven mensen geïnterviewd, en is er rekening mee gehouden dat met deze respondenten elk van de visies op de problematiek recht toe zou worden gedaan. Zo is er vanuit het patiëntperspectief gesproken met de projectleider van het onderzoek van de Nationale ombudsman naar de problematiek van burgers met betrekking tot de ziekenhuisrekeningen. Vanuit de zorgverzekeraars is met een beleidsmedewerker van de brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gesproken, en met een beleidsmedewerker zorg, en bestuurssecretaris & persvoorlichter van zorgverzekeraar ONVZ. Om de problemen vanuit de zorgaanbieder te bezien is gesproken met medisch manager & hoofd van de Spoedeisende Hulp in het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis (OLVG). Tenslotte, om de problematiek vanuit de overheidsblik te bekijken hebben interviews plaatsgevonden met een senior beleidsmedewerker van de NZa en een programmamanager van de organisatie DBC-Onderhoud.

1.6.4 Case study onderzoek: de analyse van de data

De manier van analyse van de interviewdata is uitgevoerd op basis van de theorie over data-analyse van Baarda, de Goede en Teunissen (1997). Ten eerste is een selectie gemaakt van de relevante data. Passages welke geen betrekking hadden op de voorliggende onderzoeksvraag of één van de deelvragen, konden hierdoor buiten beschouwing worden gelaten. Vervolgens is de relevante tekst opgesplitst in fragmenten,

hierbij in verschillende relevante alinea's. Per alinea is bekeken wat het hoofdonderwerp van de alinea is. Naar aanleiding van deze hoofdonderwerpen zijn deze alinea's geordend onder de verschillende hoofdthema's van de interviews. Deze hoofdthema's zijn in ieder gesprek teruggekomen en vormen de leidraad van het resultatenhoofdstuk.

Door deze methode te hanteren is gebruik gemaakt van "open coderen": het markeren van fragmenten van materiaal zoals relevante alinea's van uitgetypte interviews en vervolgens het labelen van deze fragmenten waarna deze kunnen worden vergeleken (Boeije, 2005 in Hak, 2007). Deze relevante alinea's zijn onder verschillende thema's geplaatst, hierna heeft verdere onderlinge analyse tussen de partijen kunnen plaatsvinden (Baarda, de Goede & Teunissen, 1997). Aangezien deze manier van analyseren tussen de verschillende respondenten gelijk is gebleven, en op steeds dezelfde wijze de verschillende punten bij de respondenten zijn getoetst, kan hierdoor gesproken worden van een constante vergelijking (Hak, 2007).

1.6.5 Validiteit

De validiteit van dit onderzoek kan worden gevonden in het feit dat een aantal van de veldpartijen die zijn benaderd voor dit onderzoek, al eerder zijn georganiseerd als groep om aan de voorliggende problematiek te werken, binnen de werkgroep "Kostenbewustzijn in de zorg". De keuze van deze gesprekspartners en de uitkomsten van dit onderzoek zijn dus gevalideerd door het benaderen van onder andere de partijen die zichzelf ook zien als de aangewezen partijen zien om zich op deze casuïstiek te werpen. Ook het feit dat de gespreksnotities allen dezelfde basis kenden, ongeacht de gesprekspartner hebben een bijdrage aan deze legitimiteit geleverd. Hierdoor is het mogelijk gemaakt in te zien of de vragen het juiste meetinstrument zijn geweest om de onderzoeksvraag uiteindelijk mee te beantwoorden.

1.6.6 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van dit onderzoek is ondervangen door het gebruik van gespreksnotities tijdens de gesprekken, welke aan iedere gesproken partij voorafgaand aan het gesprek zijn verstuurd. Deze gespreksnotities beschrijven kort het doel van het onderzoek en de gesprekspunten die in het interview zullen worden aangestipt. Door deze vooraf vastgestelde vragen aan elk van de respondenten te stellen wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd.

Nog een manier waarop de betrouwbaarheid van dit onderzoek kan worden verzekerd, is door het opnemen van de interviews met opnameapparatuur. Geen van de respondenten had er problemen mee wanneer het gesprek zou worden opgenomen. Hierdoor was het zowel mogelijk om tijdens het interview wat korte aantekeningen te maken en verder de volledige aandacht bij het gesprek te hebben, én op deze manier konden de gesprekken achteraf worden uitgewerkt om deze data hierna te kunnen analyseren.

1.7 Leeswijzer

Het tweede hoofdstuk zal een theoretische basis voor dit onderzoek bieden, door het theoretisch kader van deze scriptie te behandelen. Vanuit het geboden theoretisch kader zal in ditzelfde hoofdstuk worden ingegaan op het conceptueel model dat is gebruikt bij dit onderzoek. Hierin wordt besproken welk model is gehanteerd en welke verbanden en begrippen hier een rol in spelen. In het derde hoofdstuk wordt de casus

geïntroduceerd. Hierbij wordt dieper ingegaan op de voorliggende problematiek en het technische verhaal hierachter. Hoe werkt de bekostiging van ziekenhuiszorg en op welke manier komen ziekenhuisrekeningen tot stand? In het vierde onderdeel zullen de resultaten worden besproken van de gehouden interviews. Nadere duiding hiervan zal in het volgende hoofdstuk gebeuren; in het zesde hoofdstuk worden de resultaten van de afzonderlijke interviews aan elkaar gekoppeld en zal een overzicht worden geschetst van de resultaten. Hoofdstuk 6 zal de conclusies van dit onderzoek uiteenzetten, alsmede de reflectie op het onderzoek en uiteindelijk de mogelijke aanbevelingen voor de overheid en "het veld" in de discussie. Voorts zal uiteraard de literatuurlijst volgen, alsmede een afkortingenlijst en de gehanteerde gespreksnotities in de bijlagen.

Hoofdstuk 2 – Over toegankelijkheid, transparantie, burgerbegrip en solidariteit

In dit hoofdstuk zal de theoretische basis worden gegeven voor dit onderzoek. De begrippen welke in dit onderzoek een grote rol spelen zullen nader worden geanalyseerd. De geconstateerde problemen van de burgers hangen nauw samen met (on)begrip en met de (on)toegankelijkheid voor de zorgkosten. Het uitgangspunt van dit theoretisch kader is dat hoe sterker het wantrouwen is jegens de zorg en de overheid, hoe sterker de afbreuk en een algehele afname van de solidariteit binnen het zorgstelsel zal zijn. In dit hoofdstuk zal duidelijk worden met welke theoretische bril naar deze onderwerpen wordt gekeken. Vanuit deze begrippen zal vervolgens een conceptueel model worden gevormd die ten grondslag ligt aan het verdere onderzoek. Dit model wordt verder uiteengezet in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk.

Het theoretisch kader zal als volgt worden opgebouwd: eerst zal worden gekeken naar de verhouding tussen de overheid en de burger. Wat is de (gewenste) rol van de burger volgens de overheid? Naast een filosofische blik op dit vraagstuk zal de situatie in Nederland worden besproken. Vervolgens zal er stilgestaan worden bij het 'toverwoord' transparantie. Waar bestaat dit begrip uit en wat is hier over bekend in de literatuur? In het licht van deze kernbegrippen zullen de ontwikkelingen in het Nederlandse beleid naar New Public Management worden geanalyseerd. Op deze wijze kan er een beeld worden gecreëerd van hoe het burgerbegrip en het draagvlak in de samenleving voor de zorg werd vormgegeven.

De vorm en mate van burgerbegrip en draagvlak is van invloed op de solidariteit. Onderzocht zal worden wat de verschillen en overeenkomsten zijn van de solidariteit van de oorspronkelijke verzorgingsstaat en die ten tijde van New Public Management. In dit gedeelte zal dus al verder worden voorgesorteerd op het thema van de Nederlandse gezondheidszorg. In het conceptueel model van dit hoofdstuk zal worden weergegeven welke invloed transparantie en toegankelijkheid hebben op burgerbegrip en draagvlak en hoe deze de solidariteit binnen een complex stelsel zoals de gezondheidszorg vormgeven.

2.1 De relatie tussen burger en overheid

De rol van de burger is een interessant gegeven: welke rol wordt aan de burger toegekend? Hoe wordt, en heeft de overheid in het verleden gekeken, naar deze rol van de burger? Hoe is de samenleving opgebouwd en wat is de plek van de burger in de samenleving, en hoe wordt deze plek door de overheid gestimuleerd? In dit gedeelte zal een kort (historisch) overzicht worden gegeven van het beeld dat overheid op de rol van de burger gehad heeft. De overheid creëert tegenwoordig een verwachting van de burger, bijvoorbeeld een actieve rol in de uitwerking van het financiële zorgstelsel en als hulp in de houdbaarheid van de zorgkosten. Is aan deze verwachting te voldoen als burger? Willen burgers aan deze rol voldoen? Om de – door de overheid gehoopte - rol te kunnen duiden zal nu eerst op een abstracter niveau naar de verhouding tussen de overheid en de burger worden gekeken, waarbij ten eerste de houding van de overheid centraal zal staan en vervolgens wordt meer aandacht aan de rol van de burger gegeven ten opzicht van de besluitvorming van de overheid.

2.1.1 De rol van de overheid

Een burger kan geen bepaalde rol invullen zonder steun of tegenwerking van de overheid. De juiste houding en blik van een overheid jegens de burger is al lange tijd een punt van discussie waar men bij lange na geen

consensus in heeft gevonden. Twee interessante visies op dit punt zijn die van de politiek filosoof John Rawls en die van de Amerikaanse filosoof en libertariër Robert Nozick. Zij worden vaak tegenover elkaar gesteld met betrekking tot hun visie van de rol van een overheid op het leven van burgers.

Rawls publiceerde in 1971 zijn "A Theory of Justice". In dit boek verwerkt hij zijn rechtsvaardigheidstheorie. Het onderwerp van deze theorie is de verdeling van goederen door een "politieke eenheid", zoals bijvoorbeeld een natiestaat. Volgens Rawls moeten instituties binnen een politieke eenheid in staat worden gesteld om een rechtvaardige verdeling van goederen te maken, waardoor alle burgers uiteindelijk een even grote kans op succes hebben, door een gelijke verdeling van kansen en mogelijkheden (Rawls, 1971). Een heel belangrijk principe binnen de *Theory of Justice* is het feit dat het volgens Rawls niet rechtvaardig is als door een ongelijke verdeling van talenten, het kapitaal, de goederen en dus de kansen ook ongelijk verdeeld worden. Niemand heeft invloed op de talenten welke zij bij hun geboorte meekrijgen, en daarom zou niemand daar op een bepaalde manier van mogen profiteren of schade door mogen hebben. Twee andere belangrijke stellingnames van Rawls zijn de principes van rechtvaardigheid en een rationele conceptie van het goede. Hij gaat er vanuit dat ieder mens beschikt over een gevoel van rechtvaardigheid en de hierop volgende capaciteiten om hiernaar te handelen. Met een "rationele conceptie van het goede" bedoelt hij dat een mens, na rationele afweging, altijd zal begrijpen wat de "goede" beslissing is (Rawls, 1971).

Een groot criticus van deze rechtsvaardigheidstheorie was Robert Nozick. Nozick leverde drie jaar na het uitkomen van het boek van Rawls, in zijn boek *Anarchy, State and Utopia* zijn visie op hoe een staat zich zou moeten opstellen jegens de burger, en tot op welke hoogte het gelegitimeerd is voor een staat om macht uit te oefenen op individuen binnen de staat. In tegenstelling tot Rawls, die vindt dat een staat ervoor zou moeten zorgen dat er een rechtvaardige verdeling wordt gemaakt tussen de burgers, stelt Nozick dat de burger juist voor deze bemoeienis zou moeten worden beschermd. Binnen deze stelling noemt Nozick deze kostbare vrijheid van de burger de *Natural Liberty* (Nozick, 1973). Hij bepleit dat de enige legitieme staat de zogeheten *minimal state* is, waarbij de staat zo min mogelijk macht en invloed uitoefent op diens burgers. Dit staat natuurlijk recht tegenover de positie van Rawls, die meent dat juist de staat ervoor moet zorgen dat de samenleving een rechtvaardige plek is.

Uiteraard zijn dit beide vrij abstracte theorieën, maar het zijn interessante uitgangspunten om in gedachten te houden bij het verdere denken over de invulling van de maatschappij en de rol die de burger in de samenleving dient – of wordt geacht – te spelen. Hiernaast geven deze beide filosofen uiteenlopende ideeën over de rol van een staat bij de verdeling van de beschikbare goederen binnen de staat. Hierin ligt dan ook de koppeling tussen deze theorieën en het voorliggende onderwerp, dat namelijk alles te maken heeft met solidariteit en de verdeling van goederen (in dit geval zorg, en beschikbare financiële middelen voor de bekostiging van deze zorg).

Waar Rawls met een tevreden blik op het Nederlandse zorgstelsel zou bepleiten dat de staat ervoor dient te zorgen dat genoeg financiële middelen voor iedereen beschikbaar zijn om de zorg toegankelijk te houden, zou Nozick hoofdschuddend stellen dat de staat in Nederland zijn boekje te buiten gaat door eigendom van de burger op te eisen, om zo de zorg van iemand anders te kunnen betalen. In dit onderzoek speelt

solidariteit in zorgkosten een belangrijke rol. Dit kon niet worden besproken door eerst in ieder geval even stil te staan bij de legitimiteit van de staat om hier überhaupt op in te grijpen. Vanuit dit filosofische startpunt over de houding en rol van de overheid zal nu verder worden gekeken naar die van de burger. Welke rol heeft de burger gespeeld en welke ideeën hebben hier een invloed op gehad?

2.1.2 De rol van de burger: betrokken?

De Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR) heeft in 2012 onderzoek naar de rol van de burger gedaan. Het belang van een actieve rol voor de burger, en dus betrokken burgers in de samenleving, ligt volgens de WRR in het feit dat betrokken burgers de sleutelfiguren zijn voor een vitale en krachtige democratie. Door betrokken te zijn bij de samenleving hebben zij een stem in de keuze wie de beslissingen voor hen maakt én verlenen zij op die manier legitimiteit aan de volksvertegenwoordiging. Wanneer zij hier op een kritische manier geïnteresseerd in blijven, dan hebben de volksvertegenwoordigers bovendien het idee dat zij worden gecontroleerd in hun doen en laten. Hiernaast levert een betrokken bevolking steun voor het gevoerde beleid, zorgen zij voor de daadwerkelijke uitwerking ervan én voor nieuwe ideeën wanneer zij vinden dat het beleid of de maatschappij toe is aan verandering en vernieuwing (WRR, 2012).

Voor een hoge mate van betrokkenheid van de burger bij wat er in zijn leefomgeving gebeurt, is "vertrouwen" volgens de Raad een van de belangrijkste voorwaarden voor betrokkenheid: *"Het trefwoord van een samenleving die bouwt op burgerbetrokkenheid is daarom vertrouwen: vertrouwen van beleidsmakers in burgers, vertrouwen van burgers in beleidsmakers en in elkaar. Geen blind vertrouwen, maar vertrouwen met een gezonde dosis wantrouwen (WRR, 2012)".*

De burger heeft niet altijd de rol vervuld die zij nu speelt in onze huidige maatschappij. Waar de WRR schrijft dat om de burgers betrokken te kunnen laten zijn (en blijven) bij wat er in de samenleving speelt, er vertrouwen nodig is, ook in de instituties, stelt de Raad ook dat burgers ook constant kritisch moeten willen zijn, om, zodra zij het niet eens zijn met wat er om hun heen gebeurt, zij vervolgens ook van zich moeten laten horen om zo hun gewenste veranderingen door te laten voeren. Een periode waarin dit nog op een heel andere manier aan de orde was, was tijdens de periode waarin er sprake was van een hoge mate van verzuiling, in vooral de eerste helft van de twintigste eeuw. In de jaren van 1917 tot 1967 was de verzuiling het sterkst kenbaar in Nederland (Lijphart, 1990). De Nederlandse samenleving was verdeeld in de katholieke, protestants-christelijke en 'algemene' zuil. Deze zuilen kunnen worden gezien als een scherpe verdeling van de Nederlandse bevolking. Binnen de drie dominante zuilen leefde de bevolking met eigen kranten, sportverenigingen en politieke partijen afzonderlijk van de bevolking in de andere zuilen (Lijphart, 1990).

De maatschappelijke rol van de burger was door deze verzuiling ook een heel andere dan die van tegenwoordig. Burgers waren door de volledige afscheiding van de andere groepen binnen de bevolking, trouw aan hun eigen zuil, en waren op deze manier vooral betrokken burgers bij datgene dat zich binnen hun eigen zuil afspeelde (Lijphart, 1990). Vanuit de politiek werd meer betrokkenheid ook niet van de burgers verlangd; in die zin dat de politieke elite wél contact onderhield met de andere zuilen en op die manier volgens het typisch Nederlandse "poldermodel" middels overleg en consensus de besluiten als het ware voor de bevolking namen (Kromhout, 2003).

Na deze periode van verzuiling beleefde de burgerbetrokkenheid binnen Nederland rond de jaren 60 een aanzienlijke opleving door het vervallen van de scheidingen tussen de zuilen. Doordat naar nieuwe structuren binnen de samenleving werd gezocht, kregen andere maatschappelijke bewegingen de ruimte om zich te ontwikkelen. Ook politiek activisme nam een hoge vlucht en veel burgers organiseerden zich om te laten horen wat zij van verschillende maatschappelijke kwesties vonden (WRR, 2012). Door deze nieuwe maatschappelijke structuren kwam vanuit de bevolking steeds meer behoefte aan het bijdragen en meedenken over belangrijke kwesties en een heuse democratiseringsgolf werd hierdoor veroorzaakt in veel delen van de maatschappij (WRR, 2012). Door de toenemende vraag vanuit de bevolking om mee te kunnen beslissen over maatschappelijke issues, werd deze medezeggenschap vanuit de overheid gestimuleerd. Verschillende wetten werden aangenomen waarin de inspraak van de burgers wettelijk geborgd werden. Bijvoorbeeld de Wet op de Ruimtelijke Ordening (Wro), waarin het nu aan de burger was om zich uit te spreken over de leefruimte om zich heen (WRR, 2012).

2.1.3 De burger wordt (lastige) klant

Dan in de jaren 70 ontwikkelt binnen de publieke sector het *New Public Management* (NPM). Langzaam ontstond de drang om de publieke sector en de manier waarop de overheid werd bestuurd, te veranderen. Er moest meer nadruk worden gelegd op efficiëntie, en voor de nieuwe invulling van de publieke sector werd inspiratie gehaald uit het bedrijfsleven (WRR, 2012). In dit hoofdstuk zal later nog dieper in worden gegaan op het NPM, aangezien het een belangrijke ontwikkeling is geweest in de achtergrond van de problematiek waar in dit onderzoek de focus op zal liggen. In dit gedeelte is echter vooral relevant welke invloed het NPM heeft gehad op de manier waarop er naar de burger werd gekeken en welke houding van hem werd geacht.

Door naar het bedrijfsleven te kijken als leerschool van een nieuwe besturing van de publieke sector, veranderde ook het beeld vanuit de overheid van de burger. Niet langer was de burger als graag geziene gast aan de figuurlijke vergadertafel, maar met vooral efficiëntie in het achterhoofd was burgerinspraak en participatie vooral een lastige en tijdrovende kwestie voor veel overheidsorganisaties. De Raad stelt dat ondanks negatieve meningen over de kosten van burgerinspraak, deze toch verder wettelijk geborgd werd in deze eerste golf van participatie: in de Algemene Wet Bestuursrecht (AWB). Dit was echter vooral op basis van achteraf inspraak voor de burger op een plan dat eigenlijk al volledig af was en klaar was om in te voeren. De invloed die hiermee gerealiseerd was, was uiteindelijk maar minimaal (Nationale ombudsman, 2009). Hierna zijn er echt nog meer "golven" of "generaties" van participatie te onderscheiden, en tijdens de tweede participatiegolf was decentralisatie een belangrijk sleutelpunt. Door de besluitvorming dichterbij de burger te brengen, zou inspraak in de besluitvorming een makkelijker te bereiken doel zijn (WRR, 2012).

Toch bleek de burger niet altijd behoefte te hebben aan participatie via de institutionele weg, stelt de WRR. Na 2000 was er volgens de Raad sprake van een situatie van zogenoemde "veenbranden" in de publieke opinie, welke kunnen worden omschreven als: *"tijdelijke massabewegingen waarbinnen men individueel en masse dezelfde keuze maakt* (Duyvendak en Hurenkamp, 2004 in WRR, 2012), *deze bewegingen uitten zich als een veenbrand: soms niet zichtbaar aan de oppervlakte (...), ongrijpbaar oploeiend* (WRR, 2012).

In het onderzoek van de WRR is nader onderzoek gedaan naar de huidige houding van de burger. De Raad kent de hedendaagse burger vier stijlen van betrokkenheid toe (WRR,2012):

1. De verantwoordelijke stijl (ongeveer 30-35% van de bevolking).
2. De volgzame stijl (ongeveer 15%).
3. De pragmatische stijl (ongeveer 25-30%).
4. De kritische stijl (ongeveer 25-30%).

De verantwoordelijke stijl kenmerkt zich door een geïnteresseerde en betrokken houding van de burger, met een over het algemeen positieve houding jegens het politieke proces. Van deze burgers kan worden verwacht dat zij actief toegang zoeken tot het systeem en zodanig zal er begrip en draagvlak ontstaan. De volgzame stijl heeft ook een positieve houding, maar zij zijn minder betrokken bij het proces door minder vertrouwen in hun eigen kunnen, ten opzichte van die van politici. Daarom zullen zij hun vertrouwen geven, maar minder zelf concreet bijdragen. Deze burgers zullen minder snel zelf toegang zoeken tot het systeem en zullen bij de hand genomen moeten worden om het systeem te begrijpen. De pragmatische stijl heeft het omgekeerde: zij willen wel hun stem laten horen, maar zij hebben geen vertrouwen in de politiek in de zin van ook daadwerkelijk "gehoord worden". Het interessante bij deze groep burgers is dat zij actief toegang zoeken tot het systeem, maar dat dit niet leidt tot begrip en draagvlak, maar zelfs tot onbegrip. De kritische stijl staat lijnrecht tegenover de verantwoordelijke stijl: zij zijn erg kritisch over het functioneren van politiek en hebben hiernaast niet het zelfvertrouwen om eigen inbreng te geven (WRR, 2012). Deze laatste groep burgers zullen zowel geen toegang zoeken tot het systeem en draagvlak en begrip zal bij deze groep niet tot moeilijk te kweken zijn. Het is interessant deze stijlen in het achterhoofd te houden bij dit verdere onderzoek. Het is enerzijds van belang dat de overheid de toegang en begrijpelijkheid van het systeem waarborgt, maar tegelijkertijd is er ook een belangrijke rol voor de burger om de toegang te zoeken en moet de burger het systeem wel 'willen begrijpen'. De uitlegbaarheid en de toegankelijkheid van het systeem wordt veelal aangeduid met transparantie. Dit belangrijke aspect dient nader te worden bekeken.

2.2 Het toverwoord transparantie

"Transparantie lijkt de 'maatschappelijke multivitamine'.

Het is overal goed voor en je hebt er niet gauw teveel van (Scholtes, 2012)."

In het licht van deze uitspraak is de keuze tot 2015 als jaar van de transparantie een goede keuze van Minister Schippers. Niemand lijkt het oneens te kunnen zijn met een ambitie tot meer transparantie als democratisch ideaal (Grimmelikhuisen, 2013: 451). Hiernaast past het in een stijgende trend die de laatste jaren is ingezet: steeds vaker staat transparantie centraal als oplossing voor veel verschillende problemen waar de overheid mee te maken krijgt. Onderzoeker en journaliste Lynn Berger stelt dan ook dat het begrip transparantie *"hard op weg is hét toverwoord van de eenentwintigste eeuw te worden (2013)"*, en zij stelt hierbij zelfs de vraag hoe transparantie het antwoord op alles geworden lijkt te zijn.

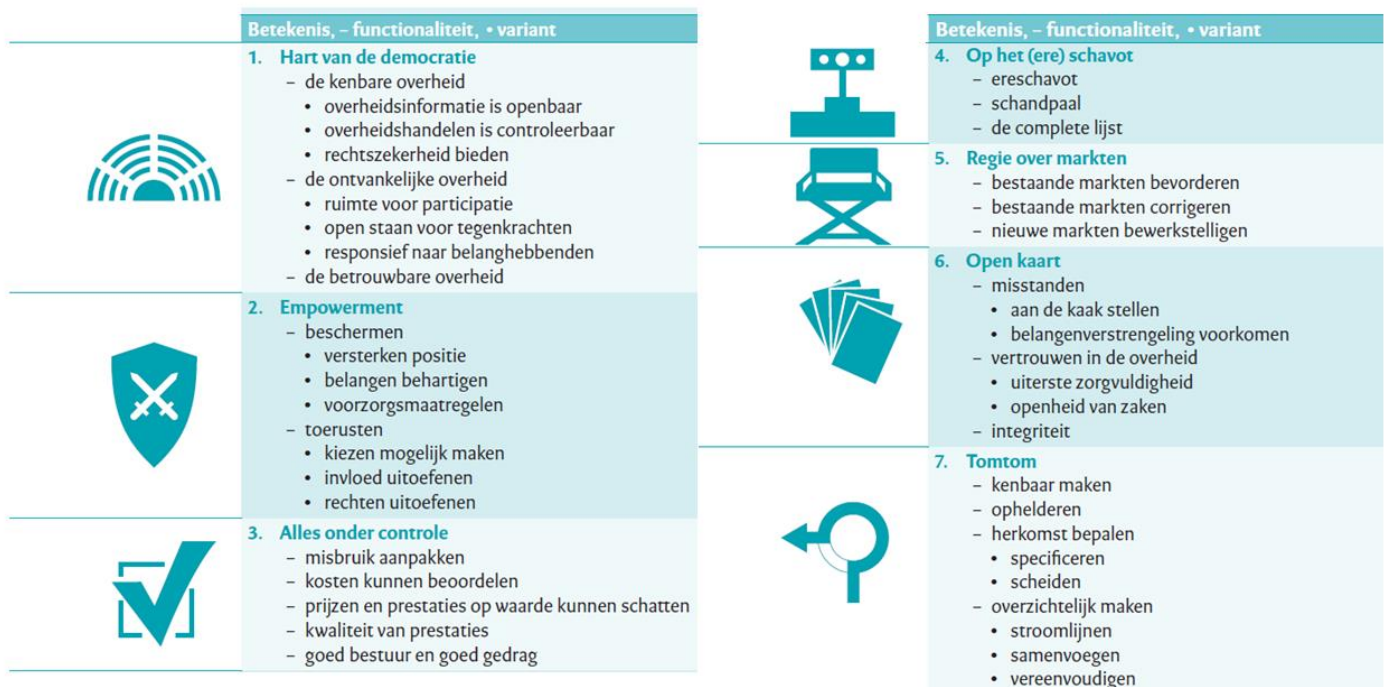
Berger heeft onderzoek gedaan naar het ontstaan van het begrip transparantie. Ten eerste naar de afkomst van het woord, dat is afgeleid van het Latijnse "transparere", dat "doorschijnen" betekent. In eerste instantie

werd dit begrip vooral als beschrijving gebruikt: met transparantie werd bedoeld in hoeverre materialen lichtdoorlatend waren, zoals bijvoorbeeld stoffen, of glas. Pas in de '90 van de twintigste eeuw werd in de huidige betekenis van het woord gebruikt en zoals het begrip nu in beleidsstukken is terug te vinden.

Naast de letterkundige oorsprong heeft Berger ook de inhoudelijke kant van transparantie onderzocht. Zij stelt dat het principe achter het begrip transparantie al veel eerder is terug te vinden, echter heette het destijds "openheid" of "openbaarheid". Als voorbeeld van het ontstaan van dit principe van transparantie noemt zij onder andere de uitspraak van Jeremy Bentham, Brits filosoof: "Hoe beter we in de gaten gehouden worden, hoe beter we ons gedragen". Openbaarheid van zaken lijkt nu dus plaats te hebben gemaakt voor het begrip transparantie, en dit begrip lijkt in toenemende mate voor te komen in het vocabulaire van de overheid (Berger, 2013).

2.2.1 De toegenomen toepassing en de reden achter het gebruik van het begrip transparantie

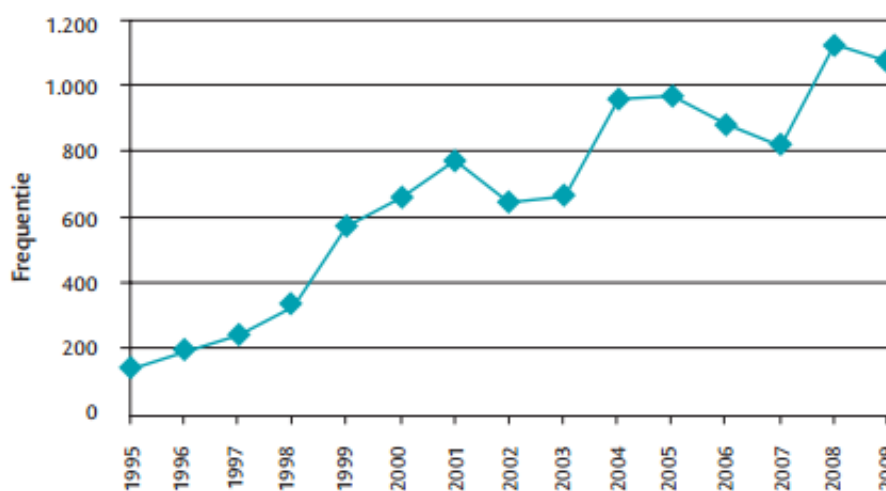
Scholtes (2012) deed onderzoek naar deze toename van het begrip transparantie en het gebruik hiervan door de overheid en legde deze vast in "*Transparantie, icoon van een dolende overheid*". Scholtes stelt dat de overheid transparantie steeds meer en vaker ziet als de oplossing voor verschillende maatschappelijke problemen (2012). Ze onderzocht welke betekenis aan het begrip transparantie wordt gegeven in het wetenschappelijk en politiek-bestuurlijk discours (2012), door een interpretatieve inhoudsanalyse uit te voeren op Tweede Kamerstukken. Aan de hand van deze analyse kwam zij tot zeven verschillende betekenissen van het begrip transparantie (zie onderstaand figuur 2.1).



Figuur 2.1 – Verschillende vertellingen van het begrip transparantie. (Gedeeltelijk) herdrukt van "Transparantie, icoon van een dolende overheid". Scholtes: 2015. Auteursrecht bij H.H.M. Scholtes.

Door middel van deze zeven vertellingen heeft zij geanalyseerd welke betekenissen het begrip transparantie worden toegekend. Onder andere toont ze aan dat het begrip transparantie een veelduidig begrip is, waardoor het een populair en applicabel begrip wordt voor politici; het begrip heeft volgens Scholtes een positieve associatie: *“Het getuigt van actieve betrokkenheid bij hetgeen zich afspeelt in de samenleving of in de eigen omgeving (Scholtes, 2012).”*

Het is dan ook niet verwonderlijk dat het gebruik van de term “transparantie” sterk is toegenomen in de afgelopen jaren. Scholtes constateerde dat het gebruik in landelijke dagbladen is toegenomen van ongeveer 500 keer in 1995, tot ongeveer 1800 keer in 2009. In het politieke debat en in Kamerstukken is het gebruik van de term ook aanzienlijk gestegen:



Figuur 2.2 - De frequentie van het woord “transparant” in Tweede Kamerstukken van 1995 tot 2010. Herdrukt van “Transparantie, icoon van een dolende overheid”. Scholtes: 2015. Auteursrecht bij H.H.M. Scholtes.

In de tabel 2.1 op pagina 21 wordt heeft Scholtes de zeven verschillende aangetroffen vertellingen van het begrip “transparantie” in kaart gebracht, waarin is af te lezen op welke inhoudelijke manier volgens Scholtes het toverwoord van de 21^e eeuw het meeste is gebruikt. Als conclusie hierbij stelt ze dat, ongeacht welke van de vertellingen als motivatie werd gebruikt om de term “transparantie” te gebruiken, de spreker altijd hiermee een bepaalde uitkomst voor ogen had. Met het gebruik van de term op de eerste manier, *hart van de democratie*, wil de spreker dus bij de luisteraar bijvoorbeeld rechtszekerheid bieden en openstaan voor kritiek. Eenzelfde motief is voor elk van de andere vertellingen te vinden (Scholtes, 2015).

Belangrijk om te concluderen is dus het feit dat “transparantie” niet één betekenis of achterliggend doel heeft, maar op veel verschillende manieren kan worden geïnterpreteerd. Om alvast een vooruitblik te bieden naar het onderwerp van dit onderzoek: zo kan ook transparantie van ziekenhuiskosten verschillende interpretaties kennen. Zo kan daar de functie van empowerment worden bepleit, door de burger in staat te stellen om beter te kunnen kiezen tussen verschillende zorgaanbieders. Ook kan de derde vertelling, alles onder controle, worden bepleit als het motief voor het pleiten voor meer transparantie in de curatieve zorgkosten: door burgers inzicht te geven in de rekeningen en dus in de declaraties van het ziekenhuis naar

de zorgverzekeraar, wordt de burger in staat gesteld om te controleren of alles in orde is, en of echt alleen de geleverde zorg in rekening wordt gebracht.

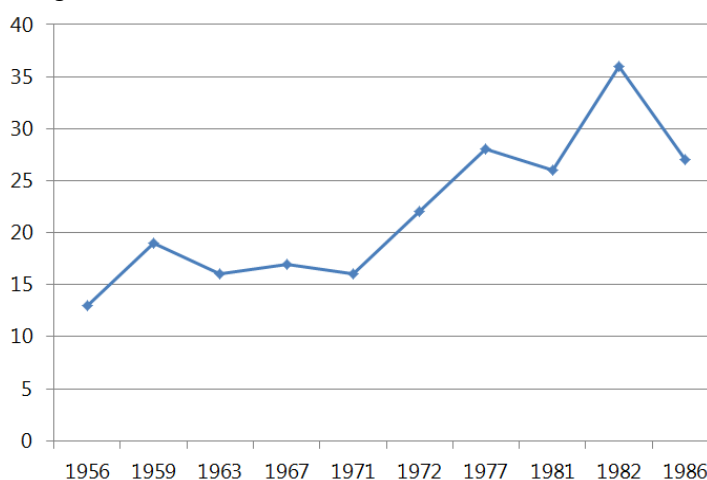
Later in dit onderzoek zal in de analyse worden gesteld welke betekenis de term het best kan worden toebedeeld wanneer het gaat om transparantie in ziekenhuiskosten. Voor nu is het belangrijk te constateren dat het, steeds populairder geworden begrip van transparantie, een veelzijdig gebruik kent en hier verschillende motieven en betekenissen aan wordt gegeven. Deze betekenissen van transparantie wijzen ook uit dat transparantie geen einddoel is, maar een middel om een doel te bereiken. Dit doel is volgens dit onderzoek, burgerbegrip en draagvlak te creëren. Burgerbegrip en draagvlak zorgen ervoor dat de solidariteit in het systeem gewaarborgd kan worden.

2.3 Het *New Public Management* nader bezien

In de voorgaande paragraaf is al kort stilgestaan bij de ontwikkeling van het *New Public Management* in de publieke sector, en op de invloed die deze vorm van overheidsmanagement heeft gehad op de blik op de burger en de houding ten opzichte van een actieve en betrokken burger. Het zaadje van deze probleemstelling heeft zich echter ook ontkiemd in deze opbloei van NPM: het NPM speelt een belangrijke rol in dit onderzoek, en vandaar zal in deze paragraaf nader in worden gegaan op deze belangrijke managementstijl.

2.3.1 Groeiende steun voor nieuw rechts

Vanaf de jaren zeventig vindt er een omslag plaats in het politiek denkbeeld binnen Nederland. Na jaren van "linkse" populariteit voor de opgebouwde welvaartsstaat, is onder de publieke opinie steeds meer twijfel en aversie te ontdekken jegens de heersende politieke tendens van overheidsbemoeyenis, en het links politiek-correcte denken (Hellema, 2010). De verzorgingsstaat wordt door critici gezien als een zogenaamde "*nanny-state*", waarbinnen burgers door de overheid werden beperkt in hun eigen initiatief en kunnen (van Rossem, 2011). De balans tussen interventies van de staat en de vrijere werking van de markt komt door deze sentimenten onder een steeds hogere druk te staan en de roep om beperking de welvaartsstaat wordt steeds luider (Kesselman & Krieger, 2009).



Figuur 2.3: De stijging van het zetelaantal van de VVD in de Tweede Kamer van 1956 – 1986. Bron cijfers: www.parlement.com.

Deze beweging naar meer vrije marktwerking en minder staatsinterventie wordt aangeduid als “het nieuwe rechts”, of ook wel het neoliberalisme genoemd. Hoogleraar Geschiedenis van de Internationale Betrekkingen, Duco Hellema, bepleit in zijn stuk *De opkomst van nieuw rechts* in het Historisch Nieuwsblad dat deze toenemende sentimenten bijvoorbeeld kunnen worden onderschreven door het aantal lidmaatschappen van de politieke partij die uiting gaf aan dit ideaal van minder betutteling en afbraak van de “lokettenmaatschappij”: de Volkspartij voor Vrijheid en Democratie, de VVD. Deze partij kreeg steeds meer steun, van zowel kiezers als mensen die besloten lid te worden van de partij (2010).

Hoewel de steun voor nieuw rechts in de jaren zeventig toenam, en de VVD onder leiding van de populaire Hans Wiegel electoraal succes behaalde, treedt door een politieke impasse pas in 1982 een kabinet aan welke deze idealen in het beleid kan implementeren (Hellema, 2010). Dit zelfbenoemde “no-nonsense” kabinet, Lubbers I, stelt het op orde brengen van de overheidsfinanciën als hoge prioriteit. Op veel terreinen wordt bezuinigd, taken van de overheid worden elders ondergebracht en er worden maatregelen genomen om de werkloosheid te laten dalen (Parlement & Politiek, z.j.). Ook de gezondheidszorg wordt in het regeerakkoord van Lubbers I opgenomen als een van de terreinen waar zal moeten worden ingeleverd:

“De laatste jaren heeft in brede kring de overtuiging postgevat dat de kwaliteit en de kwantiteit van de gezondheidszorg in Nederland een internationale vergelijking ruimschoots kan doorstaan doch niettemin onbeheerste groeiprocessen in zich bergt die weinig meer van doen hebben met een noodzakelijk peil en verantwoord gebruik van gezondheidsvoorzieningen. Met het oog daarop zal in de periode tot en met 1986 de groei van de kosten van de gezondheidszorg (excl. autonome salarisontwikkeling die immers in 3.b is begrepen) met f 3 mld. moeten worden gematigd.”¹

Tegelijkertijd met deze toegenomen populariteit van het neoliberalisme en de veranderende blik op hoe de overheid zich zou moeten opstellen jegens haar burgers, werd ook steeds meer kritiek geleverd op de managementstijl van de overheid en haar organen. Gebaseerd op neoliberale principes werd een nieuwe manier ontwikkeld om op een innovatieve manier naar het handelen van de overheid te kijken: het *New Public Management*.

2.3.2 De kern van NPM

De indeling van de maatschappij kan ruwweg worden ingedeeld in twee sectoren: de publieke en private sector, zo stelt politiek wetenschapper Lane (2002). De publieke sector beslaat alle overheidsactiviteiten op alle verschillende niveaus binnen de samenleving, waarbij publiek geld gemoeid is, alsmede alle publieke regelingen in het algemeen. Alles wat hierbuiten valt, behoort volgens Lane tot de private sector (2002). De manier waarop de publieke sector is bestuurd, kan tot het eind van de jaren zeventig van de vorige eeuw als het “klassiek” publiek management worden gekarakteriseerd. Deze klassieke managementstijl kan worden gekenmerkt door de volgende beginselen (Homburg, Pollitt & van Thiel, 2007):

1. Een neutrale, apolitieke, publieke dienstverlening

¹ Kamerstukken II 1982-1983, 17 555, nr. 7.

2. Hiërarchie en regels
3. Duurzaamheid en stabiliteit
4. Een geïnstitutionaliseerde burgerdienstverlening
5. Interne regulatie
6. Gelijkheid

Echter kwam dus met de opkomst van het neoliberalisme ook steeds meer kritiek op deze managementstijl. (Homburg, Pollitt & van Thiel, 2007). Sinds de jaren tachtig van de twintigste eeuw heeft *New Public Management* steeds meer terrein gewonnen binnen de publieke sector. In deze nieuwe stroming werd geprobeerd het management van de publieke sector te verbeteren door het richten op prestatie, de markt en vraagsturing (Korsten, 2011). Deze nieuwe managementmethode kan worden gekenmerkt door een nadruk op marktdenken in de publieke sector (Kerpershoek, 2015). Marktmechanismen in de publieke sector kan bijvoorbeeld worden gezien in de privatisering van bepaalde onderdelen van de publieke sector en de introductie van concurrentie in onderdelen van de overheidsgebieden (Homburg, Pollitt & van Thiel, 2007). Ook ligt de nadruk bij New Public Management meer bij het meten van output en uitkomsten van bepaalde systemen en processen (zoals testresultaten), dan slechts op de input, zoals dit binnen het klassiek publiek management het geval was.

Invloedrijke personen binnen dit nieuwe denken over het management van de publieke sector zijn Osborne en Gaebler. Zij beschreven in *Reinventing Government* de tien principes die volgens hen leiden tot een verbeterde effectiviteit van overheidsorganisaties (Osborne & Gaebler (1992), in Collins& Byrne (2004)):

1. *Steer, not row (or as Mario Cuomo put it, "it is not government's obligation to provide services, but to see that they're provided");*
2. *Empower communities to solve their own problems rather than simply deliver services;*
3. *Encourage competition rather than monopolies;*
4. *Be driven by missions, rather than rules;*
5. *Be results-oriented by funding outcomes rather than inputs;*
6. *Meet the needs of the customer, not the bureaucracy;*
7. *Concentrate on earning money rather than spending it;*
8. *Invest in preventing problems rather than curing crises;*
9. *Decentralize authority; and*
10. *Solve problems by influencing market forces rather than creating public programmes.*

De traditionele theorieën over publiek management voldeden dus niet meer aan het nieuwe denken binnen de publieke sector (de Vries, 2010). Volgens de Vries, hoogleraar Bestuurskunde, kan NPM dus worden gezien als een reactie op de traditionele theorieën over het management van de publieke sector (2010). Hij stelt dat door problemen die de welvaartsstaat met zich mee bracht, zoals fiscale en financiële problemen, de

publieke organisaties moesten worden veranderd en opnieuw moesten worden ingericht. Ze werden in zekere zin gelijk getrokken aan private organisaties, met als basis het neoliberale denken (de Vries, 2010).

2.3.4. *New (or Dead?) Public Management*

Binnen de literatuur over het NPM heeft zich een discussie ontvlamd over het voortbestaan van het New Public Management. In 2005 schreef Dunleavy het artikel "New Public Management Is Dead – Long Live Digital-Era Governance, waarin hij stelt dat het model van NPM achterhaald is geraakt (de Vries, 2010). Hij stelt dat de grote thema's binnen NPM zich hebben gericht op (Dunleavy, 2005):

- *Opsplitsen* van grote delen van de publieke sector tot kleinere, specifiekere delen zoals private bedrijven dit al eerder hadden gedaan.
- *Competitie* door het toestaan van meerdere aanbieders om zo meer concurrentie te creëren.
- *Stimulering* door een grotere nadruk op het financiële aspect van prestatie en haar uitkomsten, in plaats van de focus op de publieke service of de werk ethos.

De thema's welke Dunleavy aanstipt als hoofdpunten van het NPM, kunnen in de zorg de laatste jaren voornamelijk worden teruggevonden door de toename van marktwerking in de zorg. Bepleit wordt dat door de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006 (waarover in hoofdstuk 4 meer), de marktwerking is begonnen door taken over te dragen naar private zorgverzekeraars. Toch kan dit ook in twijfel worden getrokken. Martin Buijsen, gezondheidsjurist en rechtsfilosoof, verbonden aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, stelt in de essaybundel "*Marktwerking versus solidariteit? Op zoek naar nieuwe evenwichten in de publieke dienstverlening*", dat marktwerking altijd al deel heeft uitgemaakt van het zorgstelsel. De zorg, zo stelt hij, is altijd al een markt geweest. Er is altijd al een vraag geweest naar zorg vanuit patiënten, en logischerwijs is deze geleverd door medici. Er was altijd al een vraag, en altijd al een aanbod. Dit aanbod is altijd al geleverd door mensen en instanties die hier hun geld aan hebben verdiend. Winst maken was hier altijd al aan de orde van de dag, bepleit Buijsen: "*Om het hoofd boven water te houden, moesten de inkomsten de kosten altijd overstijgen* (Buijsen, 2007)."

De markt en de zorg blijven een moeizame combinatie. Waarom lijkt de markt, en marktwerking altijd een negatieve bijmaak te hebben wanneer het gaat om publieke zaken, instituties en dienstverlening? Teulings, voormalig CPB-directeur (2007) bepleit in dezelfde bundel als waarin Buijsen zijn essay publiceerde, dat het negatieve beeld van marktwerking in de publieke sector onjuist is. Veel mensen maken volgens hem de denkfout dat de markt en moraliteit niets met elkaar te maken hebben (2007). Is het daarom dat mensen stellen de markt eigenlijk geen plaats zou moeten hebben op terreinen als de zorg? Onjuist, zo stelt Teulings. Zijn stelling: Markten kunnen niet zonder moraliteit. Hij stelt dat juist de markt bepaalde normen en waarden nodig heeft. Dit bepleit hij door de oorsprong van normen en waarden uit te leggen: die zijn namelijk niet altijd intrinsiek aanwezig in de mens, maar deze worden vooral aangeleerd. Vooral ook door een constante dreiging van maatregelen wanneer men de normen en waarden overschrijdt. En juist de markt, zo concludeert Teulings, kan niet zonder deze orde-scheppende werking van normen en waarden (2007).

Deze conclusie van Teulings is een positieve notie op de rol van normen en waarden in een markt. En het zou een gewenste relatie betekenen: zeker in het licht van de huidige inrichting van de overheid, waar in toenemende mate sprake is van de drie punten van Dunleavy: *opsplitsing, competitie en stimulering van prestatie*. Goudswaard, hoogleraar economie en bijzonder hoogleraar sociale zekerheid schreef in 2001 een rapport over de toekomst van een houdbaar stelsel van sociale voorzieningen in Nederland. Hierin betoogt hij dat twee centrale elementen veel invloed hebben gehad op de laatste ontwikkelingen in de sociale zekerheid: een terugtrekkende overheid en de toename van marktwerking.

Hij stelt dat in het denken over sociale zekerheid sinds de jaren 80 sterk is veranderd. De nadruk is steeds meer komen te liggen op de beteugeling van de kosten van de sociale zekerheid, en dus het terugdringen van kosten en de keuze voor marktwerking en privatisering. Hij vraagt zich in het rapport af of het mogelijk is dat onder deze omstandigheden het mogelijk is dat solidariteit behouden blijft in een houdbaar stelsel van sociale zekerheid. Zijn conclusie: er blijft plaats voor solidariteit binnen het stelsel van de sociale zekerheid, het zal echter een andere invulling krijgen (Goudswaard, 2001). In de loop der jaren is de relatie tussen de burger en de overheid veranderd. Burgers werden geacht om meer verantwoordelijkheid op zich te nemen, waardoor het burgerbegrip en het draagvlak een andere vorm kregen. De toename van burgerverantwoordelijkheid gaven de mate van burgerbegrip en draagvlak ook meer noodzaak. Door burgers actief te betrekken, gingen zij nadenken over hun rol in het systeem.

Niet alleen het sociale zekerheidsstelsel, maar ook het gehele Nederlandse zorgstelsel is gestoeld op dit begrip: solidariteit. Wat houdt solidariteit precies in? Wat betekent het concreet voor de burger? Welke plaats neemt dit begrip precies in binnen de zorg? Kan solidariteit blijven bestaan wanneer marktwerking binnen de zorg toeneemt? De volgende paragraaf zal meer theoretische achtergrond bij dit begrip bieden en deze vragen pogen te beantwoorden.

2.4 Solidariteit in een veranderende maatschappij

2.4.1 Het begrip solidariteit

Het begrip "solidariteit" kent veel duidingen, opvattingen en definities. Het is een toepasbaar begrip, en daarmee kan het op heel veel verschillende (maatschappelijke) kwesties worden toegepast. Over Nederland wordt veel gezegd dat het een "solidair" land is. Maar wat houdt deze benoeming precies in? In het politiek/wetenschappelijke tijdschrift van de Wiardi Beckman Stichting, de "Socialisme & Democratie" (S&D) verscheen in 2012 een reeks artikelen over "Solidariteit in de 21^{ste} eeuw". Bijzonder hoogleraar arbeidsverhoudingen, Paul de Beer, beet het spits af en schreef de eerste uitgave in de reeks: "Solidariteit onder druk". In dit essay gaat hij verder in op de betekenis van het begrip "solidariteit" en de gevaren die voor dit begrip op de loer liggen in de huidige samenleving, waar onder andere individualisering, globalisering en een toenemende diversiteit aan de orde van de dag zijn (de Beer, 2012).

De Beer gaat uit van de volgende definitie van solidariteit: "*iedere handeling die ten goede komt aan een ander zonder dat men de zekerheid heeft van een gelijkwaardige tegenprestatie* (de Beer, 2012)". Hierbij stelt hij dat er een onderscheid is te maken tussen "koude solidariteit" en "warme solidariteit". Bij warme

solidariteit spelen warme gevoelens als altruïsme en barmhartigheid een rol en deze vorm van solidariteit is bij bijvoorbeeld vrijwilligerswerk terug te zien. Koude solidariteit heeft deze gevoelens niet als basis, maar hier gaat het bijvoorbeeld om opgelegde regels waar een altruïstisch doel achter schuilt, zoals de verdeling van de zorgpremie. Iedereen betaalt dezelfde premie, ongeacht sociaal demografische persoonskenmerken zoals inkomen, leeftijd en gezondheidstoestand. Deze kenmerken maken geen verschil voor de hoogte van de premie van de basisverzekering of toegang tot de basisverzekering (Hansen, Arts en Muffels, 2005). Door voor iedereen dit bedrag gelijk te stellen, betaalt iedereen mee voor de zorgkosten voor de verzekerden die ziek worden en van zorg gebruik moeten maken (Kloosterman, 2011). Er kan dus verschil zitten in de achterliggende motieven van solidaire handelingen of acties, maar de Beer stelt dat beide vormen een even grote mate van solidariteit kennen. Warme solidariteit is in die zin, volgens de Beer, dus niet "meer solidaire" omdat het vanuit een intrinsiek altruïstisch gevoel voortkomt dan wanneer het van bovenaf opgelegd wordt (de Beer, 2012).

De Beer maakt overigens wél een onderscheid in de volgende verschijningsvormen van solidariteit (2012):

- Eenzijdige solidariteit: hierbij wordt géén tegenprestatie verwacht. Een voorbeeld hiervan is vrijwilligerswerk in zorginstellingen.
- Tweezijdige solidariteit (of ook wel wederkerige solidariteit genoemd): hierbij wordt uiteindelijk wél een tegenprestatie verwacht. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om het helpen van een vriend of buur, maar de Beer stelt dat ook een verzekering op het principe van tweezijdige solidariteit is gestoeld.

Deze laatste verschijningsvorm lijkt op het eerste oog tegenstrijdig te zijn aan zijn zojuist gestelde definitie van solidariteit an sich: hier werd juist gesproken over een onzekerheid van een uiteindelijke gelijkwaardige tegenprestatie. Toch lijkt de Beer dit geen contradictie te vinden, omdat hij stelt dat bij tweezijdige solidariteit inderdaad een tegenprestatie wordt verwacht, maar dat deze tegenprestatie onzeker blijft op twee punten; of de uiteindelijke daadwerkelijke tegenprestatie daadwerkelijk plaats zal vinden en de mate van gelijkwaardigheid van de uiteindelijke tegenprestatie (de Beer, 2012).

2.4.2 Opmaat tot het thema van dit onderzoek: solidariteit binnen de zorg

In dezelfde reeks van artikelen over solidariteit in de 21^{ste} eeuw van het tijdschrift S&D heeft ook hoogleraar sociologie van de Erasmus Universiteit Rotterdam, van der Veen, een bijdrage geschreven. In zijn deel verschuift het thema van solidariteit in het algemeen, naar die binnen de sociale zekerheid in onze solidaire verzorgingsstaat. Hij doet een interessante waarneming over solidariteit binnen deze staat. De steun voor de solidariteit binnen onze verzorgingsstaat is nog hoog, zo stelt hij, maar de aard van de solidariteit verandert. Volgens van der Veen betekent deze veranderende solidariteit niet direct dat men minder steun aan de verzorgingsstaat verleent, maar dat zij andere voorwaarden stelt (2012). In die zin lijkt het erop, met het betoog in het achterhoofd van de Beer, dat de steun binnen onze verzorgingsstaat verschuift van eenzijdige solidariteit naar tweezijdige solidariteit, met hierbij als tegenprestatie activering en investering.

Van der Veen gebruikt echter een andere schaal om de steun aan de verzorgingsstaat in te categoriseren. Hij hanteert hier de schaal van Steffen Mau, een Duitse socioloog (van der Veen, 2012):

| | |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gegeneraliseerde wederkerigheid | Bij deze wederkerigheid worden geen nadere voorwaarden gesteld aan de wederkerigheid. Door van der Veen genoemd voorbeeld: Algemene Ouderdomswet. |
| Gebalanceerde wederkerigheid | Een balans tussen de inbreng en de uitkomst: hoe meer je inlegt, hoe meer je ontvangt bij deze vorm van wederkerigheid. Door van der Veen genoemd voorbeeld: Werkloosheidsverzekering. |
| Risicowederkerigheid | Hierbij is het sociale vangnet het leidende principe. Wanneer men wordt getroffen door tegenslagen in welke vorm dan ook, bestaat een wederkerigheid die hen kan opvangen. Door van der Veen genoemd voorbeeld: weduwen- en wezenpensioen. |
| Verplichtende wederkerigheid | De naam zegt het al: bij deze vorm van wederkerigheid wordt uitgegaan van een tegenprestatie wanneer men "gebruik maakt" van deze vorm van wederkerigheid. Hier wordt dan ook een tegenprestatie verlangd op basis van de wederkerigheid die geboden wordt. Door van der Veen genoemd voorbeeld: de Nederlandse bijstandswet. |

Tabel 2.1: Verschillende vormen van wederkerigheid, afgeleid van de schaal van de Duitse socioloog Steffen Mau. Van der Veen, 2012.

Van der Veen concludeert op basis van gegevens over steun voor de verzorgingsstaat dat de steun hiervoor nog groot is, maar dat men wel steeds meer sympathie heeft voor de verplichtende wederkerigheid. De oplossing bij deze behouden steun voor de verzorgingsstaat aan de ene kant, maar toenemende vraag om verplichtende wederkerigheid in dit stelsel, ligt volgens van der Veen bij een activerende verzorgingsstaat (2012). Deze vernieuwde vorm van de verzorgingsstaat heeft zich de afgelopen tijd gemanifesteerd, en komt op het volgende neer: *"In normatieve zin staat de omslag naar een activerende verzorgingsstaat voor een*

vergroting van de individuele verantwoordelijkheid van burgers, maar wel onder handhaving van de beschermende paraplu van de -gemoderniseerde- verzorgingsstaat (van der Veen, 2012).“

Belangrijke principes bij deze gemoderniseerde verzorgingsstaat zijn eigen verantwoordelijkheid en² privatisering van delen van de verzorgingsstaat (denk hierbij bijvoorbeeld aan de privatisering van de ziekenfondsen naar private zorgverzekeraars). Ook steeds meer nadruk komt te liggen op participatie van *iedereen*, dus ook van diegenen die, in de meer beschermende verzorgingsstaat, door alle verschillende voorzieningen juist verder af kwamen te staan van bijvoorbeeld de arbeidsmarkt. En, wat nog meer een belangrijke verandering is geweest in de weg naar een meer activerende verzorgingsstaat is de toegankelijkheid van de voorzieningen. Deze zijn veel selectiever en strenger geworden en voor diegenen die alsnog gebruik maken van de voorzieningen, worden steeds meer en strengere eisen gesteld (van der Veen, 2012).

Margo Trappenburg, destijds bijzonder hoogleraar “Sociaal-politieke aspecten van de verzorgingsstaat” aan de Universiteit van Amsterdam, benadert solidariteit met weer andere classificatietermen dan de Beer en van der Veen. Zij splitst de solidariteit binnen de verzorgingsstaat op in twee vormen: actieve en passieve solidariteit binnen het systeem. Naast passieve solidariteit, welke zij invult als het bijvoorbeeld het afdragen van belasting en premies om de zwakkeren in de samenleving mee te ondersteunen, wordt vanuit de overheid nu ook steeds meer aangedrongen op actieve solidariteit, zeker binnen de zorg. Opvallend is hierbij dat Trappenburg in 2012 een vooruitziende blik gehad lijkt te hebben, aangezien zij dit essay in de zomer van 2012 publiceerde, en op dat moment de huidige coalitiepartijen bezig waren met het beleidsplan voor de aankomende jaren, waar actieve solidariteit een belangrijk onderdeel van zou worden.

2.4.3 De crux van dit onderzoek: verval en behoud van solidariteit binnen de zorg

“Solidariteit is een van de belangrijkste ankers van ons zorgstelsel. Als we de solidariteit verliezen, verliezen we het stelsel.” – André Rouvoet, voorzitter van branchevereniging Zorgverzekeraars Nederland (Heijne, 2014).

Het is een vaak gehoorde stelling: ons zorgstelsel in Nederland is gebaseerd op solidariteit. Deze solidariteit komt op verschillende manieren terug in het stelsel: zo betaalt iedereen in Nederland mee aan de kosten die iemand maakt wanneer diegene zorg nodig heeft. Iedereen betaalt dezelfde premie, ongeacht sociaal demografische persoonskenmerken als inkomen, leeftijd en gezondheidstoestand. Deze kenmerken maken geen verschil voor de hoogte van de premie van de basisverzekering of toegang tot de basisverzekering (Hansen, Arts en Muffels, 2005). Er lijkt echter iets gaande te zijn met deze solidariteit in het stelsel.

In 2005 schreef de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) al een publicatie over de solidariteit en de houdbaarheid hiervan in de gezondheidszorg. De Raad bespreekt hierin drie verschillende, belangrijke vormen van solidariteit binnen de zorg. Ten eerste *inkomenssolidariteit*. Dit is de solidariteit binnen het stelsel tussen mensen met hoge en lage inkomens. Hoge inkomens dragen relatief meer bij aan de zorgkosten van Nederland dan mensen met lage inkomens, vanuit het principe van inkomenssolidariteit. De

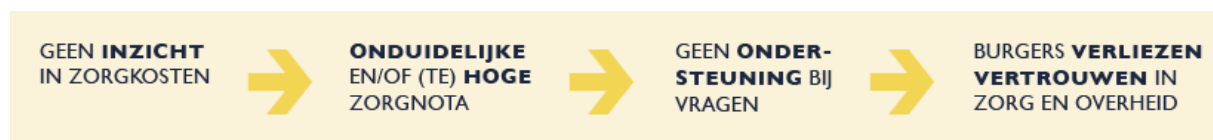
tweede verschijningsvorm is de *intergenerationele solidariteit*. deze term spreekt redelijk voor zich. Het jongere deel van de bevolking draagt immers veel bij aan de zorg voor het oudere deel van de bevolking (terwijl zij meer zorgkosten maken). Ten derde bestaat de *risicosolidariteit*. hierbij lijkt de kern van het stelsel te liggen. Mensen met een laag risico op zorgkosten, dragen bij aan de zorg voor mensen met een hoog risico.

Het belang van deze solidariteit in zorgkosten van de curatieve zorg kan snel worden verklaard aan de hand van twee cijfers van de RVZ. In 1999 bestond 70% van de totale kosten uit slechts de zorgkosten voor de 10% van de "duurste verzekerden (RVZ, 2005)". Dat deze kosten niet door deze 10% van de verzekerden zelf zouden kunnen worden betaald, staat buiten kijf. Solidariteit voor de mensen die gebruik moeten maken van gezondheidszorg, is dus een belangrijk aspect. Het Centraal Plan Bureau (CPB) stelt echter dat deze hoognodige solidariteit in de zorg steeds meer onder druk komt te staan.

Er lijkt een steeds grotere ongelijkheid te ontstaan tussen de financiering en het gebruik van zorg. Zo maken bijvoorbeeld mensen met alleen basisschooldiploma of een lage opleiding meer gebruik van zorg, dan dat zij er zelf aan mee betalen. De situatie voor mensen met een hogere opleiding betreft het tegengestelde: zij betalen meer aan de zorgfinanciering dan ze zelf aan zorg gebruiken. Nu de zorgkosten stijgen, neemt deze ongelijkheid steeds meer toe (CPB, 2013). Hiernaast stellen zij het volgende:

"Voor mensen met een hogere opleiding neemt het besteedbare inkomen veel sterker toe, zij zijn ook bereid om een groter deel van hun inkomen aan meer en betere zorg te besteden, maar de prijs van de solidariteit is hoog (CPB, 2013)."

Deze stelling duidt de druk aan waaronder de solidariteit op dit moment onder gebukt gaat. En deze druk op de transparantie neemt dus toe. Maar hoe verhoudt zich dit tot de problematiek waar dit onderzoek zich mee bezig zal houden? Welk effect heeft een ziekenhuisrekening en de duidelijkheid – of onduidelijkheid – hiervan, op de solidariteit binnen een systeem? De RVZ geeft in het advies *"Het belang van wederkerigheid ... solidariteit gaat niet vanzelf!"*, aanbevelingen om de solidariteit in het systeem om peil te houden. En hierin wordt de link van het onderwerp van dit onderzoek en de afnemende solidariteit voor het zorgstelsel gelegd: als een van de oplossingsrichtingen van de "negatieve spiraal in vertrouwen en verantwoordelijkheid" met betrekking tot de solidariteit, noemt de RVZ namelijk meer transparantie over kosten, premies en houdbaarheid van de kosten (2013). Ook de ombudsman trok in het rapport (zie figuur 2.4) de link tussen de problematiek rondom de ziekenhuisbekostiging en het vertrouwen van burgers in zorg en overheid.



Figuur 2.4 Herdrukt van "de grafische kaart: Kan het transparanter?". De Nationale Ombudsman, 2015. Auteursrecht bij de Nationale Ombudsman.

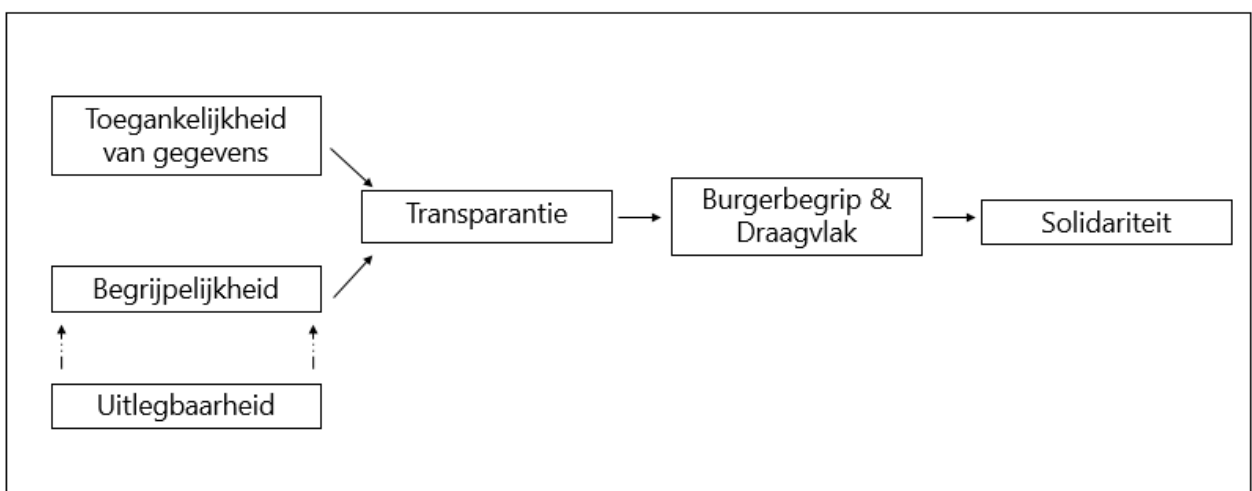
Zoals in voorgaande paragrafen is gesteld, kan worden gesteld dat hoe meer het onbegrip toeneemt voor de manier van bekostiging van de ziekenhuiszorg, hoe sterker het wantrouwen jegens de zorg en de

overheid toeneemt, wat uiteindelijk kan leiden tot een algehele afname van de solidariteit binnen het zorgstelsel. In hoofdstuk 5, waarin de exacte inhoud en stand van de casus zal worden besproken, zal blijken dat het onbegrip van burgers jegens de ziekenhuisbekostiging vooral op de hoogte van de kosten, de onduidelijkheid van de kosten voorafgaand aan de behandeling, en de uiteindelijk onduidelijke ziekenhuisrekening is gericht. Transparantie en duidelijkheid in zorgkosten en de ziekenhuisrekeningen zou er dus aan bij kunnen dragen dat deze problemen kunnen worden aangepakt en uiteindelijk de solidariteit onder de bevolking stabiel op peil blijft ondanks de toenemende ongelijkheid tussen bijvoorbeeld financiering en gebruik.

2.5 Conceptueel model

In deze paragraaf zal het gehanteerde conceptueel model van dit onderzoek uiteen worden gezet. In het voorgaande hoofdstuk is het theoretisch kader geschetst, alwaar al een aantal termen nader zijn behandeld. In dit hoofdstuk zal op basis van deze concepten het conceptueel model worden gepresenteerd, waarin de theoretische verbanden zullen worden besproken waarvan wordt verwacht dat deze terug kunnen worden gezien in dit onderzoek. In het licht van dit conceptueel wordt ook de relevantie van deze casusselectie nogmaals bevestigd: de kernvoorwaarden binnen het conceptueel model komen allen terug in de casus van de problematiek rondom de ziekenhuisrekeningen.

Een conceptueel model is een bruikbaar middel voor veel typen onderzoek, zeker wanneer er verklarende elementen in het onderzoek zitten (Verschuren, 2015). In dit onderzoek is er inderdaad sprake van het zoeken naar verklarende elementen: welke elementen kunnen verklaren waaruit de problematiek rondom de ziekenhuisbekostiging? Welke elementen kunnen ervoor zorgen dat deze problemen afnemen? Met deze verklarende elementen in beschouwing genomen is gekozen om voor dit onderzoek gebruik te maken van een conceptueel model. Met behulp van enkele van de concepten uit het theoretisch kader en enkele nieuwe concepten zal in onderstaande figuur het conceptueel model van dit onderzoek zijn af te lezen.



Figuur 2.3 - Conceptueel model. De invloed van wijzigingen binnen het systeem op het begrip van burgers voor de uiteindelijke solidariteit.

Dit onderzoek gaat uit van een verband tussen de toegankelijkheid van gegevens, begrijpelijkheid en eventuele uitlegbaarheid van deze gegevens op de transparantie binnen een systeem. Immers, zo is de gedachtegang: wanneer de gegevens voldoende begrijpelijk zijn, is er minder behoefte aan uitlegbaarheid van de informatie. Mocht de begrijpelijkheid tekort schieten, dan kan deze worden aangevuld door uitlegbaarheid van het systeem. Daarom is deze relatie van uitlegbaarheid tot begrijpelijkheid met onderbroken strepen weergegeven. Vervolgens wordt uitgegaan van een relatie tussen de mate van transparantie en het begrip en draagvlak onder de bevolking. Naarmate deze transparantie toeneemt, is de verwachting dat het begrip onder burgers en draagvlak ook toeneemt. Dit burgerbegrip en draagvlak is vervolgens van invloed op de mate van solidariteit onder de bevolking. De solidariteit wordt volgens de gedachtegang in dit onderzoek beïnvloed door de transparantie en het burgerbegrip en draagvlak over hetgeen waar transparantie over wordt geboden. Een hogere mate van transparantie, en daarmee burgerbegrip en draagvlak zal leiden tot een meer solide mate van solidariteit binnen het systeem, of zelfs een vergroting van de mate van solidariteit onder de bevolking.

2.6 Operationalisatie

Binnen de verzamelde data zal worden gekeken naar de oorzaken van de problematiek en concrete manieren waarop de verschillende kenmerken (transparantie, uitlegbaarheid en begrijpelijkheid) binnen het ziekenhuisbestedingssysteem, en uiteindelijk het burgerbegrip en draagvlak kunnen worden verhoogd. Om de data te onderzoeken op deze kenmerken uit het conceptueel model, en dus de link te zoeken tussen de theorie en de empirie, zullen deze concepten uit het onderzoek worden uiteengezet met hierbij de betreffende indicatoren.

Door de semigestructureerde interviews kon, door naar kern van problematiek te vragen, op een open manier gevraagd worden naar de zienswijze van de respondenten van de voorliggende casus. Hierdoor konden de kernbegrippen gemeten worden, alleen al door het feit of zij genoemd werden door de respondenten, en vervolgens door de manier waarop zij deze kernbegrippen beschreven. Dit geeft een beeld van de samenhang van de kernbegrippen zoals gebruikt in dit onderzoek. De kernbegrippen richten zich op de burger, terwijl het onderzoek zich heeft gericht op hoe de overheid en de veldpartijen de toegankelijkheid en transparantie kunnen verhogen. De omschrijvingen van de begrippen en diens meetbare indicatoren zijn:

- **Transparantie:** dit begrip heeft betrekking op het inzicht dat de patiënt heeft in de gemaakte kosten, en de manier waarop deze kosten tot stand zijn gekomen. Wanneer naar de theorie van Scholtes wordt gekeken zal in dit onderzoek het begrip "transparantie" vooral gebruikt worden in de betekenis die Scholtes heeft gegeven in de tweede en derde variant van de betekenisuitleg, te weten "empowerment" en "alles onder controle". Transparantie in zorgkosten wordt bereikt zodat de burger in staat wordt gesteld om een sterkere positie in te kunnen nemen tegenover zorgverzekeraar en zorgaanbieder, door beter in staat gesteld te worden om op basis van transparantie informatie op kwaliteit en prijs een zorgverzekeraar en –aanbieder te kunnen kiezen. Anderzijds moet de transparantie worden verhoogd om de burger in staat te stellen om de ziekenhuisnota's te kunnen controleren. Uit een hogere transparantie leidt een hogere mate van uitlegbaarheid en begrijpelijkheid.

- Indicatoren: inzicht in kosten voorafgaand aan de behandeling, toegankelijkheid tot de kosteninformatie en de verklaring van de kosten, aantal DBC-codes, aantal zorgtarieven, mate van verklaring van kosten op ziekenhuisrekening, percentage kosten dat vooraf bekend is.
- **Uitlegbaarheid:** dit begrip heeft betrekking op de manier waarop het systeem, en de kosten die het systeem voortbrengt, zijn uit te leggen. Niet alleen op een normatieve wijze, maar is het systeem duidelijk en eenvoudig genoeg om uit te leggen? Hiermee heeft dit begrip vooral betrekking op de partijen in het veld. Kunnen de mensen die de patiënt zien, zoals de arts, verpleegkundige en de baliemedewerker uitleggen hoe het systeem werkt? Kan de zorgverzekeraar in staat worden gesteld om de verschillende aspecten binnen het systeem aan de verzekerde te verklaren? Dit heeft vooral met de complexiteit van het systeem te maken, maar ook zeker met de logica. Hoe kan het financieringssysteem worden aangepast zodat deze uitlegbaarheid wordt verhoogd?
 - Indicatoren: wijde van de gemiddelde kosten (hoeveel is de strekking van een zorgtarief, leidt deze logisch af van de genoten behandeling?), aantal zorgtarieven binnen DBC-code, tijd dat wordt besteed aan het behandelen van vragen, aantal mensen binnen de organisatie die te maken hebben met de vragen, aantal DBC-codes, aantal zorgtarieven.
- **Begrijpelijkheid:** dit concept heeft betrekking op de mate waarop burgers het systeem en al haar uitkomsten kunnen begrijpen. Versimpeling van het systeem kan er bijvoorbeeld toe leiden dat de begrijpelijkheid van het systeem toeneemt in de ogen van burgers. Ook betere voorlichting voor burgers zorgt voor een betere begrijpelijkheid van het systeem. De vraag bij dit concept zal zijn in hoeverre het systeem begrijpelijk zou moeten zijn voor de gemiddelde burger. Hier bevindt zich ook de koppeling met transparantie van het systeem, want het systeem kan niet goed worden begrepen bij een niet-transparant systeem. Begrijpelijkheid van het systeem kan ertoe leiden dat burgers meer begrip kunnen opbrengen voor de uitkomsten van het systeem, zoals hogere kosten dan dat zij in eerste instantie verwachten, zoals getoond in het conceptueel model in figuur 2.3.
 - Indicatoren: het aantal vragen van de burgers naar zorgverzekeraars en zorgaanbieders, aantal zorgtarieven, aantal DBC-codes, hoeveelheid informatie op de zorgnota, hoeveelheid informatie beschikbaar over declareren en bekostiging.
- **Burgerbegrip en draagvlak:** met deze concepten wordt bedoeld in hoeverre burgers begrip voor het systeem hebben. Hierbij wordt niet bedoeld op het feitelijke begrip van de burgers van het systeem, maar begrip voor de complexe werking van het systeem, in die zin dat zij er enige mate van vrede mee hebben wanneer bepaalde (onverwachte) effecten zich voor doen, zoals een hogere prijs dan zij hadden verwacht. Mensen staan achter het systeem, hebben erkenning voor het feit dat het een complex systeem is. Binnen dit onderzoek is dit een gewenst gevolg, aangezien door middel van dit burgerbegrip en draagvlak een deel van de legitimiteit van het systeem kan worden behouden en dit vervolgens kan bijdragen aan de solidariteit binnen het systeem.

- Indicatoren: het aantal vragen en klachten van patiënten bij zorgaanbieder, zorgverzekeraars en delen van de overheid, het vertrouwen in het zorgstelsel, de mate van betrokkenheid van burgers bij het systeem, tevredenheid over het systeem.

- **Solidariteit:** Solidariteit is het belangrijkste kernbegrip binnen dit onderzoek. Doormiddel van verbeteringen aan het zorgstelsel wil dit onderzoek beogen uiteindelijk een bijdrage te kunnen leveren aan de solidariteit onder de Nederlandse bevolking ten opzichte van de gezondheidszorg. Om terug te grijpen op de gebruikte theorie over dit onderwerp eerder in dit hoofdstuk, is dit het feit dat de burger bereid is een actie te ondergaan (betalen aan de zorg, en hierbij wellicht meer dan hij zelf zal gebruiken), die ten goede komt aan een ander zonder dat men de zekerheid heeft van een gelijkwaardige tegenprestatie (de Beer, 2012). Om de theorie van de Beer hier verder bij te gebruiken, zal in dit onderzoek dus sprake zijn van een ambitie tot behoud van bereidwilligheid tot koude solidariteit, binnen risicowederkerigheid.

- Indicatoren: bereidwilligheid bij te dragen aan kosten van de zorg als geheel (niet alleen eigen kosten), barmhartigheid ten opzichte van de medeburger met zorgbehoefte, mate van "vanzelfsprekendheid" van het systeem volgens de burger, mate van acceptatie van het systeem, aantal klachten over onevenredigheid van kosten, klachten over ongelijke bijdragen aan het zorgsysteem.

Hoofdstuk 3 – Casusbeschrijving

3.1 De zorg en haar bekostiging

3.1.1. Tussen cure en care

De totale zorguitgaven zijn de afgelopen decennia flink gestegen: van 6,5 miljard euro in 1972, naar 94 miljard euro in 2013. Per persoon betekent dit jaarlijks een bedrag van 5.608 euro aan zorguitgaven. Waar we in 1972 ongeveer 9% van het nationale inkomen aan zorg uitgaven, is dit nu verdubbeld en besteden we momenteel rond de 16% aan zorg (De Vries & Kossen, 2014). De bedragen die omgaan in de Nederlandse gezondheidszorg zijn dus fors. In dit gedeelte van het hoofdstuk zal uiteen worden gezet op welke manier tot een dergelijk hoog bedrag kan worden gekomen: hoe zijn de uitgaven aan de zorg opgebouwd? Wie bepaalt hoe duur een medische handeling, zoals bijvoorbeeld een blindedarmoperatie, is? En hoe werkt de specifieke bekostiging en contractering van de ziekenhuiszorg?

Voordat deze kosten nader worden gezien, moet een onderscheid worden gemaakt in de zorguitgaven die zullen worden geanalyseerd. Om te beginnen kan binnen de zorg een onderscheid worden gemaakt tussen drie traditionele domeinen: preventie, de *cure* en *care*. Preventie kan worden opgedeeld in drie "fases" (Caris, 2007):

1. Primaire preventie: voorkomen van ziekten
2. Secundaire preventie: vroeg ontdekken van ziekten en zorg voor snelle behandeling
3. Tertiaire preventie: tegengaan van complicaties.

Met *cure* wordt de curatieve zorg aangeduid: dit is vaak tijdelijke zorg, waarbij de nadruk ligt en gericht wordt op het genezen (cureren) van ziekten. Hierbij kan worden gedacht aan ziekenhuiszorg, tandheelkunde en bijvoorbeeld huisartsenzorg (Caris, 2007). In verhouding met de *cure* is de *care* een vrij modern concept. De *care* hierop is ontstaan door de stijging van het aantal ziekten dat chronisch is geworden, en daarmee de vraag naar zorg voor chronisch zieken. Door deze stijging heeft de *care* zich ontwikkeld: zorg niet gericht op genezing, maar op behandeling, ondersteuning van de patiënt en het verlichten van de klachten en symptomen van de ziekte. Voorbeelden van de *care* zijn ouderen- en gehandicaptenzorg (RVZ, 2001).

Deze drie domeinen hebben een constante wisselwerking en grijpen continu op elkaar terug: binnen de *care* worden natuurlijk ook medische handelingen uit de *cure* uitgevoerd, en tijdens een medische *cure* behandeling in het ziekenhuis wordt tertiaire preventie uitgevoerd om complicaties te voorkomen (Caris, 2007). Toch bieden deze drie domeinen een goed algemeen beeld en daarmee een bruikbare "kapstok" om grip te krijgen op de verschillende vormen van zorg.

In dit onderzoek zal worden gekeken naar de curatieve zorg, en binnen deze curatieve zorg meer specifiek naar de bekostiging van ziekenhuiszorg. Ziekenhuiszorg omvat volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek "*Verstrekking van medisch-specialistische zorg. Instellingen en praktijken, waarin gedurende dag en/of nacht alle vormen van medisch-specialistische hulp kunnen plaatsvinden*" (CBS, 2014). Deze vorm van curatieve zorg vormt een van de grootste kostenposten van de totale zorguitgaven, waarin in 2013 nog 24,8 miljard aan werd besteed (CBS in de Vries & Kossen, 2014).



Afbeelding 3.1: Sectoren binnen de Nederlandse gezondheidszorg, voorbeelden van zorg binnen deze sectoren en de uiteindelijke selectie van relevante onderzoeksector.

3.1.2. Het ontstaan van ons huidige curatieve stelsel

Het zorgstelsel dat we tegenwoordig kennen in Nederland, heeft er zeker niet altijd uitgezien als vandaag de dag. Volgens Boot (2013) zijn de beginselen van ons huidige zorgstelsel terug te vinden vanaf de tweede helft van de twintigste eeuw. Boot stelt dat in deze periode drie fundamentele kernbegrippen zijn ontwikkeld, die de basis hebben gelegd voor het moderne stelsel: particulier initiatief, sociale ziektekostenverzekeringen en overheidsregulering (2013).

In 1941 werd tijdens de bezetting door de Duitsers het besluit genomen tot een ziekenfonds: het Ziekenfondsbesluit. Dit besluit hield een verplichting in om aan te sluiten bij een ziekenfonds, voor iedereen die onder een minimum loongrens viel. Hierboven was men vrij in de keuze voor een optionele ziekenfondsverzekering of in de keuze voor een particuliere verzekeraar (KHZ, z.j.). Na de oorlog was de landelijke gezondheid in slechte staat, en werd de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid in het leven geroepen. Uiteindelijk werd pas in 1964 de Ziekenfondswet wettelijk ingevoerd, en hiermee was de verplichte verzekering een feit. Vier jaar later is deze wet aangevuld met een bredere wet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (Boot, 2013). Deze wet is in het leven geroepen om iedere burger te verzekeren en steun te bieden vanuit de overheid tegen langdurige ziekten en zware aandoeningen, met bijhorende kosten die niemand zelf zou kunnen betalen. Deze twee wetten, de Ziekenfondswet en AWBZ zijn volgens Boot uiteindelijk de belangrijkste financieringsregelingen van de zorg geweest in deze periode (2013).

Echter bleek het systeem met de ziekenfondsen financieel niet houdbaar. Door technische ontwikkelingen werd de zorg steeds beter, maar tegelijkertijd steeds duurder. De levensverwachting steeg, waardoor de vergrijzing tegelijkertijd toenam. Kostenbeheersing in de zorg werd een steeds belangrijker punt op de politieke agenda. Uiteindelijk heeft Hans Hoogervorst een grote rol gespeeld bij de totstandkoming van het huidige stelsel van de curatieve zorg. Tijdens de regeerperiode van het kabinet Balkenende II was Hoogervorst minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en wordt hij uiteindelijk veelal gezien als de "geestelijk vader" van de grote veranderingen in 2006 (Nova, 2007).

Per 1 januari 2006 werd de nieuwe Zorgverzekeringswet in werking gesteld en werd iedere burger verplicht een basiszorgverzekering af te sluiten bij een van de zorgverzekeraars in Nederland. Het verschil tussen particuliere verzekeringen en het ziekenfonds werd opgeheven en voor iedere verzekeraar golden vanaf deze datum dezelfde regels en afspraken (Brake et al., 2007). Het doel van deze wet was het mogelijk maken van meer concurrentie en marktwerking in de zorg, tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, en waardoor de verzekerden meer eigen keuzes kunnen maken (NZa, z.j.).

Aangezien zorgverzekeraars private ondernemingen zijn, wordt vanuit de overheid wel toezicht gehouden op de naleving van de wet door de zorgverzekeraars. De Nederlandse Zorgautoriteit is belast met deze taak, en heeft hiernaast als hoofdtaak om de tarieven in de zorg vast te stellen. Zij controleert de naleving van de Zorgverzekeringswet op de volgende randvoorwaarden (NZa, z.j.):

1. Acceptatieplicht

Zorgverzekeraars mogen geen burgers de toegang weigeren tot hun basisverzekering. Deze regel is gesteld om zo risicoselectie (bijvoorbeeld door het slechts toegankelijk stellen van hun basisverzekering geven voor jonge, gezonde burgers) door zorgverzekeraars te voorkomen. Zorgverzekeraars moeten alle ingezetenen accepteren voor de basisverzekering.

2. Zorgplicht

Zorgverzekeraars zijn verplicht om de wettelijk geregelde zorg te leveren, waarvan is afgesproken dat deze door binnen het basispakket wordt vergoed.

3. Verbod op premiedifferentiatie

Deze voorwaarde stelt dat verzekeraars geen variërende premie mogen rekenen op basis van verschillende 'gezondheidskenmerken' van hun verzekerden.

4. Transparante informatie/prestatie-informatie

De verzekerde moet een keuze kunnen maken voor een zorgverzekeraar en eventueel aanvullende verzekerden, gefundeerd door goede en juiste informatie van de zorgverzekeraar.

5. Risicoverevening

Wanneer bepaalde verzekeraars hogere kosten maken, doordat zij onder hun verzekerden mensen hebben zitten die meer zorgkosten maken dan gemiddeld, worden deze kosten gedekt door een vereveningsbijdrage, om zo deze zorgverzekeraars te compenseren (Zorginstituut Nederland, z.j.).

Niet alleen het stelsel van de curatieve zorg was aan herziening toe. Vanaf 1 januari 2015 zijn hiernaast een aantal nieuwe stelselwetten binnen de zorg ingegaan (Rijksoverheid, 2014). Redenen voor deze transitie waren veranderde wensen van de zorg en de financiële houdbaarheid van de zorg in Nederland. Onder andere de oude, veelomvattende Algemene Wet Bijzondere Ziektenkosten (AWBZ) is opgegaan in meerdere nieuwe, maar ook deels al bestaande wetten. Deze transitie heeft geresulteerd in een nieuwe indeling van de volgende zorgstelselwetten (Rijksoverheid, z.j.):

1. De Zorgverzekeringswet (Zvw)
2. De Wet Langdurige Zorg (WLZ)
3. De Wet Maatschappelijke ondersteuning (WMO)

4. De Jeugdwet

Voor het thema van dit onderzoek, de ziekenhuisrekeningen, zijn slechts de geldstromen binnen de Zvw van belang, aangezien ziekenhuiszorg door middel van deze wet wordt betaald. In het volgende gedeelte zal de precieze werking van deze zorgstelselwet uiteen worden gezet met hierin de geldstromen en de hoofdrolspelers binnen de wet. Dit zal gebeuren aan de hand van figuren uit het naslagwerk over de zorg van de Vries en Kossen (2014).

3.1.3. Het idee achter de Zorgverzekeringswet en marktwerking

Een van de meest fundamentele verschillen van de nieuwe zorgverzekeringswet ten opzichte van het oude ziekenfondssysteem, is het principe van marktwerking binnen deze zorgverzekeringsmarkt. De overheid controleert de private zorgverzekeraars wel degelijk, aan de hand van de voorwaarden zoals beschreven in de paragraaf 2.3.2. Echter is het toegestaan dat zij onderling concurreren en winst behalen. In dit gedeelte van het hoofdstuk wordt de zorgmarkt nader uiteengezet aan de hand van de Vries en Kossen (2014).

Gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg heeft sinds haar introductie in het Nederlandse systeem voor veel contestatie gezorgd. Het grootste punt van discussie was de vraag of de zorg wel een sector is waar marktwerking thuishoort. Volgens de Vries en Kossen kan de marktwerking in de Nederlandse zorg worden omschreven als *“een door de overheid gereguleerd systeem waarbij burgers, zorginkopers en zorgaanbieders samen en in onderlinge concurrentie de prijs, kwaliteit en service bepalen aan de hand van vraag en aanbod (2014).”*

Het principe van de marktwerking in de zorg kan nader worden gezien aan de hand van de drie hoofdrolspelers die de Vries en Kossen in hun definitie onderscheiden: burgers, zorginkopers (verzekeraars) en zorgaanbieders. Tussen deze drie hoofdrolspelers bevinden zich de markten waarop er sprake is van de gereguleerde marktwerking.



Afbeelding 3.2: De drie hoofdrolspelers en de markten binnen de curatieve zorg. Gebaseerd op de Vries & Kossen (2014).

Allereerst tussen de burger en de zorginkopers: dit betreft de zorgverzekeringsmarkt. Iedere burger is verplicht in ieder geval een basisverzekering af te sluiten bij een van de zorgverzekeraars, en eventueel een aanvullende verzekering voor zorg die niet uit de basisverzekering wordt vergoed. Op deze

zorgverzekeringsmarkt concurreren de zorgverzekeraars ieder jaar onderling om de burgers, deze burgers kunnen immers ieder jaar overstappen van zorgverzekeraar. Factoren die van belang zijn op deze markt tussen zorgverzekeraars en de burgers zijn bijvoorbeeld de prijzen van de polissen, de kwaliteit van de gecontracteerde zorg, de inhoud van de aanvullende verzekeringen en het feit of de zorgverzekeraar de zorg in natura vergoedt of dat zij slechts naturapolissen aanbieden (de Vries & Kossen, 2014). Wanneer een verzekeraar een restitutiepolis aanbiedt, moet de verzekeraar ook een vergoeding bieden voor geleverde zorg van een aanbieder waar zij geen contract mee heeft (Rijksoverheid, z.j.). Bij een naturapolis hoeft de zorgverzekeraar slechts een vergoeding te geven voor genoten zorg bij een van de gecontracteerde zorgaanbieders.

Hiernaast speelt tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders, in dit geval de ziekenhuizen, de in- en verkoopmarkt van zorg af. In de volgende paragraaf zal uitgebreid worden ingegaan op het inkoopproces van ziekenhuiszorg, aangezien dit een belangrijk onderdeel is in de bekostiging van de ziekenhuiszorg.

Tussen burgers en zorgaanbieders bestaat de zorgverleningsmarkt. Dit is de markt waarop de zorgverleners onderling concurreren om het vertrouwen van de burger wanneer deze zorg nodig heeft. Uiteraard is hierbij van belang of de burger een natura- of restitutiepolis heeft afgesloten bij de zorgverzekeraar. Bij een naturapolis heeft de burger immers een stuk minder keuzeruimte in de keuze voor een zorgaanbieder, aangezien dan alleen kan worden gekozen voor de - door de verzekeraar gecontracteerde - zorgaanbieders. Voor een andere aanbieder kiezen kan wel, echter hoeft de verzekeraar dan slechts een deel van de kosten te vergoeden (de Vries & Kossen, 2014). Wanneer de burger een restitutiepolis heeft afgesloten, is deze keuze wel mogelijk. Hierdoor zullen de zorgaanbieders vooral concurreren op basis van kwaliteit van de behandelingen en op bijkomende kwaliteiten zoals service en innovatie van de zorg (de Vries & Kossen, 2014).

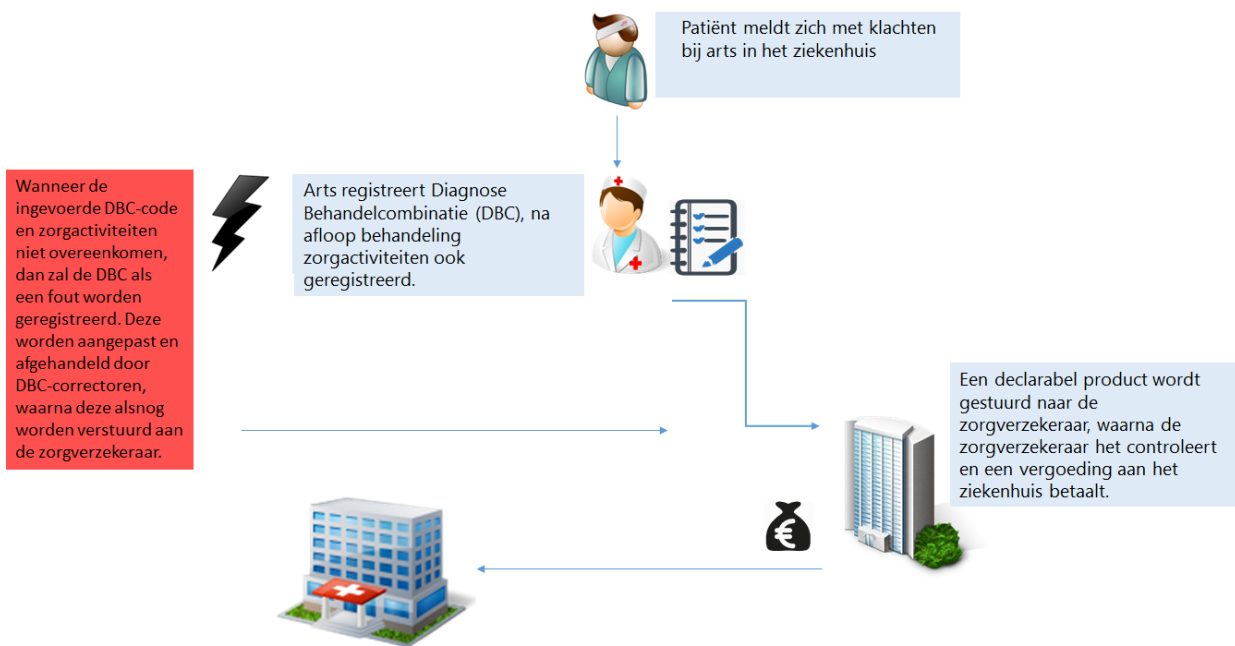
Op deze drie verschillende markten tussen de hoofdrolspelers in de curatieve gezondheidszorg is er dus sprake van gereguleerde marktwerking. Binnen dit onderzoek naar ziekenhuisbekostiging zal, ook omwille van de breedte van dit onderzoek, de inhoudelijke discussie over marktwerking in de gezondheidszorg geen rol spelen.

3.1.4. Ziekenhuisbekostiging

Om de wijze van ziekenhuisbekostiging te bestuderen moet allereerst het proces van zorginkoop van ziekenhuizen worden bekeken. Ieder jaar wordt door zorgaanbieders (de ziekenhuizen) en de zorgverzekeraars een traject doorlopen waarin deze twee partijen afspraken en voorwaarden stellen voor de uiteindelijk geleverde en gecontracteerde ziekenhuiszorg. Dit kan worden onderverdeeld in drie verschillende fasen: offrenen, onderhandelen en de uiteindelijke bekostiging. Over deze laatste fase worden in de eerste twee fasen ook al afspraken gemaakt. Het proces start met de publicatie van de inkoopvoorwaarden, welke de zorgverzekeraars stellen voor de zorg die zij willen inkopen. Dit kan gaan om bijvoorbeeld de kwaliteit en prijs van de zorg die zij aan hun verzekerden willen bieden (de Vries & Kossen, 2014).

Vervolgens kunnen ziekenhuizen onderhandelen met de zorgverzekeraars naar aanleiding van deze inkoopvoorwaarden. Meestal gaat deze onderhandeling over de prijs van de totale zorg die het ziekenhuis zal bieden. Wanneer een uiteindelijke prijs wordt besloten kan dit een "omzetplanfond" inhouden, waarbij een maximum totaalbedrag wordt afgesproken voor dat aankomende jaar. Nog een mogelijkheid is een "aanneemsom", dit houdt in dat het ziekenhuis alle verzekerden van de zorgverzekeraar in het aankomende jaar zal behandelen voor een bepaalde prijs (de Vries & Kossen, 2014).

Vervolgens komt een belangrijk begrip in beeld. Een van de belangrijkste begrippen om de bekostiging van ziekenhuis te begrijpen zijn Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Vanaf de inwerkingtreding van de nieuwe Zorgverzekeringswet in 2006 is gewerkt met DBC's als declaratiesystematiek van de ziekenhuiszorg. Er heeft zich in 2012 hier een wijziging in voorgedaan, echter zal voor het volledige beeld en de vergelijking van de oude en nieuwe situatie óók de oorspronkelijke situatie worden uitgelegd. Tot 2012 was de DBC "een declarabele prestatie, dat het resultaat is van (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt" (NZa, z.j.).



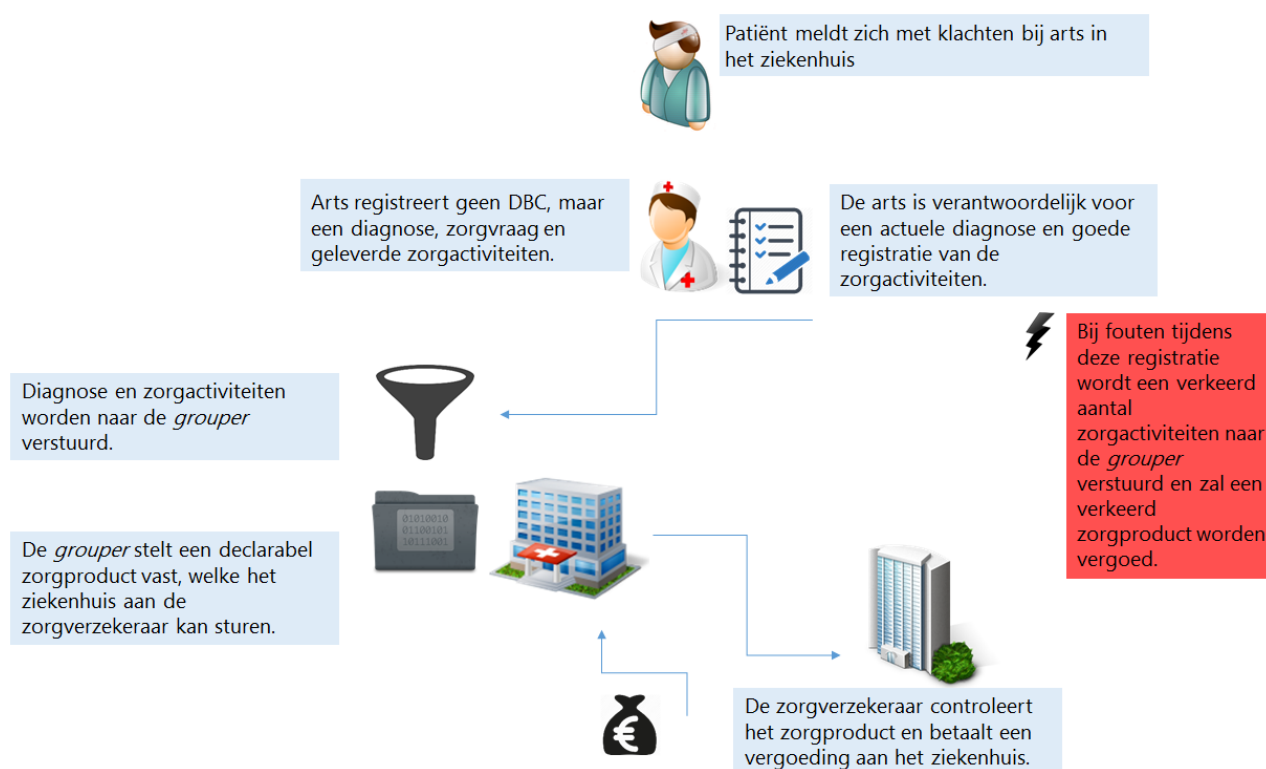
Afbeelding 3.3 - De registratie en declaratie van ziekenhuiszorg binnen de DBC-systematiek. Informatie ontleend aan informatiefilm van het UMC Utrecht (2012).

Het declaratieproces tot 2012 staat in bovenstaande afbeelding samengevat. Wanneer een patiënt zich bij een arts in het ziekenhuis meldt (dit kan zowel via een verwijzing zijn als zonder verwijzing via de Eerste Hulp), houdt de arts vanaf dat moment alle activiteiten bij die bij de patiënt zijn uitgevoerd. Voorbeelden van deze activiteiten zijn injecties, scans of chirurgische ingrepen. Wanneer de arts deze activiteiten aan het einde van de gehele behandeling invoert, voert hij de hierbij passende DBC-code in. Wanneer alle zorgactiviteiten (bijvoorbeeld het maken van een röntgenfoto en het gipsen van een been), overeenkomen met de

ingevoerde DBC-code, wordt dit naar de zorgverzekeraar gestuurd. De zorgverzekeraar moet dit controleren en uiteindelijk de vergoeding aan het ziekenhuis versturen voor de geleverde zorg.

Het DBC-declaratiesysteem is per 1 januari aangepast om het systeem verder te verbeteren. Uiteindelijk was het systeem namelijk dusdanig uitgebreid en veelomvattend, dat er 30.000 mogelijke declaratiecodes mogelijk waren. Om deze veelvoud aan codes aan te passen, is het DBC-systeem veranderd in de DOT-systematiek. De afkorting DOT staat voor "DBC's Op weg naar Transparantie". De 30.000 codes in het systeem zijn door de aanpassingen vereenvoudigd, en deze zijn veranderd in DBC-zorgproducten. Het verschil hierbij is dat binnen de DOT-systematiek een zorgproduct de totale behandelperiode in het ziekenhuis omvat, vanaf de diagnose tot de behandeling. Verschillende DBC's zijn samengevoegd tot deze DBC-zorgproducten, en dit heeft geleid tot een uiteindelijk aantal van maar 4.400 producten, wat een groot verschil betekent met het oude getal van 30.000 mogelijke DBC-codes (NZa, z.j.).

Met dit verschil in declaratiecodes is hierbij ook een verschil gekomen in het declaratieproces vanaf het moment dat de patiënt zich bij de arts in het ziekenhuis meldt:



Afbeelding 3.4 - De registratie en declaratie van ziekenhuiszorg binnen de DOT-systematiek. Informatie ontleend aan informatiefilm van het UMC Utrecht (2012).

3.2 De casus specifiek bezien

3.2.1. Het voorliggende probleem

Zoals eerder in dit onderzoek gesteld, is er binnen dit huidige systeem veel sprake van onduidelijkheid onder burgers over verschillende aspecten van dit systeem. De Nationale ombudsman heeft onderzoek gedaan naar

de klachten van burgers over ziekenhuisrekeningen. Deze klachten in dit onderzoek van de Nationale ombudsman hebben het uitgangspunt gevormd binnen dit onderzoek, en hiervoor hebben interviews plaatsgevonden met verschillende betrokken partijen. Alvorens deze partijen te benoemen in een actorenlijst, hierbij de vier problemen die door de Nationale ombudsman het meeste zijn gehoord.

1. Vooraf geen inzicht in de uiteindelijke kosten van de behandeling
2. Als disproportioneel hoog ervaren kosten
3. Onduidelijke zorgnota's
4. Onvoldoende gehoor bij instanties na klachten en vragen

In het komende hoofdstuk wordt dieper ingegaan op het onderzoek van de Nationale ombudsman en de problematiek waaraan dit onderzoek haar thema aan heeft ontleend. Voor aan dit volgende hoofdstuk zal worden begonnen, hierbij eerst een beknopt overzicht van de belangrijkste partijen binnen deze casus.

3.2.2 Actorenlijst

Om een overzicht te geven van de betrokken partijen, wordt in deze paragraaf een lijst weergegeven met de verschillende betrokken partijen bij deze casus. Deze partijen zijn opgesplitst aan de hand van de vier invalshoeken die in dit onderzoek zijn gebruikt: de burger, overheid, zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De onderstreepte partijen hebben deelgenomen aan het onderzoek door middel van interviews.

| De burger | Overheid | Zorgaanbieder | Zorgverzekeraar |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <u>De Nationale ombudsman</u> | Ministerie van VWS | Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra | <u>Zorgverzekeraars Nederland</u> |
| Nationale Patiënten en Consumenten Federatie | <u>Nederlandse Zorgautoriteit</u> | Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen | <u>Individuele zorgverzekeraars</u> |
| De Consumentenbond | <u>DBC-Onderhoud</u> | <u>Individuele zorgaanbieders/ziekenhuizen</u> | |

Tabel 3.1 – Actorenlijst rondom ziekenhuisbekostiging

Deze actorenlijst is tot stand gekomen door het traject te bekijken welke een patiënt doorloopt vanaf het moment van melden bij een arts, tot het moment dat diegene hier een rekening van krijgt en hier klachten over heeft. Vanuit dit traject is gekeken welke partijen zich bezig houden, of hebben gehouden met het transparanter en begrijpelijker maken van het systeem. Iedere partij binnen de actorenlijst, met uitzondering van de Consumentenbond is benaderd voor een interview. Deze laatste partij is niet benaderd, aangezien ervoor is gekozen met de Nationale ombudsman te spreken als schrijver van het onderzoek over de problematiek van burgers met ziekenhuisrekeningen. De Consumentenbond heeft aan ditzelfde onderzoek bijgedragen, maar aangezien het onderzoek uiteindelijk is gepubliceerd en geschreven door de Nationale ombudsman en dus het zwaartepunt van het onderzoek bij deze organisatie lag, is gekozen om het interview

met een medewerker van de Nationale ombudsman te voeren en niet ook met een medewerker van de Consumentenbond te spreken.

Hoofdstuk 4 – Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten worden gepresenteerd van de interviews. Om deze resultaten te structureren zullen deze resultaten worden opgedeeld in de verschillende visies zoals eerder beschreven en gehanteerd in de selectie van de respondenten: de burger, de overheid, de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Dit zijn de vier meest betrokken partijen in de problematiek wanneer het gaat om een burger die een ziekenhuisrekening ontvangt en hier vervolgens vraagtekens bij stelt. Bij iedere visie op het probleem zijn verschillende partijen en personen gevraagd om vanuit hun visie op de problematiek te reflecteren.

| 4.1 De burger | 4.2 Overheid | 4.3 Zorgaanbieder | 4.4 Zorgverzekeraar |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>De Nationale ombudsman:</u> projectleider van het onderzoek | <u>Nederlandse Zorgautoriteit:</u> senior beleidsmedewerker | <u>Individuele zorgaanbieders/ziekenhuizen:</u> medisch manager en hoofd van de Spoedeisende Hulp in het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis (OLVG) | <u>Zorgverzekeraars</u> <u>Nederland:</u> beleidsmedewerker/adviseur |
| <u>NPCF, LPGgz en Ieder(in):</u> resultaten van meldactie 'Inzicht in de zorgkosten?' | <u>DBC-Onderhoud:</u> programmamanager | | <u>Individuele zorgverzekeraars:</u> beleidsmedewerker zorg & bestuurssecretaris + persvoorlichter |

Tabel 4.1 – Overzicht met geïnterviewde partijen en personen in de volgorde van resultaatweergave

In onderstaand overzicht, gebaseerd op de actorenlijst uit paragraaf 3.2.2 is af te lezen welke partijen er gesproken zijn en met welke functionarissen binnen deze partijen. Hieruit is te zien dat paragraaf 4.1 in zal gaan op de resultaten vanuit de visie van de burger. Door de resultaten van het onderzoek van de ombudsman uiteen te zetten en deze aan te vullen ontstaat een brede visie van de problemen waar de patiënt op dit moment mee kampt. Hierna zal de overheid, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar aan bod komen. Alle interviewresultaten van deze laatste drie partijen zijn op dezelfde manier weergegeven en samengevat. Op basis van de gespreksnotitie zullen de resultaten als volgt worden gepresenteerd:

- A. Zwaartepunt van de problematiek: welk van de vier problemen zoals geschetst door de Nationale ombudsman komt volgens de gesproken partij het meeste voor, waar heeft de burger het meeste last van?
- B. Kern van de problematiek: waar ligt volgens de gesproken partij de kern van de oorzaak van de problematiek?

- C. Mogelijke oplossingen en overwegingen hierbij: welke mogelijkheden ziet de partij om oplossing te bieden aan de problematiek, en welke punten komen hier bij aan te pas? Welke moeilijkheden horen hierbij?
- D. Verschil tussen het DBC- en DOT-systeem: ziet de gesproken partij veel verschil tussen het huidige DOT-systeem en het DBC-systeem van voor 2012? Wat heeft de transitie van het ene systeem naar het andere systeem betekend?
- E. Voordelen van het huidige systeem: dit onderzoek is vooral gericht op de moeilijkheden en dus de nadelen binnen het systeem. Welke voordelen zijn er te noemen van dit systeem?
- F. Samenwerking & draagvlak: aan iedere partij is gevraagd hoe zij de samenwerking zien met de andere betrokken partijen die een rol spelen in het bereiken van oplossingen voor de voorliggende problemen.

Door aan iedere partij, uiteraard wel op de geïnterviewde afgestemde, maar overeenkomstige vragen te stellen geven deze punten een interessant inzicht op de verschillende zienswijzen van de partijen. Na deze weergave van de resultaten zal een korte recapitulatie worden gegeven van alle genoemde punten. In het hierop volgende hoofdstuk zal nadere duiding worden gegeven aan deze resultaten, met hierbij het gehanteerde conceptueel model als uitgangspunt. Nu eerst de resultaten van de gesprekken.

4.1 De burger

De Nationale ombudsman

Om de voorliggende problematiek in deze paragraaf vanuit het standpunt van de patiënt te bezien, is nader gekeken naar het onderzoek van de Nationale ombudsman en is gesproken met de projectleider van dit onderzoek naar ziekenhuisrekeningen. Hiernaast zal deze paragraaf worden aangevuld met cijfers uit het recent gepubliceerde onderzoek van onder andere de Nationale Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF). In deze eerste paragraaf zullen nog niet de ideeën voor concrete oplossingen voor de problemen aan bod komen, maar in deze paragraaf wordt een uitgebreider beeld geschetst van de problemen waar burgers tegenaanlopen. Ook zal meer achtergrond worden gegeven over het onderzoek van de Nationale ombudsman, welke de basis is geweest voor de vraagstelling van dit onderzoek.

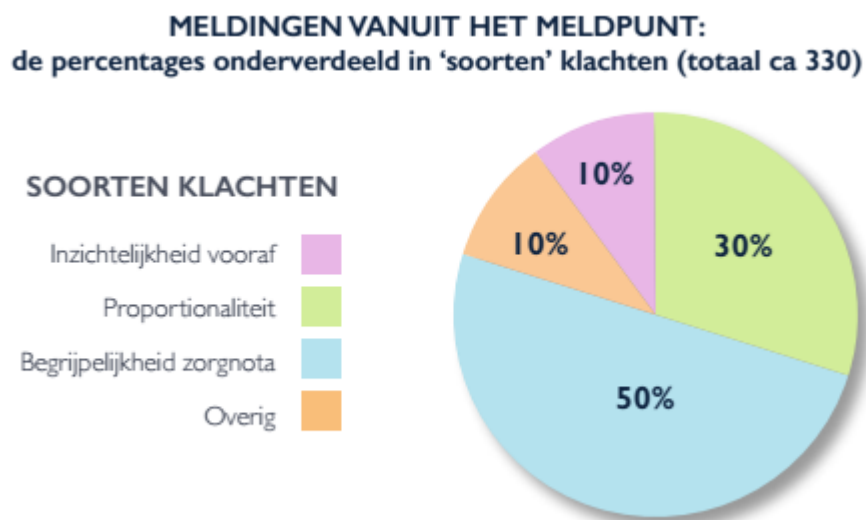
4.1.1 Aanleiding tot het onderzoek van de Nationale ombudsman

Het onderzoek van de Nationale ombudsman is inmiddels afgerond en het rapport hierover, "Ziekenhuisrekeningen: op weg naar transparantie?" is eind januari 2015 gepubliceerd. Het onderwerp transparantie in kosten van medische behandelingen was al langere tijd een onderwerp waar de Nationale ombudsman aandacht voor had. In 2011 had hij een klacht ontvangen van een patiënt die na behandeling in een academisch ziekenhuis werd geconfronteerd met onverwacht hoge kosten van die behandeling. Na de analyse van deze klacht meende de Nationale ombudsman dat het ziekenhuis niet behoorlijk had gehandeld, aangezien het de patiënt niet vooraf had geïnformeerd over de hoogte van de tarieven. Hij achtte dit in strijd met één van de behoorlijkheidsvereisten waaraan de Nationale ombudsman toetst, namelijk het vereiste van actieve en adequate informatieverstrekking (Nationale ombudsman, 2015).

Op basis van de verwachting dat het in het nieuwe DOT-systeem niet transparanter zou worden, en wellicht zelfs minder transparant ten opzichte van het DBC-systeem, is door de ombudsman een ronde tafelbijeenkomst georganiseerd. Aan tafel zaten verschillende deskundigen. Vervolgens, in 2013, heeft de Nationale ombudsman een zorgenbrief naar de minister van VWS gestuurd in reactie op de voortgang van het kostenbewustzijnstraject van het ministerie van VWS. Mede naar aanleiding van de reactie op de zorgenbrief besloot de Nationale ombudsman een additioneel onderzoek te doen om na te gaan waar burgers in de praktijk tegenaanlopen. De kernvraag van het onderzoek was dan ook: "wat mag een burger in redelijkheid van de overheid verwachten als het gaat om het verkrijgen van inzicht in kosten van medische zorg?" (Nationale ombudsman, 2013)" Om een goed beeld te kunnen krijgen van wat er bij burgers in dat opzicht speelde, opende de Nationale ombudsman in samenwerking met de Consumentenbond vervolgens een meldpunt.

4.1.2 De binnengekomen klachten

Het meldpunt heeft van midden november 2013 tot eind april 2014 opengestaan, en heeft in die tijd rond de 330 signalen van burgers met betrekking tot hun ziekenhuisrekening binnengekregen. Vervolgens zijn de klachten als volgt per "klachtcategorie" in te delen:



Figuur 4.1: Meldingen vanuit het meldpunt, onderverdeeld in soorten klachten. Herdrukt uit "Ziekenhuisrekeningen: op weg naar transparantie?" Auteursrecht bij de Nationale Ombudsman, 2015.

Met het eerste knelpunt, over inzichtelijkheid van de kosten voorafgaand aan een medische behandeling, was de Nationale ombudsman bekend, aangezien dit de aanleiding was om het onderzoek te gaan doen. Maar dat er zoveel onbekend is over de zorgnota's en dat veel mensen zich verbazen over de hoogte van de nota's van bepaalde medische zorg, dat was bij de analyse van de knelpunten opvallend. De "kastje naar de muur"-ervaringen werden binnen het onderzoek geschaard onder "begrijpelijkheid zorgnota". Mensen die vragen over de zorgnota hebben, is het vaak onduidelijk bij wie zij hiervoor terecht moesten. Inhoudelijk is de nota dan dus niet duidelijk, en vervolgens is het ook niet bekend tot wie zij zich moeten richten. Vaak stelt het ziekenhuis dat zij de vragen bij de zorgverzekeraar moeten indienen en de zorgverzekeraar zegt dat zij bij het ziekenhuis moeten zijn. Ook die klacht is vaak gehoord tijdens het onderzoek en is dus

gecategoriseerd onder "begrijpelijkheid zorgnota," In het onderzoek zijn onder andere de volgende voorbeelden gegeven van patiënten, om de ervaringen met de genoemde knelpunten te illustreren:

Inzichtelijkheid vooraf

"Mevrouw Van den Berg is bij een gynaecoloog geweest met de vraag hoe duur een sterilisatie zou zijn. Hierop liet de arts weten geen echte indicatie te kunnen geven behalve dat het bedrag ligt tussen de € 1.000,- en € 2.000,-. Bij de zorgverzekeraar had zij ook navraag gedaan, maar die kon geen prijsindicatie geven. Hij gaf wel aan dat de prijs mede afhangt van de vraag of er nadien complicaties zijn. Drie weken na het gesprek vond de ingreep plaats en deze verliep zonder complicaties. Daarom verwachtte mevrouw een rekening met het laagste tarief. Maar zij ontving uiteindelijk een rekening van bijna € 2.200,-."*

– De Nationale ombudsman, 2015.

Begrijpelijkheid zorgnota

"Mevrouw Visser krijgt een 'vergoedingenoverzicht' toegestuurd van haar ziektekostenverzekeraar. Zij vraagt schriftelijk om een nadere specificatie van de zorgkosten van een ziekenhuis. Het overzicht dateert van bijna een jaar geleden. De zorgverzekeraar weigert haar schriftelijk nader te informeren. Deze wil het wel telefonisch afdoen en mevrouw Visser moet dan maar bellen. Zij wil dat echter bewust niet telefonisch afdoen, omdat zij graag schriftelijk een bewijs wil zien van de gedeclareerde zorgkosten van het ziekenhuis richting de verzekeraar."*

- De Nationale ombudsman, 2015

Proportionaliteit

"Fatima is bij een gynaecoloog geweest. Ze heeft een intakegesprek, een lichamelijk onderzoek en een labonderzoek gehad. De kosten zijn € 1.990,- Fatima belt naar het ziekenhuis en naar haar zorgverzekeraar voor verduidelijking van de rekening. Ze komt erachter dat het consult van de gynaecoloog maximaal € 180,- mag kosten. Waar de rest van de kosten vandaan komt kan men haar niet uitleggen. Het ziekenhuis en de zorgverzekeraar geven het gebruik van ruimten en middelen de oorzaak van deze prijs. Iets wat Fatima zich nauwelijks kan voorstellen want de bedragen staan naar haar mening niet in verhouding tot de behandeling. Helaas moet Fatima toch betalen, althans het eigen risico. Zij vindt de hoogte van de rekening belachelijk voor een bezoekje van 10 minuten."*

- De Nationale ombudsman, 2015

4.1.3 Verwachtingen en aanbevelingen

De Nationale ombudsman concludeert in zijn onderzoek dat een deel van de problemen van de burger, met name rondom informatieverstrekking, te maken heeft met gebrekkige dienstverlening. Toch stelt de Nationale ombudsman dat een hogere mate van transparantie van ziekenhuisnota's niet direct zal gaan leiden tot meer begrip van de burger voor zijn ziekenhuisrekening. Want, zo stelt hij, wanneer duidelijker in

* Dit is een gefingeerde naam.

de nota staat omschreven wat in rekening is gebracht, zullen burgers nog eerder vragen gaan stellen. Ook stelt de Nationale ombudsman dat overheid zich meer bezig lijkt te houden met de vraag wat zij van burgers mag verwachten in plaats van wat de burger van de overheid mag verwachten.

Hij vindt dat de overheid meer bezig zou moeten zijn met deze verwachtingen van de burger. Als de overheid wil dat de burger meer bewust is van de kosten van de zorg, en dat zij hier een belangrijke controlerende rol in spelen, dan moet de overheid de burger daartoe voldoende equiperen, stelt de Nationale ombudsman (Nationale ombudsman, 2015). Temeer als mensen ook geconfronteerd worden met een steeds hoger eigen risico. Naast het steeds hoger wordende bedrag van het verplichte eigen risico, kan ook het vrijwillig eigen risico tot hoger bedrag worden opgehoogd. De gedachte achter de aanbeveling van de Nationale ombudsman was, dat wanneer het eigen risico een hoger bedrag wordt, de burger ook wat mag terugverwachten. Als een burger meer moet betalen, zou het rechtvaardig zijn om hier ook meer transparantie voor de burger tegenover te stellen, zodat zij meer inspraak en keuzevrijheid hebben met betrekking tot de behandeling in het ziekenhuis (Nationale Ombudsman, 2015).

Dit zou moeten gebeuren door duidelijke en begrijpelijke informatie over de prijs en kwaliteit van zorg te geven:

“De minister is voorbarig in haar poging om burgers in te zetten in haar traject naar kostenbewustzijn. Eerst moet zij bovenstaande knelpunten zien op te lossen. (...) Naast het feit dat de systematiek hiervoor te complex is, heeft de burger (nu nog) niet de juiste middelen in handen om aan deze verwachtingen te voldoen. Wie burgers wil betrekken bij kostenbeperking in de gezondheidszorg moet denken vanuit hun perspectief maar dat gebeurt nu niet.”

– De Nationale ombudsman, 2015.

De Nationale ombudsman legt in zijn reflectie op het onderzoek nogmaals de link tussen het onbegrip dat bij de burger leeft en zijn uiteindelijke gevoel van vertrouwen in - en solidariteit voor - het zorgsysteem en de overheid. Zie het onderstaande figuur.



Figuur 4.2: De gevolgen van onvoldoende inzicht en begrip voor de zorgkosten. Herdrukt uit "Ziekenhuisrekeningen: op weg naar transparantie?" Auteursrecht bij de Nationale Ombudsman, 2015.

In zijn rapport "Ziekenhuisrekeningen op weg naar transparantie" doet de Nationale ombudsman de volgende aanbevelingen aan de minister van VWS (Nationale ombudsman, 2015):

1. Voorkom het “van het kastje naar de muur-gevoel” door ervoor te zorgen dat wanneer de patiënt vooraf inzicht wil in de kosten voorafgaand aan een behandeling, zij dit inzicht krijgen van hun zorgverzekeraar.
2. Stel persoonlijk contact met de verzekerde als voorwaarde voor het contact tussen zorgverzekeraars en de verzekerde.
3. Maak de uiteindelijke kosten van behandelingen reëel ten opzichte van de geleverde zorg, en houd hierbij rekening met het bedrag van het eigen risico.
4. Zet de burgers in hun controlerende rol, maar pas wanneer zij door voldoende inzicht in de kosten te geven deze taak kunnen vervullen.

4.1.4 Reacties op het rapport van de ombudsman

In het rapport van de Nationale ombudsman is ook de reactie van de minister van VWS op de conceptversie opgenomen. De transparantie in zorgkosten zijn volgens de minister een prioriteit binnen het huidige beleid van het ministerie van VWS. In haar reactie op het conceptrapport van de Nationale ombudsman geeft de minister aan dat er al verschillende middelen en acties zijn ingezet om deze ambitie waar te maken. Zo is er onder leiding van VWS een werkgroep “kostenbewustzijn” opgestart, waarin verschillende partijen in het veld met elkaar in overleg gaan om zo tot mogelijke verbeteringen te komen. De minister is verder van mening dat er met deze gezamenlijke aanpak van de betrokken partijen in het veld al op veel punten verbetering is te zien (Schippers, 2014).

4.1.5 Opvolging van het rapport

De Nationale ombudsman heeft een kritisch rapport geschreven waarin hij de minister een aantal aanbevelingen heeft gedaan. Ook heeft hij in de beschouwing van zijn rapport gesteld dat hij de ontwikkelingen op het gebied van inzicht in kosten van medische behandelingen kritisch zal blijven volgen. Dit naar aanleiding van de reactie van de minister op het conceptrapport. Hierin geeft zij aan dat ze maatregelen neemt om inzicht in dergelijke kosten te verbeteren, maar zij gaat verder niet in op de problemen waartegen de burger in de praktijk aanloopt als het gaat om kosten van medische behandelingen. Mogelijk dat dit 'kritisch volgen' zal leiden tot het instellen van een zogenoemd 'terugblikonderzoek' door de Nationale ombudsman. Bij een terug-blikonderzoek wordt gekeken of en zo ja op welke wijze aanbevelingen van de ombudsman door de desbetreffende overheidsinstantie (i.c. VWS) zijn overgenomen.

Patiënten- en cliëntenorganisaties

Aangezien met de Nationale ombudsman vooral over het onderzoek is gesproken, is ervoor gekozen om een onderzoek van verschillende patiënt- en cliëntenverenigingen als aanvullende data op te nemen. De Nationale Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) heeft in 2015, tezamen met het Landelijk Platform GGZ (LPGgz) en Ieder(in), netwerk voor mensen met een beperking of chronische ziekte, een onderzoek uitgevoerd onder zorggebruikers. Dit onderzoek richt zich op het inzicht in de zorgkosten, met hierbij als overeenkomstige aanleiding voor het onderzoek: bezien in hoeverre er sprake is van transparantie naar de patiënt toe. Ook de drie cliëntenkoepels stellen in hun inleiding het volgende:

“Voor een adequate werking van het zorgstelsel, voor het maken van verantwoorde keuzes in de zorg vanuit kostenbewustzijn is het noodzakelijk dat de burgers over adequate informatie kunnen beschikken. In de Memorie van Toelichting bij de Wet marktordening gezondheidszorg (2006) wordt onder meer aangegeven dat de regering de centrale aanbodsturing wil vervangen door een systeem dat meer ruimte geeft aan eigen initiatief en verantwoordelijkheid. Patiënten en verzekerden moeten meer te kiezen krijgen, terwijl tegelijkertijd de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg overeind blijven. Opgemerkt wordt dat transparantie daarom essentieel is in een systeem van gereguleerde marktwerking.”

- NPCF, LPGgz & Ieder(in), 2015

De uitkomsten van het onderzoek zijn duidelijk. De patiënt wil graag meer inzicht in de kosten van hun medische behandeling: 91% van de ondervraagden wil dit inzicht schriftelijk online, en 42% stelt dat de declaraties op dit moment niet altijd helder zijn. Problemen die worden ervaren zijn ontbrekende informatie, het niet in verband kunnen brengen van medische handelingen aan bepaalde declaraties, geen begrip voor de bedragen en het gebruik van onbekende medische termen (2015).

Wat verder naar voren komt is dat er weinig verschil tussen de gevonden percentages over deze onderwerpen is gevonden, in vergelijking met een eerder onderzoek uit 2012. Dus, zo stelt de NPCF, LPGgz en Ieder(in): sinds die tijd zijn weinig verbeterlagen te merken vanuit het perspectief van de zorggebruiker (2015). Hiernaast wil een meerderheid van de ondervraagden dat er meer inzicht mogelijk is over de kosten, voorafgaand aan de behandeling. 67% stelt dit inzicht vooraf te willen en hiervan zegt 52% dat dit te maken heeft met het eigen risico. Het eigen risico is dus een belangrijke factor in het inzicht willen hebben in de zorgkosten: 14% van alle ondervraagden heeft vanwege de invloed van het eigen risico een medische behandeling afgeslagen (2015).

Naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek hebben de drie cliëntenkoepels de volgende aanbevelingen gedaan (NPCF, LPGgz & Ieder(in), 2015):

1. Maak vooraf inzicht in de kosten van een behandeling mogelijk, in verband met het kunnen maken van een kostenbewust verantwoorde keuze.
2. Verbeter de informatievoorziening richting patiënten en verzekerden op basis van medische diensten die zijn uitgesloten van het eigen risico, kosten van niet-gecontracteerde zorg en de mogelijke betalingsregeling voor mensen die het eigen risico niet in één keer kunnen aflossen.
3. Start onderzoek naar de gevolgen van zorgmijding door de kosten die op de patiënt of cliënt zouden neerkomen.
4. Evalueer onder verzekerden de effecten van de veranderde “mijnomgeving” op de site van zorgverzekeraars.
5. Evalueer onder verzekerden de effecten van de nieuwe afspraak met betrekking tot de inzichtelijke zorgnota's.

4.2 De overheid

De Nederlandse Zorgautoriteit

Om de voorliggende problematiek vanuit de overheid te bezien, is met onder andere een senior beleidsmedewerker van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gesproken. De NZa is een bestuursorgaan dat onder het ministerie van VWS valt. De hoofdtaken zijn het vaststellen van zorgtarieven, het toezicht houden op de zorg, het adviseren van het ministerie van VWS en ervoor zorgdragen dat burgers ook in de toekomst kunnen rekenen op goede zorg (NZa, z.j.).

A. Oorsprong van de problematiek

Bij de NZa is gesproken met de heer Theo Urlings, senior beleidsmedewerker tweedelijns somatische zorg. Volgens Urlings ligt de oorsprong van de problematiek gedeeltelijk binnen het systeem, en gedeeltelijk bij de invulling van de verschillende partijen in het veld. Maar, stelt Urlings, aan alle problemen die in het rapport van de ombudsman worden genoemd, wordt op dit moment gewerkt. Binnen het systeem worden veranderingen aangebracht waar mogelijk, en door in overleg te gaan zorgen alle partijen binnen het veld voor onderlinge afstemming. Urlings stelt in ieder geval dat met oplossingen binnen het systeem, de problemen voor een heel groot deel opgelost kunnen worden.

B. Kern van de problematiek

Volgens Urlings gaan de meeste vragen van de patiënten die contact opnemen met de NZa over de ervaren hoge kosten. En hierbij met name over de kosten die worden gemaakt door mensen die niet naar de HAP gaan, maar die naar de SEH gaan met hun klachten. Door de kosten van een ziekenhuis, is een behandeling in het ziekenhuis automatisch duurder, maar dat besef is er bij de patiënt niet altijd. Urlings maakt de vergelijking met het binnenlopen van een winkel. Zodra je daar niets koopt, ben je financieel ook niets kwijt. Bij een SEH geldt dit niet: zodra je daar iemand ziet of spreekt, begint "de meter" te lopen. Een dure ingreep, of die nu €10.000 of €10.500 kost, dat maakt voor de patiënt weinig uit. Het is juist voor de kleinere behandelingen tijdens een polikliniek bezoek, waarbij het eigen risico wordt aangesproken. Of die bedragen nu €50 of €500 euro inhouden. Urlings stelt dat naar zijns inziens daar de pijn en de vragen van de patiënt in dit geheel zit. Urlings geeft aan dat aan dit probleem wordt gewerkt, door duidelijkheid voor de patiënt te creëren over het verschil tussen de HAP en de SEH. Maar ook vanaf de andere kant: door betere prijsafspraken te maken.

Want niet alleen onduidelijkheid tussen de HAP en de SEH zorgt voor het probleem van de ervaren disproportioneel hoge kosten. Ook de DBC-gemiddelden van behandelingen zorgen voor vraagtekens bij de patiënt. Patiënten met een milde zorgvraag, betalen hetzelfde tarief voor een bepaalde DBC als de patiënten waarvan de zorgvraag hoger is en aan wie meer tijd en behandeling wordt besteed. Als zij maar binnen hetzelfde DBC vallen, dan betalen zij toch hetzelfde tarief. Deze tarieven specifiek maken kan een oplossing bieden aan dit probleem van gemiddelden. Om hier andere afspraken over te maken en deze zorgtarieven anders af te spreken, zullen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar met elkaar om tafel moeten. Echter, zo stelt Urlings: wanneer een van de tarieven omlaag gaat, zal een ander tarief omhoog moeten. Uiteindelijk zal alles betaald moeten worden.

C. Mogelijke oplossingen en overwegingen hierbij

Het beeld van Urlings bij de door de ombudsman gesignaleerde problematiek, is dat een groot deel van de problemen al bekend waren, en dat er sindsdien al veel in het werk is gesteld om een oplossing hiervoor te vinden. Volgens Urlings heeft het onderzoek wellicht wel als accelerator van de oplossingen gediend, maar een groot deel van de benodigde maatregelen was al getroffen. Maar aangezien er nog geen nieuwe meldingsresultaten zijn die deze expliciete vergelijking mogelijk maakt, kan dat nu nog niet worden aangetoond (2015).

I. Inzichtelijkheid zorgactiviteiten

Binnenkort wordt het voor zorgverzekeraars verplicht om aan de patiënt inzichtelijk te maken welke zorgactiviteiten voor het uiteindelijke bedrag op de zorgnota hebben geleid. Nu is er alleen een verplichting van de zorgaanbieder naar de zorgverzekeraar om dit inzichtelijk te maken: welke behandeling heeft geleid tot deze DBC? Door deze verplichting ook richting de patiënt vast te leggen, kan ook de patiënt echt zijn verantwoordelijkheid oppakken door te bekijken of de gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk geleverd is. Volgens Urlings levert deze wijziging al een groot deel van de oplossing voor het probleem van de onduidelijke zorgnota's.

II. Verschillende zorgtarieven

In paragraaf "B" staat een belangrijke oplossing voor het probleem van de disproportioneel hoog ervaren kosten volgens Urlings. Voor bepaalde zorg wordt nu gekeken of daar meerdere tarieven voor kunnen worden gerekend, zodat patiënten minder brede gemiddelden betalen, en de uiteindelijke rekening een meer reële afspiegeling is van de geleverde zorg (Urlings, 2015).

III. Het eigen risico

Voor Urlings zou het geen optie zijn om het eigen risico te schrappen, om zo de vragen van de patiënt weg te nemen. De NZa wil een goed systeem en een kostenefficiënt systeem. Daar waar het kan, en waar de patiënt het wil, willen zij hem betrekken in het beoordelen van de rekening van de geleverde zorg: heeft deze betrekking op de zorg die de patiënt heeft ontvangen? Wat volgens de NZa goed werkt om dit te stimuleren, is het inzichtelijk maken van de zorgnota en van de zorgactiviteiten welke zijn geregistreerd door de zorgaanbieder. Het schrappen van het eigen risico zou voor dit doel geen passende oplossing zijn volgens Urlings. Hiernaast heeft het ook het negatieve effect dat de patiënt zonder eigen risico veel minder geneigd is om die declaratie daadwerkelijk te gaan controleren.

"Dus ja, je hebt minder klachten, maar b je hebt ook het effect weg van een gemotiveerde patiënt om de declaraties te controleren. Wat weer motiverend werkt voor het ziekenhuis om dat goed te doen. (...) Nee, nee niet met dit doel. Je krijgt minder klachten, maar dat is geen doel op zich."

– Urlings, 2015.

IV. Inzichtelijkheid vooraf aan de behandeling

Binnen de werkgroep Kostenbewustzijn is ook afgesproken in welke manier het best kan worden voorzien in vooraf inzicht heeft in de kosten voor de patiënt. Daarbij is ook gelijk geconstateerd dat dit een moeilijke kwestie is. Vooral omdat vaak pas achteraf blijkt wat de patiënt daadwerkelijk mankeert en wat de

uiteindelijke behandeling precies heeft ingehouden. Voor eenvoudige problematiek kan men dat enigszins inschatten, maar gaat echt slechts over de eenvoudige zorgvragen. In principe is een groot deel van de zorgvragen niet heel gecompliceerd, dus hierbij is dit ongeveer in te schatten. Maar echte zekerheid heeft de patiënt pas achteraf aan die behandeling en als de patiënt is ontslagen. Toch vindt Urlings dat binnen het proces dat door de meeste patiënten wordt doorlopen, hier meer aandacht aan kan worden besteed. Een huisarts kan hier iets in betekenen, wanneer voor hem een waarschijnlijke diagnose duidelijk is. Een zorgverzekeraar zou hierbinnen een rol kunnen hebben door aan de patiënt te vertellen met welke zorgaanbieders zij contracten hebben, en met welk van deze aanbieders de goedkoopste prijs is afgesproken. En als een patiënt dan daadwerkelijk bij het ziekenhuis zal worden behandeld, dan kan het ziekenhuis ook nog informatie geven over de kosten van de behandeling die waarschijnlijk zal worden gegeven. Volgens Urlings is meer duidelijkheid vooraf dus in het medische proces van een patiënt op drie momenten mogelijk (2015).

V. *Gelijktrekken ICD-10 codes*

Volgens Urlings zou de inzichtelijkheid van prijzen worden verhoogd door de International Classification of Diseases (ICD) – codes gelijk te trekken onder verschillende specialismen. Op dit moment heeft iedere specialist een eigen lijst voor de behandelingen die zij uitvoeren. Deze hoeven niet overeen te komen met andere specialisten die dezelfde behandelingen uitvoeren. Urlings geeft een voorbeeld over ooglidcorrecties. Wanneer een chirurg, een plastisch chirurg, een oogarts en wellicht zelfs een kaakchirurg deze oogcorrectie mogen uitvoeren, kan het zijn dat zij allen een verschillend tarief vragen.

“En die doen allemaal een ooglidcorrectie, die doen allemaal hetzelfde, maar er zijn dan vier verschillende prijzen. En verschillende afspraken met zorgverzekeraars. En waar wij naar streven, en dat is ook de ICD-10 discussie, om dat weg te halen. Als je een hangend ooglid hebt, dan is de zorgvraag hetzelfde. Of je nou bij de chirurg komt, of de plastisch chirurg, dat is overal hetzelfde die doen dat allemaal. Die zijn allemaal bevoegd en bekwaam om dat te doen. Het idee is om de internationale code diagnostisch daarvoor in te richten, dat je één typeringslijst hebt, en die is dan gebaseerd op de icd-10.”

– Urlings, 2015.

Door dit gelijk te trekken heeft de patiënt, bij welke specialist hij ook terecht komt, niet te maken met verschillende mogelijke prijzen. Het is wellicht een andere discussie, dat wat afstaat van de voorliggende problematiek zoals geschetst door de ombudsman, maar het zou het systeem volgens Urlings wel inzichtelijker maken. Het zal tot minder vragen leiden en het zou een stap in de goede richting kunnen zijn om meer één systeem te maken. En dus de verschillen tussen specialismen wanneer het één zorgvraag betreft, wat meer weg te nemen. Er is om deze maatregel in werking te stellen nog een weg te gaan, maar het plan is er, volgens Urlings. Hij waarschuwt echter dat met deze codes niet de bekostiging kan worden geregeld. Het is slechts een manier om meer samenhang in kosten tussen medisch specialisten te krijgen en het systeem weer een stap dichterbij versimpeling te brengen.

VI. *Nadere regels vanuit de NZa*

Mochten bovenstaande maatregelen niet voldoende worden nageleefd door de spelers binnen het veld, dan heeft de NZa als orgaan de mogelijkheid om een verplichting hiertoe op te leggen. Door een nadere regel op te leggen, kan het aan het veld de verplichting opleggen om iets te doen. Op die manier kan de NZa bepaalde afspraken handhaven. Als voorbeeld noemt Urlings, dat wanneer de maatregel over inzichtelijke zorgactiviteiten straks is ingegaan, en een bepaalde zorgverzekeraar constant deze informatie niet inzichtelijk maakt, dan kan de NZa in het uiterste geval een boete opleggen. Dit om het inzicht voor de patiënt te verzekeren, en om hen in de mogelijkheid te stellen dat zij kunnen controleren of alle gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk is geleverd (Urlings, 2015).

D. Verschil tussen het DBC- en DOT-systeem

Urlings stelt dat wat betreft het verschil tussen het DBC- en DOT-systeem, het probleem van de gemiddelden van tariefprijzen bij beide systemen aanwezig was. Ook in het DOT-systeem wordt nu gebruik gemaakt van gemiddelden, echter worden hierbij minder verschillende DBC-codes gebruikt. En in het DBC-systeem van vóór 2012 stelden patiënten al de vraag waarom prijzen zo hoog liggen. Maar, aangezien de afgelopen jaren het eigen risico is gestegen en om het feit dat patiënten eigen keuzes kunnen, willen en zouden moeten kunnen maken maakt het wel evidentier om de tariefprijzen en de verklaringen helder te hebben (Urlings, 2015).

E. Samenwerking & draagvlak

Er is tussen de verschillende branchepartijen veel contact volgens Urlings. Er is dus een werkgroep kostenbewustzijn, VWS is hier de voorzitter van. Binnen deze werkgroep nemen alle branchepartijen plaats en hierbinnen worden alle plannen en de voortgang hiervan besproken. Vorig jaar is de ombudsman en het rapport van de ombudsman daar een belangrijk thema geweest, en daar heeft de werkgroep vervolgens over overlegd, en over de mogelijke oplossingen hiervan. De werkgroep komt een paar keer per jaar bijeen.

Urlings merkt onder de betrokken partijen voldoende draagvlak om de problematiek aan te pakken. Wel is in het veld, vooral met zorgverzekeraars, discussie over de mogelijke inzet van de nadere regel van de NZa. De NZa ziet deze regel als een stok achter de deur voor zorgverzekeraars om alle afspraken na te komen wat betreft bijvoorbeeld de inzichtelijkheid van bepaalde gegevens voor patiënten (Urlings, 2015).

De overheid – DBC Onderhoud

Om de voorliggende problematiek vanuit nog een standpunt van de overheid te bezien, is ook met de programmamanager bij de organisatie DBC-Onderhoud, Yolande Waterreus gesproken. DBC-Onderhoud was de private stichting die vanaf 2005 het DBC-systeem ontwikkelde en onderhield in opdracht van VWS (NZa, 2013). Vervolgens zorgde de NZa voor de vaststelling van de tarieven en prestaties in de zorg. Aangezien de minister van VWS deze taken bij één organisatie wilde neerleggen, zijn de NZa en DBC-Onderhoud vanaf 1 mei 2015 één overheidsorganisatie, onder de naam van de NZa (NZa, 2015).

A. Zwaartepunt van de problematiek

Volgens Waterreus zijn de signalen zoals aangekaart door de Nationale ombudsman, vooraf geen inzicht in de kosten, volgens patiënten als disproportioneel hoge kosten & geen gehoor bij klachten en vragen, herkenbare problemen. Echter vindt zij het probleem van het onvoldoende inzicht in de kosten voorafgaand

aan de behandeling, losstaan van de overige drie problemen. Waterreus vertelt dat ziekenhuizen vanuit een concurrentieoogpunt niet willen vrijgeven welke prijzen zij afspreken met de zorgverzekeraars. Zij is dus van mening dat het niet zo zeer komt omdat het niet mogelijk is. Op het argument dat het niet zou kunnen vanwege het feit dat van te voren niet duidelijk is of er complicaties zullen optreden (en dus de behandeling uitgebreider en duurder zal worden), noemt zij bijvoorbeeld het feit dat complicaties al binnen DBC-prijzen worden meegerekend. Het is dus niet zo dat ziekenhuizen de bedragen niet van te voren kunnen zeggen, maar omdat zij dit niet willen prijsgeven. Verder zijn de genoemde problemen volgens Waterreus dus herkenbaar en al langer in het vizier. Om de schuld hieraan alleen bij het systeem te leggen, is wat te kort door de bocht. Wanneer binnen het systeem iedereen zijn of haar rol goed oppakt, kunnen meer problemen worden opgelost. Er zullen altijd problemen blijven, dergelijke systemen zijn te ingewikkeld om probleemloos te zijn. Natuurlijk zijn er hiernaast binnen het systeem wel aanpassingen te maken waardoor de onduidelijkheid bij de burger kan worden verminderd.

B. Kern van de problematiek

In 2005, toen de nieuwe zorgverzekeringswet in werking ging, moesten er ook aanpassingen gemaakt aan de bekostigingssystematiek. Mede hierom zijn, tegelijkertijd aan de veranderingen aan de zorgverzekeringswet, verschillende wijzigingen toegebracht aan de manier waarop ziekenhuiszorg bekostigd zou worden (Waterreus, 2015). Hier zit volgens Waterreus direct een cruciaal punt in de voorliggende problematiek: het DBC-systeem zoals dat is bedacht, is primair ontwikkeld als een bekostigingssysteem, dat gebruikt zou worden voor de bekostiging van zorg tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. In die zin was het vanaf het begin een declaratiesysteem richting de verzekeraar: en met deze declaraties werd het met de aanbieder afgesproken jaarlijkse budget "gevuld". Met de introductie van prestatiebekostiging in 2012 (tegelijk met overgang van DBC naar DOT) is de rol van declaratie meer op de voorgrond gekomen en een relatie met de zorginkoop gelegd.

Volgens Waterreus ligt de oorsprong van de problematiek, zoals geschetst door de ombudsman, in dit feit. Het systeem is in eerste instantie niet opgetuigd als een systeem waar de patiënt mee te maken zou krijgen, maar wat tussen zorgaanbieders en verzekeraars zou worden gebruikt om de bekostiging mee te regelen.

Er werd tijdens het optuigen van het systeem feitelijk gekeken naar de vraag: hoe verreken je tussen zorgaanbieders en verzekeraars? Pas toen het systeem in de lucht kwam zijn hier allerlei kenmerken aan toegevoegd, zoals bijvoorbeeld inzichtelijkheid voor de patiënt. De patiënt kwam steeds meer in beeld, en werd hierbij steeds meer in de controlerende positie gezet. Deze eisen kwamen dus achteraf aan de optuiging van het gehele bekostigingssysteem. Wil het hele systeem inclusief de later toegevoegde eisen als patiëntinzichtelijkheid werken, dan is hier volgens Waterreus goede samenwerking van het gehele veld voor nodig. Het systeem kent ontzettend veel betrokken partijen, en iedere partij in het veld moet zijn rol innemen om het systeem te laten werken (Waterreus, 2015).

Hiernaast ligt de oorsprong van een van de problemen, namelijk de ervaren hoge kosten, bij één bepaald aspect van het systeem: de gemiddelde prijzen. Een DBC-zorgproduct (DOT) is een gemiddeld aantal behandelingen vertegenwoordigd, bij een bepaalde diagnose(groep). Deze prijs wordt bepaald op basis van

de gemiddelde behandeling. Wanneer een patiënt onder dit gemiddelde zit met een behandeling, dan wordt dit door de patiënt ervaren als een te hoge prijs. Dit is inherent aan de keuze voor een gemiddelde prestaties (in plaats van een individuele). De NZa/VWS hebben hiervoor in het ontwerp gekozen vanuit economische principes; bij een gemiddelde prestatie is er voor de ziekenhuizen immers een prikkel om de behandeling zo efficiënt mogelijk in te zetten, en bijvoorbeeld een patiënt niet langer opnemen dan noodzakelijk (Waterreus, 2015).

C. Mogelijke oplossingen en overwegingen hierbij

I. Herijken clusters middel ambulant

Een van de mogelijke oplossingen die door Waterreus wordt genoemd is het “herijken clusters middel ambulant”. Dit is een maatregel om tegemoet te komen aan de problemen met de, in de ogen van de burger, disproportioneel hoge kosten. De organisatie heeft gekeken welke handelingen en andere oorzaken ervoor zorgen dat een lichte behandeling in plaats van in een licht zorgproduct van €150, in een hoger product van €400 terechtkomt. Hierna is naar deze oorzaken gekeken welke ertoe leiden dat de patiënt in een hoger product terecht kwam, en of dat eigenlijk wel terecht is wanneer naar de geleverde zorg wordt gekeken. Door deze aanpassing, per januari 2016 zal het herijken cluster middel ambulant in werking treden, zullen de activiteiten een meer herleidbare prijs hebben dan voorheen.

II. Versimpelen van het systeem

Waterreus stelt dat door veranderingen binnen het systeem en goede samenwerking tussen de veldpartijen, al veel problemen kunnen worden opgelost. Zij noemt als een van de mogelijke veranderingen binnen het systeem, het versimpelen en verduidelijken ervan. Met hierbij constant de hoofdvraag op de voorgrond: waar gebruiken we het systeem nou eigenlijk voor, wat is nou het primaire doel? Dit is van belang om het systeem zo goed mogelijk te benutten.

D. Verschil tussen het DBC- en DOT-systeem

Het verschil tussen het DBC- en DOT-systeem zit volgens Waterreus in het aantal behandelingen binnen één DOT. De problemen die nu door patiënten worden ervaren, waren er ook al in het oude DBC-systeem aanwezig volgens Waterreus (2015). Echter bestonden in het oude DBC-systeem ook andere oorzaken van dergelijke problemen, die in de nieuwe DOT-systematiek niet meer voorkomen. Maar zeker de problematiek van de als disproportioneel hoog ervaren kosten. Daar is destijds oplossing aan geboden door een consult-DBC in te voeren. Voorheen kon een consult met wat aanvullende handelingen al leiden tot een buitenproportioneel hoge prijs. Na de invoering van het consult-DBC werd dit minder, en kon na één consult met bijvoorbeeld wat labonderzoek, deze DBC worden geopend, in plaats van een vrij grote DBC waar ook een uiteindelijke behandeling binnen zou vallen.

Hierna is het systeem nog verder doorontwikkeld en gaan verschillen van het oude DBC-systeem door de toevoeging van de registratie van zorgactiviteiten die ook voor burgers inzichtelijk zijn. Tot dat moment kregen patiënten slechts een eindbedrag te zien, maar geen rekening met specificaties van de geleverde zorg. Ook voor zorgverzekeraars was niet inzichtelijk welke zorg precies geleverd was. Dat is destijds aangepast met de registratie van zorgactiviteiten.

E. Voordelen van het huidige systeem

Waterreus ziet de mogelijkheid tot transparantie als voordeel van het huidige systeem. Dit heeft ze dan ook in de loop der jaren zien toenemen. Een punt van aandacht is nog wel de transparantie over de kwaliteit van ziekenhuiszorg. Daar wordt nu al hard aan gewerkt, onder andere door middel van de nieuwe kwaliteitsagenda van minister Schippers, "Kwaliteit loont".

F. Samenwerking & draagvlak

Volgens Waterreus is er veel onderling contact met de partijen binnen het veld. Hierbij speelt constant de vraag: hoe kan het beter? Een groot deel van de oplossing van de problemen ligt ook vinnen deze samenwerking, meent Waterreus: iedere partij moet zijn rol pakken om het systeem als geheel te laten werken, ook voor de patiënt.

4.3 De zorgaanbieder

Drs. Michiel Gorzeman, medisch manager en hoofd van de Spoedeisende Hulp in het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis (OLVG), is sinds 2012 intensief bezig met de werking van de bekostigingssystematiek van de ziekenhuiszorg in Nederland, en de mogelijke verbeteringen hiervan. Al eerder schreven journalisten van de Volkskrant, de Correspondent en het Parool over zijn pogingen om het systeem beter uitlegbaar te maken voor de patiënt. Voor dit onderzoek is met Gorzeman besproken in welke mate hij in zijn werk te maken heeft gekregen met de problemen zoals geschetst in het onderzoek van de Nationale ombudsman, en welke wijzigingen voor hem als zorgaanbieder een oplossing zou kunnen bieden voor de genoemde problemen.

A. Zwaartepunt van de problematiek

Volgens Gorzeman ligt het zwaartepunt van vier problemen zoals genoemd door de ombudsman, bij de onevenredig hoge kosten (vanuit de patiënt ervaren) van de ziekenhuisbehandelingen. Daar zit ook de kern van het onderzoek van Gorzeman zelf: hoe komt het nu dat patiënten met heel andere ziektebeelden in hetzelfde prijstarief kunnen vallen? Als voorbeeld geeft hij de casus van een wietroker die na een joint in paniek is geraakt, en de patiënt met een overdosis heroïne. Zij vallen beiden in hetzelfde tarief, aangezien er maar één tarief bestaat voor intoxicatie. Of een oudere vrouw die hartstikke ziek is, waar men uren bezig is om de uiteindelijke diagnose van een blaasontsteking van te achterhalen, die dezelfde rekening krijgt als een jonge studente bij wie deze diagnose al snel duidelijk was. Door het principe van gemiddelde prijzen binnen het systeem van DBC's en DOT's ervaren veel mensen de kosten van hun behandeling als onevenredig hoog, voor hetgeen dat zij aan geleverde zorg hebben ontvangen (Gorzeman, 2015).

In de ervaring van Gorzeman speelt de vraag rondom de hoogte van het tarief dus het meest bij de patiënten. Maar, zo stelt hij; de registratie van de geleverde zorg, en de communicatie hierover kan beter. Dit zou richting de patiënt veel duidelijker kunnen. Het probleem volgens Gorzeman hierbij is echter dat een betere registratie en een duidelijkere rekening kan leiden tot veel meer werk en registratie voor het ziekenhuis. Ook het vooraf informeren over de kosten van een behandeling is lastig. Toch wordt wel altijd geprobeerd om de patiënt vooraf te informeren over de kosten, zeker met betrekking tot de verrekening van het eigen risico. Echter is voor artsen ook vaak lastig vast te stellen en uit te leggen hoeveel een patiënt uiteindelijk kwijt zal zijn aan zijn behandeling, zo stelt Gorzeman:

“Het is een studie op zich. Je moet je daarin verdiepen om het te begrijpen. Een gemiddelde dokter op de vloer wil goede patiëntzorg leveren, wil de patiënt goed zien, wil best uitleggen wat het tarief is, maar dat is wel lastig. (...) We zijn nu bezig met een landelijk handboek voor de spoedeisende hulp: zo moet je het doen, dit is hoe het uitgelegd wordt. Maar als dat klaar is, dan heb je dus een behoorlijk boek. Ga hem maar doorlezen. (...) Iedere arts assistent die hier op de SEH komt, moet dat boek doorlezen.

– Gorzeman, 2015.

B. Kern van de problematiek

De kern van de problematiek ligt volgens bij Gorzeman binnen dit systeem. Door het principe van gemiddelde prijzen binnen het systeem ervaren veel mensen de kosten van hun behandeling als onevenredig hoog voor wat zij hebben ontvangen aan geleverde zorg. Maar, ondanks dat, zegt Gorzeman geen nieuw systeem te willen met nieuwe, andere voordelen, maar ook nieuwe, andere nadelen. Een ideaal systeem zonder nadelen bestaat volgens hem niet. Hiernaast gaan er jaren heen over het ontwerp en de uitvoering van een systeemwisseling. Iedereen zou moeten worden omgeschoold en alle computersystemen zouden totaal moeten veranderen. Het werk en het geld dat zo'n systeemwijziging met zich mee zal brengen, weegt volgens hem niet op tegen de baten. Volgens Gorzeman is rust binnen dit systeem veel belangrijker, met hierbij de vraag hoe de problemen die nu nog een rol spelen, zo goed mogelijk zijn op te lossen met kleine wijzigingen binnen het systeem.

“De vraag is: hoe kan je het nou binnen dit systeem zo goed mogelijk doen? Want niemand zit te wachten op een heel nieuw systeem.”

– Gorzeman, 2015.

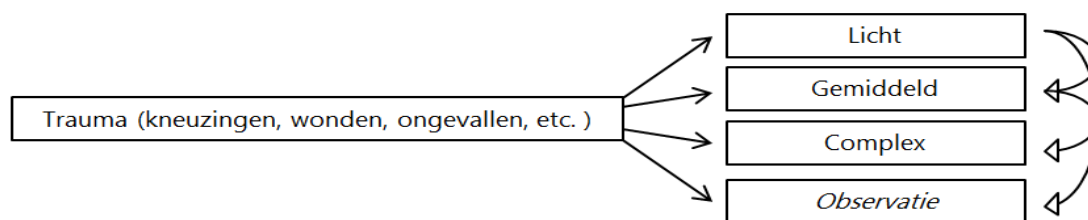
Ook stelt hij dat bij de invoering van het systeem wellicht onvoldoende is nagedacht over de invloed van het eigen risico, op de manier waarop patiënten naar hun rekening kijken. Sinds de invoering van het eigen risico zijn patiënten veel kieskeuriger en kritischer geworden op de zorg en de ziekenhuisrekening hiervan (Gorzeman, 2015). Hij stelt hiernaast dat het huidige bekostigingssysteem uitgaat van budgetfinanciering van ziekenhuizen. Aan het begin van het jaar weet het ziekenhuis wat het budget is dat zij aan het einde van het jaar zal krijgen. Dit leidt volgens Gorzeman tot de perverse prikkel dat het ziekenhuis enerzijds het budget volledig wil benutten, en anderzijds dat zij niet meer zorg willen leveren dan binnen dat budget valt. Wanneer het ziekenhuis meer zorg zou leveren dan dat binnen het budget past, dan valt dit risico voor de rekening van het ziekenhuis.

C. Mogelijke oplossingen en overwegingen hierbij

I. Prijscategorieën

Gorzeman heeft zelf, na het systeem te hebben uitgeplozen, gezocht naar oplossingen binnen dit systeem die kunnen bijdragen aan de toename van de begrijpelijkheid en uitlegbaarheid van het systeem. Volgens hem is het zeker mogelijk een oplossing te vinden voor de belangrijkste problemen van patiënten zonder een complete systeemwijziging te moeten inzetten. Hij is begonnen met het bekijken van mogelijkheden binnen zijn eigen specialisme, de Spoedeisende Hulp (SEH). Voor dit specialisme bestonden al vier categorieën waar de geleverde zorg in gedeeld zou kunnen worden. Binnen de huidige DOT-systematiek

heeft elke zorgafdeling een bepaalde beslisboom, om zo de zorgactiviteiten te categoriseren en te registreren (Zorgvisie, 2011). De DOT-boom van de SEH is als volgt opgebouwd:



Figuur 4.3: De opbouw en prijscategorieën van de DOT-boom van trauma.

De categorieën licht, gemiddeld en complex geven de zwaarte van de categorie en de behandeling aan. De categorie observatie is een wat meer afwijkende, dat is de categorie voor patiënten die een tijd ter observatie zijn gehouden en waar een aantal handelingen bij zijn uitgevoerd. Wat Gorzeman in de praktijk veel tegenkwam was dat deze indeling van deze DOT-boom en de toegewezen prijzen hieraan, bij de patiënt voor verwarring kunnen leiden omdat de grenzen tussen deze categorieën, en verhoging van prijscategorieën door kleine handelingen tijdens de behandeling snel worden bereikt. Een wond kan in een hogere categorie terechtkomen door de wond te lijmen, een tetanusprik, of een injectie met verdovingsmiddel (Gorzeman, 2015). In het artikel van de Correspondent werd deze laatste injectie ook als voorbeeld aangehaald:

“Het systeem promoveert de behandeling met verdoving namelijk naar een zwaardere categorie. Zonder het spuitje kost de behandeling 175 euro, met verdoving bedraagt het tarief 450 euro. Het prijsverschil heeft niets te maken met de kosten die het ziekenhuis daadwerkelijk maakt. Zo kost de verdoving zelf ongeveer 1,50 euro en het toedienen neemt nog geen minuut extra in beslag (Heijne, 2015).”

Gorzeman heeft naar aanleiding van dergelijke voorvallen nagedacht over een meer eerlijk systeem om wonden te categoriseren en hier een eerlijkere prijs aan te kunnen verbinden. Het idee achter een gemiddelde prijs, waarbij de lichte gevallen eigenlijk een deel van de kosten van de zware gevallen binnen dezelfde categorie betalen, klinkt wellicht sociaal, maar het is in sommige gevallen voor de arts gewoon niet uit te leggen. De vraag van Gorzeman hierbij was dus: hoe kan dit eerlijker; hoe kunnen we ervoor zorgen dat de uiteindelijke prijs logischer afleidt uit de verrichtte handelingen? Want, zo stelt hij: de mogelijkheid ligt op de loer dat een arts een injectie maar niet meer registreert om zo te voorkomen dat een patiënt met een relatief kleine wond, in een hogere categorie terecht komt dan dat eigenlijk nodig is. Hij is begonnen met het bestuderen van de prijscategorieën en heeft na gesprekken met onder andere DBC-onderhoud, de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen, verzekeraars en de NZa een logischer systeem ontwikkeld voor de tarieven van de behandelingen van trauma.

Dit logischere systeem houdt in dat binnen de categorieën geschoven kan worden met de tarieven. De lichte categorie wordt wat lager, de complexe categorie hoger. Het belangrijkste: de prijs moet logischer zijn in verhouding met de genoten zorg. Uiteraard moet dit goed worden doorgerekend: het moet niet zo kunnen zijn dat het ziekenhuis financiële schade ondervindt door deze wijziging. De NZa heeft besloten dat op 1

januari 2016 de tariefopbouw voor trauma's op deze logischere wijze wordt ingedeeld (Heijne, 2015). Daarmee zijn we er nog niet, stelt Gorzeman: wat hem betreft zouden bovenop deze vier prijscategorieën er nog één of twee bijkomen. Dan betaalt de patiënt alsnog een gemiddelde, maar al een veel reëler gemiddelde dan dat de patiënt nu betaalt. Hiernaast wordt per 1 januari 2016 de betere tariefopbouw slechts voor patiënten met een trauma zoals een botbreuk ingevoerd. Dus nog niet voor drugs, nog niet voor klachten die uiteindelijk blaasontsteking blijken te zijn, nog niet voor patiënten met pijn op de borst. Gorzeman schat in dat nu misschien 30% van de patiënten wordt gevangen met deze aanpassing, en deze manier van tariefopbouw dus voor de overige patiënten moet worden ontwikkeld en doorgevoerd (Gorzeman, 2015).

II. Verschil tussen SEH en HAP

Gorzeman heeft nog een punt van verbetering welke bij zou kunnen dragen aan minder onverwachte, en als meer proportioneel ervaren kosten. Hij ziet nu veel patiënten de dupe worden van onduidelijkheid van het verschil tussen de Spoedeisende Hulp en de Huisartsenpost (HAP). Voor patiënten betekent dit namelijk een groot financieel verschil: bij een bezoek aan de SEH gaat een deel van de kosten van het eigen risico af, de HAP kost niets van het eigen risico. Zoals in het hoofdstuk met de casusomschrijving beschreven staat, heeft iedereen een verplicht eigen risico van €375 per jaar (Rijksoverheid, 2015). Het is nu volgens Gorzeman lastig uit te leggen dat binnen één ziekenhuis, waar zowel een SEH als een HAP in is gevestigd, je voor dezelfde klacht bij de SEH een deel van je eigen risico kwijt bent, en een deur verder bij de HAP helemaal niets.

Hier spelen volgens Gorzeman verschillende vragen. Ten eerste, zou de inrichting van de zorg zo moeten zijn dat mensen met bepaalde klachten niet in op de SEH in het ziekenhuis komen, maar dat iedereen bij de huisarts of bij de HAP wordt behandeld? Dat kan, stelt hij, dan worden vanaf de SEH alle patiënten doorgestuurd naar de huisarts of naar de HAP. Onhandig wanneer het bij de huisarts of de HAP erg druk is en op de SEH alle plek is. Maar het kan ook anders, beargumenteert hij:

“Waarom organiseer je het nou niet zo dat het niet uitmaakt waar die patiënt komt, maar dat het erom gaat welke zorg hij krijgt? (...) Er is altijd een grijze groep die beide kanten op kan. Waarom kan dat nou niet binnen hetzelfde tarief?”

– Gorzeman, 2015.

Het feit dat de financiering van de ziekenhuiszorg en de huisartsenposten dusdanig verschilt, werkt een logisch systeem niet in de hand. Wanneer men het financiële pad van de patiënt doorloopt, dan kan het zo zijn dat zij op de ene afdeling niets kwijt zijn, en de behandeling hen één deur verder €150 kost. Dit feit, en het feit dat dit voor de patiënt vaak onduidelijk is en bovendien onlogisch, draagt bij aan de problemen rondom de – door patiënten ervaren - buitensporig hoge kosten van de zorg. Een oplossing hiervoor zou volgens Gorzeman een gelijk financieringssysteem inhouden, voor de SEH en de HAP, waarbij de kosten overeenkomen en de patiënt betaalt voor de zorg die diegene heeft genoten, en niet voor de afdeling waar diegene is geweest. Over de precieze invulling hiervan wordt nog nagedacht: hierbij moet worden overwogen of bepaalde patiënten een rekening van de huisartsenpost toegestuurd zouden moeten krijgen, ook als zij zijn gezien op de SEH. Of wellicht dat er gelijke tarieven gemaakt zouden moeten worden voor de

SEH en de HAP. Lastig hieraan is dat de HAP dus niet onder het eigen risico valt, en de vraag is of men het wil dat hier een verandering in wordt aangebracht.

III. Het eigen risico

Het eigen risico speelt niet alleen een grote rol bij het verschil tussen de HAP en de SEH, maar het eigen risico is een belangrijk punt in de hele discussie over ziekenhuiskosten en de vragen hierover van de burger. Gorzeman stelt dat de rekeningen van ziekenhuiskosten veel minder vragen hadden opgeroepen als het eigen risico er niet was geweest, of wanneer het in ieder geval een lager bedrag was geweest (Gorzeman, 2015). Bij de invoering van het eigen risico in 2008 was het verplicht eigen risico nog €150 (Rijksoverheid, 2007). In de tussentijd is het verplicht eigen risico dus gestegen met €225 (Rijksoverheid, 2015). Gorzeman stelt dat patiënten de opschaling van het eigen risico wel degelijk voelen en dat dit ook invloed heeft op de manier waarop zij naar hun ziekenhuisrekening kijken.

Het eigen risico is ingevoerd om een kostenbewustzijn bij de patiënt te realiseren. Op de vraag of de voordelen (kostenbewustzijn, remming zorggebruik) van het eigen risico opwegen tegen de nadelen van het eigen risico (kritischer op de uiteindelijke ziekenhuisrekening), stelt Gorzeman dat mensen wel degelijk beter zijn gaan nadenken over wat de kosten van een behandeling zullen zijn. Echter stelt hij een bijkomstig effect hiertegenover. Patiënten zijn ook de omgekeerde richting op meer kostenbewust geworden: wanneer mensen in het ziekenhuis zijn, en zij hun eigen risico toch al kwijt zijn, acht de patiënt zelf vaak meerdere handelingen nodig, of gewenst. De gedachte is: zij betalen na het bereiken van het eigen risico toch de kosten niet zelf meer. De oplossing van dit tegengestelde probleem van het eigen risico ligt volgens Gorzeman ook in de verschillende tarieven. Want door het eigen risico lager te houden, of af te schaffen, kom je niet tegemoet aan de wens om het zorggebruik ook laag te houden.

“Dus het is dubbel. Het is wel lastiger, en veel meer uitleggen aan patiënten. ‘Ja, je bent 400 euro kwijt, maar ik ga die extra foto’s en ingrepen niet doen’. Dat is raar. (...) Je zou natuurlijk kunnen zeggen van, als we nou de tarieven beter en eerlijker maken, en je maakt een min of meer vergelijkbaar tarief huisarts-ziekenhuis, is dat eigen risico nou echt nog zo’n probleem? Waarschijnlijk niet.”

– Gorzeman, 2015.

IV. Communicatie naar de patiënt

Wat volgens Gorzeman ook een rol speelt bij de onduidelijkheid van de patiënt is dat de patiënt na drie maanden pas een rekening krijgt. Vanaf 2016 zal dit een kortere periode zijn, maar het blijft een aanzienlijke tijd. Als uiteindelijk de rekening is gemaakt, moet deze nog langs de verzekeraar en dan weet de patiënt haast niet meer waar de rekening ook alweer voor was. Hiernaast stelt hij dat de rekening inderdaad duidelijker zou kunnen. Deze is nu opgebouwd uit standaardtermen en de patiënt heeft nu geen inzicht in de manier waarop het uiteindelijke bedrag is opgebouwd. Dit stelt hij tegenover de situatie in het buitenland: volgens Gorzeman is het daar wel helder voor de patiënt wat er is gedaan en hoe het uiteindelijke bedrag onder de streep van de rekening is opgebouwd. Dat is in Nederland dus niet het geval. Bovendien is het bedrag dat er staat, een gemiddelde.

Gorzeman stelt dat je als arts natuurlijk wel weet hoe de patiënt in een bepaalde prijscategorie is gekomen, aan de hand van de verrichtingen die de arts aan vinkt bij het registreren. Echter wordt het eindtarief bepaald in de *grouper* (het centrale computerprogramma waar DBC-zorgproducten uit worden afgeleid (NZa, z.j.)). Op het moment dat de uiteindelijke rekening afgerond is, zijn de verrichtingen niet meer in beeld. Dit zou volgens Gorzeman beter moeten kunnen. Echter waarschuwt hij wel voor de extra registratiedruk die dit met zich meebrengt wanneer dit achteraf nóg eens zou moeten worden ingevoerd, of wanneer de ziekenhuizen achteraf de rekeningen zouden moeten gaan controleren. Wanneer hier mensen door het ziekenhuis voor moeten worden ingehuurd, zal volgens hem de zorg niet goedkoper worden. Ook gaan die extra werknemers geen patiënten zien, dus de kwaliteit van de zorg wordt hier ook niet per definitie beter van: zij gaan slechts achteraf de rekening controleren. De vraag zou moeten worden gesteld of dit beste manier is om voor heldere ziekenhuisrekeningen te zorgen.

D. Verschil tussen het DBC- en DOT-systeem

Volgens Gorzeman heeft het DOT-systeem niet voor heel veel meer – of minder problemen gezorgd. Ook het DBC-systeem was volgens hem niet zaligmakend. Hiernaast bestond in het DBC-tijdperk een heel andere manier van registreren op het gebied van de Spoedeisende Hulp, en is er sinds die tijd veel veranderd in registratie en financiering. Het principe van het systeem, bij zowel de DBC- als de DOT-systematiek, blijft hetzelfde volgens Gorzeman. Echter, tijdens het DBC-systeem was er sprake van een lager eigen risico, dus in die tijden waren de problemen minder zichtbaar. Het nadeel van het DOT-systeem is dat door het aantal DBC's te verlagen, de gemiddelden van zorgprijzen meer uiteenlopen. Echter biedt de tariefvariatie zoals Gorzeman voor verschillende zorgterreinen wil bewerkstelligen, een oplossing hiervoor (Gorzeman, 2015).

E. Voordelen van het huidige systeem

Naast verbeterpunten binnen het huidige systeem zijn volgens Gorzeman ook zeker positieve punten van het systeem te noemen vanuit zijn positie als zorgaanbieder. De gedachte achter het huidige systeem is goed volgens Gorzeman. Er zijn verrichtingen, welke pas achteraf worden gekoppeld aan de diagnose. Hij vindt dus echter wel dat er nog een aantal andere prijscategorieën hieraan moeten worden gekoppeld waarmee dan nog verder kan worden gedifferentieerd in tarieven.

F. Samenwerking & draagvlak

Gorzeman heeft tijdens zijn ambitie om het zorgbekostigingssysteem van binnen eenvoudiger te maken al veel samengewerkt met verschillende partijen binnen het zorgveld. Hij merkte hierbij draagvlak bij de partijen om over mogelijke oplossingen na te denken. Er is sprake van een constant overleg. Een constant overleg waarbij alle partijen aan tafel wel eigen meningen en visies op de voorliggende problemen hebben. Dit maakt het proces volgens Gorzeman wel wat langzaam. Maar, zo stelt hij: polderen gaat langzaam, maar uiteindelijk werkt het wel. Er is dan uiteindelijk wel een consensus, of een streven ernaar, waar uiteindelijk iedereen zich in kan vinden. Voor de tariefvariaties op de afdeling trauma is dit nu gebeurd en dit zal landelijk worden geïmplementeerd per 2016, maar het is een proces van lange adem.

Hiernaast merkte hij wel een angst voor een verkapte bezuiniging door alle de wijzigingen in de tariefcategorieën. Chirurgen moesten bijvoorbeeld al in loondienst, en zij verdienen al minder dan toen zij

begonnen met werken. Enige vraagtekens werden dus wel gesteld. Maar over het algemeen werden de plannen ook binnen het OLVG zeer gesteund. De Raad van Bestuur heeft er goed naar gekeken en ook de chirurgen stellen verantwoordelijkheid te willen nemen voor de klachten, en achter zijn voornemens te staan.

G. Motto

Als je het maar uit kan leggen aan de patiënt. Dat lijkt het kernthema van de wijzigingen waar Gorzeman binnen dit systeem, voor zowel de arts, als de patiënt aan werkt. Het feit dat hij met zijn verhaal een aantal keer de publiciteit heeft opgezocht, bewijst deze ambitie:

“Mijn doel is de patiënten informeren over het systeem. En dat we hier echt aan werken, en dat we ons best doen. (...) We sturen bijvoorbeeld een patiënt met klachten het Parool-artikel op. En dat helpt enorm. En heel veel mensen komen hier binnen die het Parool-artikel hebben gelezen, en dat scheelt enorm.”

– Gorzeman, 2015.

Het feit dat het huidige systeem staat voor “DBC’s op weg naar transparantie”, duidt volgens Gorzeman aan dat het proces nog steeds gaande is. Op weg naar beter. Hij ziet het niet als een weg naar slechts transparantie voor de patiënt, maar ook een weg naar een tarief en kosten die meer op elkaar zijn afgestemd. Voorlopig is Gorzeman nog druk bezig met het waarmaken van zijn ambities.

“We hebben het aangekaart en we hebben de grote mond dat het niet goed gaat, nu moeten we ook met elkaar om de tafel gaan zitten om te kijken hoe we het dan wel moeten gaan doen. Dat is veel lastiger dan roepen dat het niet goed is.”

– Gorzeman, 2015.

4.4 De zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars Nederland

Om de problematiek te bezien vanuit het punt van de zorgverzekeraar, is onder andere met mevrouw Anne Pino gesproken. Zij is beleidsadviseur Verzekeringen en Uitvoering bij de Zorgverzekeraars Nederland (ZN). ZN is de branchevereniging van alle 10 zorgverzekeraars in Nederland. De vereniging ondersteunt zorgverzekeraars bij hun werk en diens belangenbehartiging (ZN, z.j.).

A. Zwaartepunt van de problematiek

Mevrouw Pino legt het zwaartepunt van de problematiek bij de moeilijk te bereiken algehele transparantie naar de verzekerde toe, binnen dit systeem. ZN is, samen met NVZ, NFU, VWS en natuurlijk zorgverzekeraars al een aantal jaar bezig met de problemen die patiënten ervaren met de ziekenhuisrekeningen. Toen de partijen werden benaderd door de ombudsman, waren zij zich al bewust van de problemen en onderzochten zij al hoe zij een aantal zaken duidelijker en transparanter naar de verzekerde konden regelen. In die zin herkent zij alle vier de problemen die door de ombudsman worden aangekaart, waarbij opgemerkt wordt dat niet alle 4 de voorbeelden de juiste weergave geven. Ook maakt zij een opmerking bij het probleem van kosteninformatie voorafgaand aan een behandeling. Dit blijft volgens Pino een moeilijk punt, dat in geen enkel systeem helemaal kan worden ondervangen. Immers: wanneer een patiënt zich bij de dokter meldt met buikklachten, dan kan dit tot zoveel uiteenlopende diagnoses leiden, dat vooraf de kosten voor de

uiteindelijke behandeling moeilijk in te schatten zijn. En dit probleem is niet nieuw, dit was vroeger in eerdere systemen, zoals de declaratie van verpleegdagen en verrichtingen, ook al het geval (Pino, 2015).

B. Kern van de problematiek

Pino stelt dat in de transitie van het DBC-systeem naar het DOT-systeem, is gekeken naar het vereenvoudigen en versimpelen van het systeem, maar dat in dit proces de burger niet genoeg op de voorgrond heeft gestaan in de visie van alle betrokken partijen. Tijdens het proces liepen hiernaast twee gelijktijdige ontwikkelingen die volgens Pino een grote rol spelen in de voorliggende problematiek. Ten eerste de samenvoeging van 40.000 DBC's naar 4.000 DBC's, in de periode dat het DBC-stelsel werd omgebouwd tot het DOT-systeem. Deze samenvoeging heeft door de samenvoeging van de DBC's voor nog meer onduidelijkheid gezorgd bij het zien van de ziekenhuisrekening. Voornamelijk met betrekking tot de vraag welke zorg nu eigenlijk precies gedeclareerd is. Immers: de zorg werd nog verder geclusterd tot 4000 DBC's. Het tweede proces was de geleidelijke ophoging van het eigen risico van de verzekerde. Deze verzekerde is hierdoor de zorgkosten steeds meer in zijn portemonnee te voelen en is zodoende nog kritischer achteraf geworden, en wil meer inzicht in wat nu precies gedeclareerd is door de arts. Het feit dat de verzekerde, en de invloed van de veranderingen op de verzekerde niet genoeg op de voorgrond heeft gestaan, heeft volgens Pino geleid tot de voorliggende problematiek (2015).

Hiernaast moet voor de patiënt de uiteindelijke hoogte van de ziekenhuisrekening meer in relatie staan met de geleverde zorg. Dit was in het verleden niet altijd een geval. Wanneer een patiënt in het ziekenhuis op de SEH een wond laat hechten, kon in het verleden een dergelijke behandeling in hetzelfde DBC-tarief komen als een kleine operatie. Deze gemiddelden van kosten riepen vragen op bij de verzekerden, volgens Pino (2015). Daar wordt nu ook aan gewerkt door logischere tariefopbouw van behandelingen vanaf 1 januari 2016. Tegelijkertijd, stelt ze, als er iets gehecht moet worden dan zou de patiënt zich wel moeten realiseren dat dit bij een huisarts goedkoper is dan in het ziekenhuis. Een huisarts heeft minder vierkante meters en minder vaste kosten. Pino stelt dat de partijen in het veld dit gewoon eerlijk aan de patiënt zouden moeten uitleggen: ga je als verzekerde naar het ziekenhuis, dan zijn daar hogere vaste kosten en deze moeten wel betaald worden.

“Dus ook daar mag een stukje bewustwording in die zin bij de verzekerde. Hij hoeft niet verrast te worden, maar hij mag wel bewust worden van dat het geld kost.”

– Pino, 2015.

Volgens Pino ligt de kern van de problematiek dus op drie gebieden: de burger is niet voldoende op de voorgrond geweest ten tijde van de wijzigingen in het systeem, de stijging van het eigen risico, en de bewustwording van de kosten bij de verzekerde.

C. Mogelijke oplossingen en overwegingen hierbij

I. Een duidelijkere rekening met zorgactiviteiten & de “mijn omgeving”

ZN was dus vóór de meldingen van de Nationale ombudsman al bezig met het tegemoet komen aan de signalen die zij hadden gekregen vanuit de verzekerden. Tijdens het gesprek met Pino zijn er verschillende

oplossingen ter sprake gekomen, wat volgens ZN kan bijdragen aan een hogere mate van transparantie en duidelijkheid van de ziekenhuisrekeningen.

Ten eerste heeft ZN gepleit voor de vermelding van de zorgactiviteiten bij de registratie van de DBC-codes op de rekeningen voor de verzekerden. In het DBC-systeem werd op de rekening slechts een DBC-code meegegeven. Deze code vertelde de verzekerde verder niets, en zorgde ook niet voldoende voor de benodigde herkenning van de zorg die was geleverd. ZN is daarom tevreden dat nu naast deze DBC-code bepaalde zorgactiviteiten terug moeten komen op de rekening. Daarnaast zijn afspraken gemaakt met VWS over andere informatie die bij de declaratie getoond moet worden, zoals bijvoorbeeld het specialisme van de arts, de diagnose, de kosten etc (NZa, z.j.)

Zorgverzekeraars hebben hiernaast de digitale omgeving (de "mijn omgeving") voor verzekerden aangepast en inzichtelijker voor de verzekerde gemaakt. Voorheen kregen mensen hierop te zien in welk ziekenhuis de zorg verleend was en op welke datum, en welke DBC-code hierbij past. Pino denkt dat zorgverzekeraars in de verandering hiervan hele stappen in hebben gemaakt. Zo worden nu ook de zorgactiviteiten op de rekening weergegeven, evenals de specialisatie waarin de behandeling is uitgevoerd en de consumentenvertaling van de DBC-codes. Ook de bedragen die op de "mijn omgeving" te zien zijn, zijn nu veel beter uitgelegd. Zo staan hier twee bedragen als gedeclareerde bedragen, zowel de kosten van de behandeling en het honorarium van de behandelend arts. Veel verzekerden dachten dat het foutief dubbel gedeclareerd was, dus in de vernieuwde "mijn omgeving" staat dit duidelijk uitgelegd. Door dit veel inzichtelijker en begrijpelijker te maken, neem je veel vragen bij de verzekerde weg (Pino, 2015).

II. Informatie over de prijs voorafgaand aan de behandeling

Deze wijziging geeft dus na afloop van de behandeling meer transparantie aan de verzekerde wanneer deze de ziekenhuisrekening krijgt. Ook vooraf kan nog meer worden gezorgd voor meer duidelijkheid, stelt Pino. Deze duidelijkheid vooraf is, zoals al eerder door Pino gezegd, in sommige gevallen moeilijk wanneer nog niet duidelijk is wat de diagnose van de patiënt is. Aan de andere kant zou bij planbare zorg deze duidelijkheid wel meer aanwezig moeten zijn. Voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars is het soms niet mogelijk om informatie te geven over de mate van vergoeding. Echter, vindt Pino dat verzekeraars wel, wanneer mogelijk, voorafgaand aan de behandeling de verzekerde inzicht moet geven over de vergoeding van de zorg. Dit is niet het inkooptarief, maar dit gaat om het bedrag dat de verzekerde uiteindelijk op zijn declaratie-overzicht ziet staan. Wanneer hier duidelijke informatie door de zorgverzekeraar over wordt gegeven, dan is het voor de verzekerde mogelijk om vooraf te vergelijken op prijs tussen verschillende zorgaanbieders. Dan kan een patiënt besluiten naar ziekenhuis A te gaan wanneer dit ziekenhuis de behandeling voor €50 goedkoper aanbiedt dan in ziekenhuis B. Wanneer het bedrag van de behandeling nog onder het eigen risico van de verzekerde valt, scheelt dit de verzekerde €50. De verzekerde heeft volgens Pino het recht om deze informatie vooraf te krijgen.

III. Het eigen risico

Volgens Pino is het schrappen van het eigen risico geen goede maatregel om tegemoet te komen aan de vraag van de patiënt om meer transparantie. Er wordt wel nagedacht over een andere manier van vaststellen van het bedrag dat er van eigen risico zou moeten worden betaald na een behandeling. De vraag hierbij is of dit op een bepaalde manier normatief zou kunnen worden vastgesteld? Een voorbeeld hiervan is een vast maximumbedrag eigen risico na een ziekenhuisbezoek, in plaats van de mogelijkheid het gehele risico in één keer kwijt te zijn na een bezoek aan het ziekenhuis. Dat, onafhankelijk van de prijs van de DBC, een bezoek aan het ziekenhuis een bedrag kent van bijvoorbeeld €150. Op deze manier ontstaat er meer duidelijkheid voor de patiënt met betrekking tot het eigen risico. Want, volgens Pino heeft het bedrag van €375 aan eigen risico wel het proces onder een vergrootglas gelegd. En dit kostenbewustzijn is hetgeen waar het eigen risico mede voor was bedoeld, maar een vast bedrag per ziekenhuis bezoek is voor de verzekerde veel transparanter volgens Pino. Dan weet de patiënt precies wat een bezoek gaat kosten en is het helderder dan de huidige werking van het eigen risico. Hiernaast kan de verzekerde op deze manier ook een betere afweging tussen huisarts en ziekenhuis. Door per ziekenhuisbezoek een vast eigen risico te stellen van €150, zal de verzekerde wellicht eerder voor een bezoek aan de huisarts kiezen (Pino, 2015).

IV. Bewustzijn bij de verzekerde

Toch heeft dit laatste ook vooral met bewustzijn van de verzekerde te maken. Pino vindt dat de zorgpartijen in het veld veel kunnen doen aan verduidelijking van het systeem door kleine wijzigingen toe te passen, maar dat er ook meer bewustzijn van de werking van het systeem bij de verzekerde moet komen. Om dit te bereiken ziet ZN voor de partijen een verantwoordelijkheid, en zij zijn al initiatieven gestart om dit bewustzijn bij de verzekerde te vergroten.

Zo heeft ZN samen met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) het project "de Zorgnota" opgezet. Dit is een website met informatie voor de verzekerde over waar de verzekerde bij het gebruik van zorg allemaal op moet letten. De site geeft antwoord op alle vragen die patiënten kunnen hebben wanneer zij gebruik moeten maken van zorg. Dit zijn onder andere vragen over de zorgkosten, de vergoeding van zorg, heen ziekenhuisbezoek, de zorgnota, ziekenhuisbekostiging en de zorgverzekering. Naast publicatie van deze antwoorden op de website www.dezorgnota.nl, zijn er brochures gemaakt met checklists om te controleren of de zorg wordt verzekerd én de antwoorden van de vragen op website zijn in posterformaat onder ziekenhuizen verspreid. Het doel: een groot deel van die vragen die verzekerden hebben vooraf te kunnen tackelen. Het begrip creëren voor ziekenhuiskosten door de kennis bij de verzekerde te vergroten over de manier waarop deze kosten tot stand komen en de werking van het zorgstelsel. Pino is van mening dat alle partijen in het veld een rol hebben om, naast de dingen die zij kunnen doen om het onbegrip bij de verzekerde te verminderen, ook deze verzekerde op zijn eigen rol te wijzen (Pino, 2015).

Volgens Pino gebeurt dit wel door de verschillende zorgpartijen. Zo hebben de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) ook een soortgelijke informatiesite ontwikkeld. De huisarts is vaak het startpunt van een zorgtraject van de patiënt, dus een belangrijk moment om de patiënt dan te wijzen op de regels rondom het eigen risico en eventuele

vergoedingen door de zorgverzekeraar. De website heet dan ook "www.watzegtmijnpolis.nl", en het doel is ook hier om door kennis het begrip van de verzekerde te verhogen.

V. Inkijkportaal

Door verschillende partijen wordt gewerkt aan een zogeheten inkijkportaal. Het idee hierachter is een oplossing te kunnen bieden aan de onduidelijkheid welke nu vaak bestaat rondom de vergoeding van de geleverde zorg. Wanneer de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, wanneer hij geen restitutiepolis heeft maar een naturapolis, dan moet de verzekerde een bepaald percentage van de uiteindelijke factuur zelf betalen. Wat nu vaak het geval is dat verzekerden zich niet bewust zijn van dit verschil tussen zorgaanbieders die wel door de zorgverzekeraar gecontracteerd zijn, en niet.

ZN is opdrachtgever voor de ontwikkeling van een inkijkportaal voor zorgaanbieders, waarmee de aanbieder inzicht krijgt in de vergoeding die de verzekerde krijgt. De zorgaanbieder kan de verzekerde er zodoende op kan wijzen wanneer hij geen contract heeft met die zorgverzekeraar. Dit om te voorkomen dat de verzekerde achteraf met een nota wordt geconfronteerd, waarvan de verzekerde uiteindelijk zelf een bepaald percentage (afhankelijk per zorgverzekeraar (Consumentenbond, z.j.)) moet betalen.

VI. Verschil tussen het DBC- en DOT-systeem

Het DBC-systeem had volgens Pino een voordeel ten opzichte van het DOT-systeem, aangezien toen nog minder behandelingen geclusterd waren tot hetzelfde prijstarief. Binnen het huidige DOT-systeem zijn in die zin de DBC's "ingedikt" tot 4.000 mogelijke behandelcombinaties in plaats van 40.000. Echter, stelt Pino: een DBC was ook alleen maar een prijs met het start- en eindpunt van het zorgtraject met een prijskaartje eraan. Er stond geen nadere informatie bij. De verzekerde moest hierbij zelf gaan terugdenken voor welke behandeling de ziekenhuisrekening zal zijn geweest. En dat brengt Pino tot het grote voordeel van het huidige DOT-systeem. Het mogen dan wel geclusterde behandelcombinaties zijn, bij de uiteindelijke ziekenhuisrekening voor de patiënt zijn in dit systeem wel de onderliggende zorgactiviteiten geregistreerd. ZN is daar nog steeds zeer tevreden over, en het feit dat de verzekerde hier nu inzicht in heeft, scheelt volgens de branchevereniging heel veel voor de inzichtelijkheid van de rekening voor de patiënt.

E. Voordelen van het huidige systeem

Het DBC/DOT systeem is volgens Pino vooral ontwikkeld voor de zorginkoop, de financiering en de bekostiging. Voor de zorginkoop biedt het de mogelijkheid om te zien welke behandeling er mogelijk is bij een bepaalde aandoening. Dus qua informatie voor zorginkoop is dit volgens Pino een goed systeem en voor de inzichtelijkheid van de kwaliteit van de zorg ook. Daar lag ook de focus tijdens de ontwikkeling van het systeem. Daarnaast maakt het systeem de inzichtelijkheid van behandeling groter, want voorheen werden losse verrichtingen geregistreerd, zonder de uiteindelijke diagnose. De vergelijkbaarheid van kwaliteit en de registratie is volgens Pino dus verbeterd met het huidige systeem.

Daarmee is tijdens de ontwikkeling van het systeem dus niet zo zeer gefocust op de transparantie voor de verzekerde. Het systeem wordt nu door de verschillende zorgpartijen aan de achterkant geprobeerd transparanter te maken. Volgens Pino is het ook goed om deze verbetering binnen het systeem te zoeken in

plaats van een heel nieuw systeem op te tuigen. Ieder nieuw systeem zal problemen opleveren in informatievoorziening en uitlegbaarheid. Het huidige systeem op de schop doen leidt volgens Pino tot een ongelooflijke kapitaalvernietiging en om het systeem ook voor de verzekerde een succes te maken moet bij alle stappen die worden gezet worden gekeken hoe het systeem eenvoudiger kan worden. En hiernaast dus een continue nadruk worden gelegd op duidelijke informatievoorzieningen naar de patiënt. Een constante focus op uitlegbaarheid en transparantie, een verandering binnen het eigen risico, en daarna vooral rust houden binnen het systeem is volgens Pino de goede invulling van de komende tijd (Pino, 2015).

F. Samenwerking & draagvlak

Pino spreekt vanuit ZN veel van de ketenpartners bijna dagelijks. Die noodzaak ligt er volgens haar ook; zeker aangezien de veldpartijen een groot gezamenlijk belang hebben: de patiënt/verzekerde moet centraal staan. Iedereen ziet het belang van een grotere transparantie. De samenwerking is goed, ze merkt erg dat de verschillende partijen heel hard bezig zijn om hun verantwoordelijkheid te nemen.

“We doen het, we willen het samen het doen, en omwille van sommige dingen lukt dat niet altijd. En het is ook complex. We hebben afspraken gemaakt (...), ja dat dat nog niet altijd goed loopt, staat los van de intentie dat we dat we de afspraak hebben.”

– Pino, 2015.

Ze stelt op sommige thema's dat de partijen dus nog wat slagen te slaan hebben en te evalueren, maar tegelijkertijd denkt ze ook dat veel problematische aspecten binnen het systeem een kwestie waren van het moeten wennen aan het systeem. Vandaar dat rust binnen het systeem nu heel wenselijk is volgens Zorgverzekeraars Nederland. Door samenwerking en kleine aanpassingen het systeem beter werkbaar en transparanter maken, maar geen grote systeemwijzigingen.

Pino merkt wel een spanningsveld op wat betreft de tijdsplanning van alle processen. Ze stelt dat, juist door de gedeelde belangen, veel verantwoordelijkheid wordt genomen maar dat alle aanpassingen wel moeten passen in de tijdlijn en wat de partijen kunnen. Want soms kunnen dingen niet binnen een bepaalde tijdsspanne. De manier waarop je daar mee om moet gaan is een punt van discussie binnen het veld.

De zorgverzekeraar – ONVZ

Om de problematiek te bezien vanuit het punt van de zorgverzekeraar, is met twee personen van de zorgverzekeraar ONVZ gesproken. Met Mark Bovy, beleidsmedewerker zorg, en bestuurssecretaris en persvoorlichter, Friso de Jong. ONVZ is een middelgrote zorgverzekeraar met circa 465.000 verzekerden. Een manier waarop de zorgverzekeraar zich onderscheid is door slechts restitutiepolissen aan haar verzekerden aan te bieden. De zorgverzekeraar is opgericht in 1933 en heeft momenteel ongeveer 400 medewerkers in dienst (ONVZ, 2015).

A. Oorsprong van de problematiek

Volgens Bovy en de Jong is ten eerste het oorspronkelijke doel van het systeem het zwaartepunt en angel van de voorliggende problematiek. Het hoofddoel van het systeem was de zorginkoop- en bekostiging tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Bij de ontwikkeling van dit systeem is transparantie en de

doorvertaling naar de voor consument begrijpelijke facturen niet als doelstelling gesteld, maar deze eisen zijn achteraf aan de ontwikkeling aan het systeem toegevoegd. Hiernaast schemert door de vragen die door de verzekerden aan de zorgverzekeraar worden gesteld, de maatschappelijk toenemende discussie over solidariteit binnen de Nederlandse maatschappij door. Door een systeem van gemiddelde prijzen betaalt de burger met elkaar, én voor elkaar. Deze “des Nederlandse” solidariteit zit in het systeem verankert, maar bij de vragen die door verzekerden worden gesteld speelt deze solidariteit wel een rol. Waarom moet de verzekerde betalen voor iets dat diegene niet nodig heeft, maar een andere patiënt binnen dezelfde DBC wel? De solidariteit staat in brede zin ter discussie, en binnen dit systeem komen de vragen hierover ook aan de orde (Bovy & de Jong, 2015).

B. Kern van de problematiek

Bovy en de Jong stellen dat zij bij ONVZ veel vragen krijgen over de hoogte van de bedragen. Aangezien de DBC-prijs een gemiddelde is, komt het haast nooit precies overeen met de behandeling die de patiënt in het ziekenhuis heeft genoten. Dit speelt volgens hen een grote rol in het ontstaan van de problemen voor de burger, door het gebruik van het gemiddelden binnen dit systeem. Een DBC is een “verzamelbak” van allerlei verschillende zorgactiviteiten, en uiteindelijk een gemiddelde van wat de zorgvraag zou kunnen zijn. Voor de ene patiënt betekent dit een eenmalig bezoek aan het ziekenhuis, de volgende patiënt komt daarvoor vier keer in het ziekenhuis. Toch betalen zij beiden evenveel, omdat zij binnen hetzelfde DBC vallen (2015).

C. Mogelijke oplossingen en overwegingen hierbij

I. Het eigen risico

De rol van het eigen risico speelt een belangrijke rol binnen de voorliggende problematiek. Voornamelijk door het gestegen eigen risico vinden verzekerden het inzicht in de kosten en de ziekenhuisrekening belangrijk. Bovy en de Jong leggen uit welke werking zij binnen het werk bij ONVZ terugzien van het eigen risico. Ten eerste de gunstige werking van het eigen risico als prikkel om de zorgkosten te remmen. Hiernaast ook het toegenomen belang van inzicht in de zorgkosten voor verzekerden. Vooral wanneer verzekerden hebben gekozen voor een verhoogd eigen risico, willen zij weten hoe de kosten van hun ziekenhuisrekening zijn opgebouwd en welke activiteiten hebben geleid tot welke kosten. Hieruit blijkt dan ook direct de extra controle die dan door de verzekerde op de rekening kan worden gedaan. Wanneer het systeem transparanter wordt, stelt dat de verzekerde in staat mee te kijken of de rekening wel klopt en of er daadwerkelijk een behandeling heeft plaatsgevonden. Voor zorgverzekeraars is dit een positieve bijkomstigheid, gezien het aantal declaraties dat zij jaarlijks binnenkrijgen. Aangezien de verzekerde ook zelf een deel van deze kosten meebetaalt, is deze prikkel tot controle groter dan wanneer de verzekering alles zou vergoeden. Hierbij is echter wel van belang dat de werking van het systeem bekend is bij de patiënt. Als voorbeeld wordt de situatie genoemd waarbij de verzekerde niet herkent dat een behandeling in een bepaalde periode heeft plaatsgevonden. Echter heeft deze datum dan bijvoorbeeld betrekking op de DBC in plaats van de behandeldatum (2015).

Er is volgens Bovy en de Jong verbetering mogelijk in de manier waarop het eigen risico nu wordt verrekend met de verzekerden. De voorkeur zou door hen worden gegeven aan een systematiek waarbij de patiënt niet

het gehele eigen risico na slechts één behandeling in het ziekenhuis kwijt kan zijn. Zo zou een systeem waarbij voor ieder ziekenhuisbezoek een vast bedrag van bijvoorbeeld €100 zou worden gevraagd, volgens hen beter werkbaar zijn. Waar ook nog aan zou kunnen worden gedacht, is een systeem waarbij de inkoopprijs, welke is afgesproken tussen zorgverzekeraar en aanbieder, niet meer leidend is voor de prijs die de verzekerde uiteindelijk moet betalen, maar dat de overheid vaste patiënttarieven instelt. Dan heeft de verzekerde niet te maken met het inkoopproces, maar betaalt iedere patiënt dezelfde vaste, transparante prijzen. Volgens Bovy en de Jong zou dit een groot verschil maken, zonder hiervoor het gehele systeem te wijzigen (2015).

II. Bewustwording & mindset van de verzekerde

Bovy en de Jong zijn van mening dat ook in de bewustwording van de verzekerde verbetering kan worden gebracht. Een voorbeeld hiervan is de kosten van de zorg in Nederland. Veel mensen denken bij de vraag over de zorgkosten van Nederland al snel aan hun eigen zorgpremie die zij betalen, van ongeveer €1200 per persoon. Terwijl dit bedrag eigenlijk per persoon in Nederland op gemiddeld €5000 ligt. Deze bewustwording van de kosten in de zorg is nodig om begrip te krijgen voor de hoogte van de zorgkosten. Hierin zien zij zeker een taak voor zichzelf als zorgverzekeraar om dit duidelijk in beeld te brengen. Echter ligt dit niet alleen bij de zorgverzekeraars, maar bij alle actoren binnen het veld. Hiernaast speelt de solidariteit een grote rol met betrekking tot de mindset van Nederland over de zorgkosten. En om deze mindset te creëren is duidelijkheid en transparantie heel belangrijk (2015).

III. Verschil SEH / HAP

Duidelijkheid voor de verzekerde over de werking van het stelsel en over de keuzes die de verzekerde zelf heeft, kan veel verschil maken in het begrip van de verzekerde wat betreft hun ziekenhuisrekening. Bijvoorbeeld het verschil tussen de SEH en de HAP, en wat dit voor het eigen risico van de verzekerde betekent. Maar, zo wordt gesteld: een heel belangrijk aspect van de werking, naast bewustwording hiervan, is simpelweg de uitvoering vervolgens van de werking van bijvoorbeeld het verschil tussen de SEH en de HAP. Een verzekerde kan nog zo goed weten dat er een financieel verschil bestaat tussen deze twee afdelingen, maar in nood of paniek rijdt een verzekerde toch naar het ziekenhuis, wanneer niet duidelijk is dat een HAP op 500 meter afstand zit. Hier keuzes in maken en vanuit het oog van de verzekerde naar de situatie en uitvoering kijken, is heel belangrijk (Bovy & de Jong, 2015).

IV. Rust in het systeem

Dit punt brengen Bovy en de Jong direct op het volgende benodigde voor de verbetering van het systeem: rust. Ter voorbeeld: Tien jaar geleden waren er geen huisartsenposten, maar draaiden huisartsen avonddiensten. Het is dus iets van de laatste jaren, en de mogelijkheid en het bestaan van huisartsenposten moet logischerwijs acclimatiseren binnen het systeem. En dat heeft jaren nodig. Vaak als iets niet direct loopt zoals bedoeld, is de neiging om eraan te gaan sleutelen om het te verhelpen. Het devies volgens Bovy & de Jong is dergelijke zaken vijf tot tien jaar te geven, en goed te bekijken hoe het zich uit zichzelf ontwikkelt.

Door rust binnen het systeem zou het ook veel beter mogelijk zijn om goede benchmark-informatie te verzamelen. Bij grote wijzigingen binnen het systeem lopen de veldpartijen gevaar om belangrijke

benchmark informatie te verliezen. Met deze verloren benchmark informatie raken de partijen belangrijke data kwijt die tijdens bijvoorbeeld het inkoopproces gebruikt kan worden. Voorbeelden van wijzigingen waarbij deze informatie aan de partijen in het veld ontvielen, welke door Bovy en de Jong worden genoemd zijn bijvoorbeeld de clustering van de DBC-producten in de transitie van het DBC- naar het DOT-stelsel, en de verkorting van de looptijd van DBC-producten. In plaats van de komende jaren voor de huidige problemen direct oplossingen te zoeken in veranderingen, hoopt de zorgverzekeraar nu op systeemrust.

“We verwachten dat het stelsel na slechts een paar jaar volledig werkt. Geef dit stelsel meer tijd en zorg ervoor dat het in balans komt.”

– de Jong, 2015.

D. Verschil tussen het DBC- en DOT-systeem

DOT staat voor “op weg naar transparantie”, maar volgens Bovy en de Jong is de toegenomen transparantie tweeledig. Enerzijds is de transparantie toegenomen, door de toevoeging van zorgpaden en beslisbomen binnen de systematiek. Door deze toevoegingen is het gemakkelijker en inzichtelijker hoe een zorgproduct er uiteindelijk uit komt te zien. Aan de andere kant is het systeem van 50.000 zorgproducten teruggegaan naar 5.000 zorgproducten. Gesteld wordt dat deze samenvoeging voor een compacter geheel heeft gezorgd, maar aan de andere kant betekent dit ook minder keuzemogelijkheden voor de arts en voor de zorgverzekeraars. Ook heeft de introductie van de *grouper* een introductie van een objectieve, maar onzichtelijke factor in het systeem gezorgd (2015).

De overgang naar het DOT-systeem heeft dus een tweeledige werking in de ontwikkeling van een transparanter systeem: voor zorgaanbieder en zorgverzekeraar is het uiteindelijk duidelijker geworden. Het systeem is minder bureaucratisch geworden, de zorgverlener hoeft niet meer zelf te bepalen welk DBC moet worden gerekend, maar de zorgverlener registreert de zorgactiviteiten en de *grouper* berekent vervolgens de DBC-code. Voor de sector is in die zin “op weg naar transparantie” een passende titel. Echter, zo stelen Bovy en de Jong, voor de verzekerde, en de eindgebruiker is het de vraag of ditzelfde geldt. Het zwaartepunt ligt bij de koppeling die gemaakt wordt tussen een systeem dat helpt bij zorginkoop, maar dat niet gemaakt is om voor de communicatie te gebruiken. Echter wordt het hier wel voor ingezet. Deze antithese ligt volgens hen in de kern van het onbegrip van burgers voor het systeem, en dit is in de ontwikkeling van het DBC-systeem naar het DOT-systeem niet direct opgelost (Bovy & de Jong, 2015).

E. Voordelen van het huidige systeem

Bovy en de Jong geven in bovenstaande alinea de voordelen van het huidige systeem. Het is geschikt als systeem om bij de zorginkoop tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te hanteren, en het systeem is door de laatste transitie in 2012 voor zorgverzekeraars overzichtelijker geworden, door de daling van het aantal zorgproducten. Ook is het systeem in hun ogen minder bureaucratisch geworden sinds de omschakeling naar de DOT-systematiek (2015).

F. Samenwerking & draagvlak

Vanuit ZN wordt met de verzekeraars in verschillende commissies deze voorliggende problematiek besproken. ZN koppelt dit vervolgens verder. Hiernaast hebben zij als verzekeraar natuurlijk contact met ziekenhuizen, maar dit vindt vooral tijdens inkoopgesprekken plaats. Ook hier komen de voorliggende zaken aan bod, en tijdens deze gesprekken is volgens Bovy en de Jong te merken dat er weinig verschil zit in de visies op de einddoelen die worden gesteld. Echter heeft iedere partij hierbij wel een eigen blik op de zaak, en instituten als de NZa of VWS zorgen voor een overkoepelende regie op de verschillende visies binnen het zorgveld (Bovy & de Jong, 2015).

Recapitulatie

In dit hoofdstuk zijn de resultaten gepresenteerd zoals zij aan bod zijn gekomen tijdens de interviews. In dit hoofdstuk is bekeken hoe de verschillende veldpartijen aankijken tegen de problemen van de burgers, zoals geconstateerd door de Nationale ombudsman. Welke oorzaken en mogelijke oplossingen zien de veldpartijen hiervoor? Enkele thema's kwamen meerdere keren bij verschillende respondenten terug: ten eerste dat er behoefte aan rust binnen het systeem lijkt te zijn. Hiernaast geven de verschillende respondenten aan dat de wijziging van de DBC- naar de DOT systematiek niet tot fundamenteel andere problemen heeft geleid en dat het eigen risico een grotere rol speelt dan voorafgaand aan dit onderzoek werd gedacht. De geconstateerde problemen van de burgers hangen volgens het conceptueel model zoals gehanteerd in dit hoofdstuk nauw samen met (on)begrip en de solidariteit voor de zorgkosten in het algemeen. In het volgende hoofdstuk zullen deze gepresenteerde resultaten worden gekoppeld aan de begrippen en verwachte verbanden uit het conceptueel model.

Hoofdstuk 5 – Analyse

In dit hoofdstuk zullen de resultaten uit het voorgaande hoofdstuk worden gekoppeld aan de al eerder neergelegde theoretische basis van dit onderzoek. De begrippen uit deze theoretische basis en de manier waarop zij met elkaar samenhangen, zal worden getoetst aan de resultaten die zijn afgeleid uit de interviews. Het uitgangspunt van het onderzoek was dat hoe sterker het wantrouwen is jegens de zorg en de overheid, hoe sterker de afbreuk en een algehele afname van de solidariteit binnen het zorgstelsel zal zijn. In dit hoofdstuk zal duidelijk worden welke oorzaken er door veldpartijen worden gezien voor de problematiek en hoe deze zich verhouden met de kernbegrippen die in dit onderzoek een rol spelen. Met andere woorden: wijzen de veldpartijen ook naar principes als uitlegbaarheid en begrijpelijkheid om het burgerbegrip voor het zorgstelsel te vergroten?

5.1 Toegankelijkheid

Een van de hoofdconclusies van het onderzoek blijkt van toepassing te zijn op de allereerste kernwaarde binnen het conceptueel model: toegankelijkheid. Om transparant naar de burger te kunnen zijn, is er eerst een mogelijkheid tot toegang nodig tot de informatie. Het feit dat dit systeem in eerste instantie niet bedoeld is als een systeem waar de burger mee te maken zou gaan krijgen, is een belangrijke factor geweest in de toegankelijkheid van de ziekenhuisbekostiging. Een systeem dat slechts als een bekostigingssysteem zou functioneren tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar zou worden gebruikt, met al haar ingewikkelde codes en onduidelijke producten (zoals een ziekenhuisrekening), biedt geen goede basis voor een toegankelijk, en dus transparant systeem. De verzekerde zou hier helemaal niet mee in "aanraking" komen, werd gedacht op het moment dat het systeem werd ontwikkeld. Pas toen het systeem al werd gebruikt zijn hier bepaalde andere eisen, zeker wat betreft de inzichtelijkheid voor burgers, aan toegevoegd. Nu de burger wordt geacht een steeds groter deel van de rekening zelf te betalen, én deze te controleren, moet de burger hier wel toe in staat worden gezet. Echter is bij de ontwikkeling van het systeem hier dus geen rekening mee gehouden.

Dit lijkt ook aan te sluiten bij de conclusies van de Nationale ombudsman in zijn rapport over de problemen. Hij haalt in zijn beschouwing voorafgaand aan het rapport, twee punten aan die voor hem ten oorsprong liggen aan de problemen; namelijk het feit dat door het DBC-systeem een complex systeem over de hoofden van burgers heen is ontstaan. Hierdoor ontstaat een spanning tussen de systeemwereld van een organisatie enerzijds en anderzijds de leefwereld van mensen (Nationale ombudsman, 2015). Een tweede punt dat hij aanstipt is de steeds groter geworden financiële belangen van burgers met betrekking tot de zorgkosten die zij maken. Door het feit dat het eigen risico de laatste jaren is gestegen, en volgens de Nationale ombudsman minder behandelingen worden vergoed, voelt de burger de zorgkosten steeds meer. Dit zijn dus niet zo zeer oorzaken van de afzonderlijke problemen, maar meer oorzaken van het feit dat er überhaupt vragen worden gesteld door burgers en klachten worden ingediend. Het feit dat deze toegankelijkheid van meet af aan niet in het systeem is verweven, is biedt een heel belangrijk inzicht in, en begrip voor het ontstaan van de rest van de problematiek.

5.2 Transparantie – uitlegbaarheid & begrijpelijkheid

Het idee achter “het systeem” wordt door meerdere partijen genoemd als basis van de problematiek. Zeker wanneer bijvoorbeeld gekeken wordt naar het onbegrip over de hoogte van de prijzen, wordt dit systeem, waarin gemiddelden nu eenmaal een grote rol spelen, genoemd als grote bron van de problemen. Zonder deze gemiddelden waren de, als disproportioneel hoog ervaren, kosten al geen van de problemen meer geweest. Deze gemiddelde kosten hebben dus betrekking en grote invloed op de uitlegbaarheid en begrijpelijkheid van het systeem. Hoe groter bijvoorbeeld de gemiddelde tariefprijs, hoe minder uitlegbaar en begrijpelijk de kostprijs van de behandeling is. Door een negatieve uitslag van deze factoren, wordt de mogelijkheid van transparantie een stuk kleiner.

Het algemene beeld dat uit de resultaten kan worden afgelezen is dat veel van de problemen die nu spelen, ook al in het DBC-systeem aanwezig waren. Als voorbeeld de gemiddelden bij de tariefprijzen. Dit speelde zowel in het DBC- als in de DOT-systematiek een rol. Wat door verschillende respondenten wel is genoemd, is het “indikken” van de DBC’s in het DOT-systeem. Door het feit dat het aantal codes van 40.000 naar 4.000 is gegaan, zijn binnen het huidige systeem de gemiddelden nog breder geworden. Hiermee lijkt dus in eerste instantie een oplossing geboden aan de toegankelijkheid van het systeem door de vermindering van het aantal DBC-codes, maar is uiteindelijk direct ook een afname in de uitlegbaarheid, begrijpelijkheid en daarmee de transparantie te zien.

Een interessant gegeven bij de overwegingen met betrekking tot de begrijpelijkheid en uitlegbaarheid van de verschillende aspecten van het bekostigingssysteem, is het feit dat de oorspronkelijke indeling van de problemen naar hoeveelheid van meldingen in het klachtenpunt, niet helemaal overeen lijkt te komen met het probleem waarbij het zwaartepunt werd gelegd door de respondenten in de gesprekken. Een kleine recapitulatie: in het meldpunt lag de verdeling van de klachten als volgt:

- Geen inzicht in de kosten vooraf – 10% van de klachten
- Proportioneel hoge kosten – 30% van de klachten
- Onduidelijke zorgnota (+geen gehoor bij klachten) – 50%
- Overig – 10%

De antwoorden van de respondenten tijdens de gesprekken leverde een andere verdeling op. Het zwaartepunt lag hierin meer bij de ervaren disproportioneel hoge kosten van de behandelingen. In drie van de gesprekken werd dit als zwaartepunt van de problematiek aangegeven. Er lijkt hier dus een verschil te bestaan tussen belevingswereld van de burger en patiënt en het perspectief van de zorgprofessional. Natuurlijk is het feit dat deze zorgprofessionals niet direct te maken hebben met de onduidelijke zorgnota’s een mogelijke verklaring voor dit verschil. Het is echter niet ondenkbaar dat dit verschil van invloed is op de uitlegbaarheid en begrijpelijkheid van het systeem van zorgprofessionals naar de burger.

Overigens kan juist door transparantie bepaalde problemen van burgers worden versterkt doordat deze problemen eerder aan het licht komen. Sinds de transitie van het DBC-systeem naar het DOT-systeem zijn bepaalde belangrijke randfactoren veranderd, waardoor de problematiek niet erger, maar wel zichtbaarder is geworden dan voorheen. Hierbij kan worden gedacht aan de verhoging van het eigen risico en het feit dat

patiënten steeds meer eigen keuzes willen maken met betrekking tot hun zorg. Veel van de geïnterviewden stellen dus dat door het nieuwe systeem de problemen niet verergerd zijn, maar dat het systeem niet alleen “op weg naar transparantie” heet, maar zelf ook echt nog op weg naar transparantie is. Er zal geen systeem zijn dat zaligmakend is, ieder systeem kent haar eigen voor- en nadelen. Zo ook het DBC- én het DOT-systeem.

5.3 Burgerbegrip en draagvlak

Tegelijkertijd wordt dit laatste ook een grote rol toegedicht: het feit dat de verzekerde steeds meer zelf moet betalen. Nu het bedrag van het eigen risico steeds hoger is geworden, ligt de noodzaak tot transparantie in de kosten naar de burger toe, vele maten hoger. In de periode dat de rekening van de zorgaanbieder rechtstreeks werd doorgestuurd naar het ziekenfonds, waren er een stuk minder klachten vanuit burgers te horen over de inzichtelijkheid van de kosten. In die zin speelt het eigen risico ook een grote rol in het systeem.

Het burgerbegrip en het draagvlak hangt op deze manier samen met het feit dat men zelf kosten maakt. Echter is dat principe an sich niet het grote punt. De klachten zoals opgenomen in dit onderzoek gaan niet zo zeer over het feit dát zij die kosten moeten maken maar dat zij kosten maken die vervolgens niet inzichtelijk en begrijpelijk zijn, en waar de zorgprofessionals ook vaak geen eenduidig antwoord op kunnen geven. Hieruit blijkt dat voor burgerbegrip de andere kernwaarden cruciaal zijn. Natuurlijk zal de gemiddelde burger liever geen eigen risico hoeven te betalen, maar zolang de benodigde kernwaarden op orde zijn, kan in ieder geval het burgerbegrip worden ontwikkeld. Echter is dit geen onderzoek geweest naar de algemene zienswijze op het eigen risico of het draagvlak hiervoor, dus hier zal verder onderzoek naar moeten worden gedaan.

Waar in het model slechts wordt gesproken over draagvlak onder de bevolking voor het systeem, bestaan onder de verschillende partijen een gezamenlijk draagvlak en bereidheid om de voorliggende problemen het hoofd te bieden. Tussen de partijen bestaan verschillende opvattingen over h^oe deze problemen het best kunnen worden opgelost, maar volgens iedere respondent bestaat het voornemen tussen alle partijen om de burger van zo goed en transparant mogelijke informatie te voorzien. De uitdaging voor de komende tijd lijkt dus vooral het proces op deze manier te kunnen voortzetten, met “alle neuzen dezelfde kant op”, maar met ondanks dat, veel verschillende visies op de juiste weg naar het beoogde doel toe.

5.4 Solidariteit

Uit het onderzoek is niet gebleken dat het verband dat in dit onderzoek is onderzocht juist de tegenoverstelde richting op werkt: namelijk dat solidariteit onder de Nederlandse bevolking dusdanig is gedaald dat patiënten daarom de vragen stellen en klachten hebben. Daarom lijkt het, gelijkwaardig aan de conclusie van Goudswaard uit het theoretisch kader van dit onderzoek, vooral een verschuiving van de aard van de solidariteit te zijn dat wordt veroorzaakt door lage mate van aanwezigheid van de kernwaarden binnen het ziekenhuisbekostigingssysteem. In het theoretisch kader van dit onderzoek is de aard van

solidariteit uitgebreid omschreven. De schaal van Steffen Mau kan op deze casus worden toegepast om een mogelijke verschuiving in de solidariteit aan af te lezen (van der Veen, 2012).

| | |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gegeneraliseerde wederkerigheid | <p>Bij deze wederkerigheid worden geen nadere voorwaarden gesteld aan de wederkerigheid.</p> <p>Door van der Veen genoemd voorbeeld: Algemene Ouderdomswet.</p> |
| Gebalanceerde wederkerigheid | <p>Een balans tussen de inbreng en de uitkomst: hoe meer je inlegt, hoe meer je ontvangt bij deze vorm van wederkerigheid.</p> <p>Door van der Veen genoemd voorbeeld: Werkloosheidsverzekering.</p> |
| Risicowederkerigheid | <p>Hierbij is het sociale vangnet het leidende principe. Wanneer men wordt getroffen door tegenslagen in welke vorm dan ook, bestaat een wederkerigheid die hen kan opvangen.</p> <p>Door van der Veen genoemd voorbeeld: weduwen- en wezenpensioen.</p> |
| Verplichtende wederkerigheid | <p>De naam zegt het al: bij deze vorm van wederkerigheid wordt uitgegaan van een tegenprestatie wanneer men "gebruik maakt" van deze vorm van wederkerigheid. Hier wordt dan ook een tegenprestatie verlangd op basis van de wederkerigheid die geboden wordt.</p> <p>Door van der Veen genoemd voorbeeld: de Nederlandse bijstandswet.</p> |

Tabel 5.1 - Verschillende vormen van wederkerigheid, afgeleid van de schaal van de Duitse socioloog Steffen Mau. Van der Veen, 2012.

Er lijkt sprake te zijn van een verschuiving van de aard van de solidariteit, afhankelijk van de mate waarop de kernwaarden terugkomen in het systeem. Ter concretisering: wanneer de zorggebruiker een duidelijke nota krijgt, met herleidbare bedragen, en goede uitleg over de werking van het systeem en wanneer diegene bij vragen goed te woord wordt gestaan door de zorgverzekeraar, lijkt er over het algemeen sprake te zijn van een gegeneraliseerde wederkerigheid. Hierbij worden weinig tot geen eisen gesteld aan de wederkerigheid binnen het systeem. Zijn deze kernwaarden niet op orde binnen het systeem, lijkt snel de gedachte te zijn

“voor de gek te worden gehouden” door het systeem en voelt de solidariteit binnen het systeem al snel als een verplichte wederkerigheid, waarbij iedereen voor elkaar betaalt, maar vervolgens een tegenprestatie wordt verlangd op het moment dat de zorggebruiker zélf gebruik maakt van de zorg.

In principe is voor de werking van het systeem de opvatting van de burger niet zo zeer van belang; wettelijk is vastgelegd dat iedereen zich dient te verzekeren voor zorgkosten middels een basisverzekering en zo ontstaat er in feite een “wettelijke solidariteit”. Voor de legitimiteit van het systeem is de aard van de solidariteit echter wel een belangwekkend punt.

5.5 Mogelijke oplossingen

Aangezien dit onderzoek niet alleen aandacht zou besteden aan het ontstaan van de problemen, maar ook aan de mogelijke oplossingen voor de verschillende problemen wordt in deze paragraaf een overzicht gegeven van de genoemde oplossingen. Hierbij moet in gedachten worden gehouden dat veel gesteld is dat de mogelijke oplossingen zeker niet eenduidig zijn en dat vaak achter iedere genoemde oplossing een nadeel schuilt. Daarom zal onderstaand overzicht als discussiestuk kunnen dienen bij volgende bijeenkomsten van de verschillende veldpartijen.

Waar overigens consensus over lijkt te zijn, is het behoud van het huidige systeem. Ook al kent dit systeem kennelijk bepaalde kenmerken waardoor er onduidelijkheid bij de burger kan ontstaan, is een totaal nieuw systeem voor geen van de gesproken respondenten een beter alternatief van het huidige systeem. Dit brengt ons vervolgens tot de genoemde maatregelen of veranderingen welke zijn genoemd door de respondenten waar zij wél een oplossing in zien.

| <u>Biedt oplossing aan:</u> | <u>Genoemde oplossing:</u> | <u>Toelichting:</u> | <u>Uitvoering?</u> | <u>Verdere ambitie/dilemma's?</u> |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Als disproportioneel hoog ervaren kosten van behandeling. | Prijscategorieën variëren binnen DBC's. | Binnen de verschillende DBC-producten, meerdere prijscategorieën toevoegen. Hierdoor leidt de prijs van de behandeling logischer af van de geleverde zorg. | Op 1 januari wordt de tariefopbouw voor trauma's op deze wijze wordt ingevoerd. | Naast de doorvoering in de "trauma" DBC's, ook verder doorvoeren bij andere afdelingen. Wellicht nog meer categorieën hieraan toevoegen. Uitvoeringsvraag: gaan we hierbij niet terug naar het DBC- |

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | systeem met haast ontelbare tarieven? |
| Als disproportioneel hoog ervaren kosten van behandeling, vooraf geen inzicht in kosten van behandeling. | Duidelijker verschil tussen HAP en SEH. | Veel vragen komen van patiënten die hun volledige eigen risico kwijt zijn, terwijl zij bij de HAP niets waren kwijt geweest. | Voorkom dat deze mensen op de SEH terechtkomen óf Trek de financiering van de SEH gelijk aan die van de HAP, zodat mensen met kleine behandeling op beide locaties terecht kunnen. | Hier moet over na worden gedacht. De vraag is of het gewenst is dat voor de HAP ook een eigen risico moet worden gevraagd, of voor de SEH niet bij bepaalde lichte behandelingen. |
| Geen gehoor bij vragen of klachten, onduidelijke zorgnota. | Betere communicatie naar de patiënt na de behandeling. | Om de nota's te verduidelijken, ook alle handelingen op de nota vermelden. | Achteraf aan het bepalen van de DBC (dat door de <i>grouper</i> op basis van de verrichtingen wordt gedaan), deze ook vermelden op de nota. | Dit zou, in verband met extra regeldruk voor artsen, niet dubbel hoeven gebeuren dus de vraag is of het huidige <i>grouper</i> -systeem hiertoe in staat is. Hiernaast zijn de verrichtingen zoals geregistreerd niet begrijpelijk voor de patiënt. Deze moeten wellicht worden "vertaald", maar door wie? |
| Onduidelijke zorgnota, als disproportioneel hoog ervaren kosten van behandeling. | Inzichtelijkheid zorgactiviteiten. | Zorgverzekeraars worden verplicht om aan de patiënt inzichtelijk te maken welke zorgactiviteiten voor | Dit is nu alleen verplicht voor zorgaanbieders naar zorgverzekeraars. Straks ook voor | Door deze maatregel kunnen burgers echt goed in een controlerende rol worden gezet. Uitwerkingsvraag: zijn |

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | het uiteindelijke bedrag op de zorgnota hebben geleid. | zorgverzekeraars om deze gegevens in de "mijn-omgeving" te plaatsen van de verzekerden. | de zorgactiviteiten ook begrijpelijk voor de burger? |
| Vooraf geen inzicht in kosten van behandeling. | Meer aandacht in de verschillende trajecten van de patiënt voor kosten. | Zowel huisarts, als verzekeraar, als ziekenhuis kunnen meer begeleiding geven aan patiënten wanneer het gaat om kosten en gecontracteerde zorgaanbieders. | Hier rekening bij houden tijdens verwijzen, behandelplan en declaratiemoment. | Uitwerkingsvraag: Hoe kan dit gestimuleerd worden zodat de betrokken partijen meer geneigd zijn om hier informatie over te verstrekken? |
| Onduidelijke zorgnota, als disproportioneel hoog ervaren kosten van behandeling. | In het verlengde van bovenstaande oplossing: inzichtportaal voor zorgaanbieders. | Hiermee kan de aanbieder inzicht krijgen in de vergoeding die de verzekerde krijgt. De zorgaanbieder kan de verzekerde er zodoende op wijzen wanneer hij geen contract heeft met die zorgverzekeraar. | Hier wordt op dit moment aan gewerkt. | Verzekerden zijn zich niet bewust zijn van het verschil tussen zorgaanbieders die wel door de zorgverzekeraar gecontracteerd zijn, en niet-gecontracteerde aanbieders. Dilemma: Is het de taak van de zorgaanbieder hierop te wijzen? Waar ligt de verantwoordelijkheid van de patiënt en de verzekeraar? |
| Vooraf geen inzicht in kosten van behandeling. | Gelijktrekken ICD-10 codes. | Op dit moment heeft iedere specialist een eigen prijslijst voor de behandelingen die zij uitvoeren. Behandelingen kunnen dus | Door het gelijktrekken van deze codes kunnen burgers niet voor dezelfde zorgvraag, een ander tarief | Uitwerkingsvraag: Hoe werkt dit wanneer een deel van de specialisten in loondienst zijn bij het ziekenhuis, en een |

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | overeenkomen, maar hier kunnen door verschillende specialisten verschillende prijzen voor worden gevraagd. | voorgescheteld krijgen wanneer zij naar verschillende specialisten gaan voor dezelfde behandeling. | ander deel niet? |
| Als disproportioneel hoog ervaren kosten van behandeling. | Herijken clusters middel ambulant. | Er is gekeken naar welke handelingen en andere oorzaken er zijn waardoor een lichte behandeling in plaats van in een licht zorgproduct in een hoger product van terecht komt. | Door te kijken of dit wel redelijk is, komt een lichte ingreep niet onterecht door één injectie in een hoger product. | Uitwerkingsvraag: Kan dit ook bij andere clusters? Wat is de verhouding tussen deze maatregel en de extra prijs categorieën zoals in de eerst genoemde oplossing? |
| Elk van de vier problemen. | Bewustzijn bij de burger. | Het bewustzijn van de burger mag op verschillende punten worden aangepast. Door verschillende partijen worden websites en folders gemaakt waarop staat waar patiënten op moeten letten wanneer zij van zorg gebruik maken. | Over de praktische zaken is de burger te informeren, maar ook het "grotere plaatje". De kosten van de gezondheidszorg, het belang van solidariteit. Is dit uit te leggen? | Uitwerkingsvraag: Hoe kan bewustzijn worden verhoogd bij burgers die, wanneer zij niets met zorg te maken hebben, geen interesse in het systeem hebben, en wanneer burgers wel zorg nodig hebben, zich ook niet op het systeem moeten willen richten, maar enkel op hun genezingsproces en behandeling? |
| Elk van de vier problemen. | Nadere maatregelen vanuit overheid. | Wanneer partijen niet genoeg ambitie tonen om tegemoet te komen aan de voorliggende problemen, kunnen | Dit kunnen bijvoorbeeld boetes voor individuele zorgverzekeraars of zorgaanbieders | |

| | | | | |
|---------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| | | vanuit de overheid nadere maatregelen worden genomen. | zijn. | |
| Elk van de vier problemen | Rust in het systeem | Alle partijen stellen het belang van behoud van het huidige systeem en rust hierbinnen als oplossing. | Partijen stellen door (bovenstaande) wijzigingen binnen het systeem al veel van de problemen te kunnen aanpakken. Daar is echter wel verdere rust in het systeem voor nodig. | Uitwerkingsvraag: wat is de goede verhouding tussen kleine wijzigingen en systeemrust? |

Tabel 5.2 Genoemde mogelijke verbeteringen binnen het systeem

Eigen risico

Het eigen risico bleek, zo kwam naar voren tijdens de interviews met de respondenten, een zeer grote rol te spelen binnen de voorliggende problematiek. Een van de redenen hiervan is dat het eigen risico zowel ten grondslag ligt aan de problemen, maar ook als mogelijke oplossing voor de problemen kan worden gezien. Hoe deze beide "taken" aan het eigen risico toe kunnen worden bedeed, is als volgt:

Iedere respondent heeft de aanwezigheid van het eigen risico benoemd als reden dat verzekerden de laatste tijd kritischer zijn gaan kijken naar de rekeningen en declaraties van geleverde zorg. Dit is een vanuit de overheid gewenst effect. Door de verzekerde zelf een deel te laten meebetalen aan de zorgkosten, is de stimulans dit ook daadwerkelijk te doen veel groter geworden. Echter, doordat verzekerden dit inzicht kregen in de kosten, en de inzichtelijkheid hiervoor een stuk is verhoogd, heeft de patiënt te maken gekregen met de, in eerste instantie, niet voor de patiënt bedoelde systematiek. Door deze inzichtelijkheid, maar onvoldoende duidelijk- en doorgrondbaarheid van deze cijfers en gegevens, zijn patiënten veel meer vragen gaan stellen over wat zij op hun ziekenhuisrekening zagen staan. Hier kunnen de vier problemen zoals genoemd door de Nationale ombudsman ook aan worden ontleend.

Tot zoverre het eigen risico als medeoorzaak van de problematiek. Echter kan ook juist dit eigen risico worden gebruikt als instrument om de deze problemen te verminderen. Geen van de respondenten vond het namelijk een geoorloofd doel om het eigen risico af te schaffen, om zo de problematiek te vermijden. Het doel van het eigen risico reikt verder dan controle-instrument voor de burger. Het eigen risico heeft bijvoorbeeld ook een gewenste remmende prikkel op zorggebruik. Geen van de respondenten vond het

afschaffen van dit middel, om klachten en vragen van de burgers tegen te gaan, opwegen tegen de verdere werking van het instrument.

Wel zijn verschillende mogelijkheden genoemd waardoor het eigen risico tot minder problemen kan leiden:

1. Licht mensen beter in over het verhogen van het vrijwillig eigen risico. Het standaard eigen risico staat op €375, maar verzekerden kunnen dit vrijwillig ophogen, in ruil voor een lagere maandelijkse zorgpremie. Echter blijkt toch dat niet iedere verzekerde zich realiseert wat het betekent wanneer men dan een zware behandeling moet ondergaan, waardoor men in één keer het eigen risico kwijt kan zijn. Dit kan oplopen tot een bedrag van €875, wanneer men heeft gekozen voor het maximale vrijwillige eigen risico van €500, bovenop het verplichte bedrag. Door hier actiever voor te waarschuwen kan een deel van de problemen weggenomen worden. Verzekerden moeten beseffen dat hier alleen voor gekozen kan worden wanneer dit bedrag, in geval het nodig is, geen problemen zal opleveren.
2. Ook de manier van betaling zou een groot verschil kunnen betekenen wat betreft de problemen van de verzekerden. Wat bijvoorbeeld is genoemd is het gespreid berekenen van het eigen risico. Ter voorbeeld: wanneer nu iemand bijvoorbeeld een behandeling in het ziekenhuis moet ondergaan van €1500, is die persoon in één klap het eigen risico van minimaal €375, maximaal €875 kwijt. Als alternatief kan dit eigen risico gespreid worden verrekend aan de patiënt. Dit zou betekenen dat verzekerden bij een eerste keer in het ziekenhuis €50 eigen risico betalen, en bij hierop volgende keren €100 per bezoek. Dit kan ervoor zorgen dat de bedragen als minder disproportioneel overkomen bij de verzekerde.
 - a. Hierbij zou zelfs kunnen worden gesteld dat er gekozen zou kunnen worden om de hoogte van deze bedragen op een bepaalde wijze "normatief" vast kunnen stellen, waardoor bij kleine behandelingen dit op een minder groot bedrag uit zou komen dan bij zwaardere behandelingen.

Hoofdstuk 6 – Conclusie

6.1 Conclusies

In dit onderzoek stond de totstandkoming van de ziekenhuisrekening centraal. Deze casus biedt de handvatten om onderzoek te doen naar de problematiek van het onbegrip van de burger ten opzichte van het ziekenhuisbekostigingssysteem.

De hoofdvraag in deze scriptie luidde als volgt:

Wat zijn de oorzaken en mogelijke oplossingen voor de ervaren problemen van burgers omtrent ziekenhuisrekeningen en welke rol spelen de verschillende veldpartijen hierbij?

De invloedrijke partijen binnen deze casus zijn de betrokken overheidsinstanties, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en uiteraard de patiënten(verenigingen). Bij de totstandkoming van de ziekenhuisrekening zijn alle invloedrijke partijen in het ziekenhuisbekostigingssysteem betrokken. Patiëntenorganisaties werken op het snijvlak tussen de veldpartijen en de burger. Dit overzicht van betrokken partijen levert het inzicht dat de belevingswereld van de burger in beperkte mate betrokken is in het ziekenhuisbekostigingssysteem. Het gebrek aan transparantie en toegankelijkheid leidt tot onbegrip van de burger en een gebrek aan draagvlak en zodanig tot een gereduceerde solidariteit.

Voor de burger leidt tot een vermindering van vertrouwen in de zorg. Het ziekenhuis boet in aan efficiëntie omdat er teveel tijd omgaat in de uitleg van de complexiteit van het systeem. Deze impact is voelbaar van de klantenservice tot aan de arts aan het bed. "De zorgverzekeraar" wordt door de burger gezien als onbetrouwbaar. De solidariteit is binnen het stelsel is op zoveel manieren gewaarborgd door verschillende regels, dat er sprake is van "koude solidariteit", waarbij mensen niet daadwerkelijk barmhartige gevoelens jegens anderen hebben om bij te dragen aan de zorgkosten van anderen in de samenleving. In die zin kan worden afgevraagd waarom de solidariteit zo belangrijk is binnen een stelsel waarbij de solidariteit in feite wettelijk is "vastgelegd". Toch is er een aspect waardoor niet licht over deze vraag kan worden gedacht. Solidariteit biedt niet alleen een basis voor het opdragen van de kosten binnen het stelsel, maar biedt ook de legitimiteit hiervan.

Oorzaken

In dit onderzoek zijn de oorzaken en mogelijke oplossingen van dit probleem onderzocht. De belangrijkste oorzaak is dat de kernwaarden die nodig zijn om burgerbegrip en daarmee solidariteit te creëren niet aanwezig waren bij de ontwikkeling en implementatie van het DBC-systeem. Bij de opzet van het systeem was er niet de intentie om burgers te betrekken. Het systeem was simpel gezegd nooit voor burgers bedoeld. Hierdoor is er vanaf het begin af aan geen ontwikkeling geweest in de solidariteit. Een tweede oorzaak is de rol van de burger zelf en het onderscheid tussen de burger en de patiënt. Burgers die geen zorg gebruiken, kunnen moeilijk worden geïnteresseerd voor de bekostiging van de gezondheidszorg. Burgers die wel zorg nodig hebben, willen er vanwege hun omstandigheden zo weinig mogelijk mee te maken hebben en slechts met de zorg bezig zijn. Zij willen alleen beter worden. De bal voor het kweken van burgerbegrip en draagvlak voor de bekostiging ligt daarom volledig bij de verschillende veldpartijen. De burgers kunnen niet bijdragen aan het creëren van transparantie en toegankelijkheid. Zij worden pas met het systeem geconfronteerd op

het moment dat er al burgerbegrip en draagvlak er in feite al zou moeten zijn voor het behoud van de solidariteit.

Aan de derde oorzaak liggen de institutionele randvoorwaarden en technische voorwaarden ten grondslag. Deze aspecten hebben grote invloed op het systeem. De belangrijkste voorwaarde om aan de kernwaarden te voldoen lijkt nu rust binnen het systeem. Als aan de kernwaarden wordt voldaan kan het burgerbegrip en de draagvlak groeien, wat zal leiden tot solidariteit. Ambities om de huidige "flaws" van het systeem zo snel mogelijk op te lossen, schuurt met een goede uitvoer van de instanties en zet de kernwaarden onder druk. De overstap van DBC naar het SOT-systeem kwam terug als concreet voorbeeld hiervan, waardoor er zeker voordelen zijn behaald, maar waardoor ook de verandering zorgde voor bijvoorbeeld het verlies aan benchmarkinformatie.

Oplossingen

De oplossingen zijn niet zo eenduidig als het lijkt. De tendens lijkt te zijn dat er voor ieder probleem dat opkomt direct een oplossing beschikbaar moet zijn. In praktijk, leiden deze ad-hoc oplossingen vaak tot andere problemen. De korte termijn heeft de bovenhand op de lange termijn in deze problematiek wat de solidariteit op lange termijn onder druk zet. De oplossingen die in deze scriptie aan het bod komen zijn gericht op de lange termijn.

Een van de oplossingen is al deels in gang gezet. De werkgroep "Kostenbewustzijn in de zorg" heeft ervoor gezorgd dat de betrokken partijen al met elkaar om tafel zijn gaan zitten. Samenwerking speelt een sleutelrol in deze casus en was zelfs al in grote mate aanwezig al voordat de kritische conclusies van de Nationale ombudsman werden gepresenteerd. Het zal de transparantie en de toegankelijkheid ten goede komen als iedereen zelfs bij de kleinste wijzigingen wordt betrokken, om zo alle uitkomsten, voor- en nadelen van de voorgenomen wijzigingen met alle betrokken partijen te bespreken. Transparantie en overzicht op het gehele systeem zorgt voor meer rust in het systeem. De samenwerking zorgt daarnaast voor een zekere mate van controle. Het mag niet uitgesloten worden dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen gebaat kunnen zijn bij beperkingen op transparantie en toegankelijkheid. Samenwerking biedt de waarborging om deze beperkingen te minimaliseren. Het overleg tussen de partijen is continue doordat zij allen betrokken zijn bij de totstandkoming bij ziekenhuisrekening. Deze samenwerking biedt een vruchtbare ondergrond om de ambitie voor de toename van burgerbegrip, draagvlak en daarmee de solidariteit voor het bekostigingssysteem te vergroten en te versterken door het bundelen van deze ambitie.

De oplossingen op de lange termijn moeten worden gericht op het verhogen van de toegankelijkheid en de toename van transparantie. De transparantie valt uiteen in de toegankelijkheid, begrijpbaarheid en de uitlegbaarheid van de bekostiging van ziekenhuizen. De verantwoordelijkheid ligt hiervoor bij de betrokken veldpartijen. Hierna is de burger aan zet. Patiëntenorganisaties werken op het snijvlak tussen de veldpartijen en de burger en zouden een centrale positie in het systeem moeten krijgen en hebben een grote verantwoordelijkheid om de burger hier bij de hand te nemen. De rol van de burger hierbij is van belang. Om het systeem een kans te geven, lijkt nuance onder de opvatting over "de zorg" nodig. Mensen moeten het voor een deel ook willen begrijpen. Eén conclusie die kan worden getrokken is dat het zorg systeem een

dusdanige complexiteit kent, waardoor heel veel aspecten goed lopen, maar ook veel problemen bestaan waar simpelweg geen snelle oplossing voor is. Onderzoekers, volksvertegenwoordigers, partijen uit het veld en de media hebben een grote verantwoordelijkheid om deze complexiteit over te brengen.

Het systeem zal altijd belemmerd worden door deze complexiteit, dus zal er nooit een optimale ontwikkeling zijn van burgerbegrip en draagvlak en daarmee de solidariteit. In de analyse van de resultaten is al gesteld dat de aanwezigheid van de kernwaarden waarschijnlijk niet zo zeer van invloed zijn op de mate van solidariteit, maar vooral op de aard van de solidariteit. Er bestaat een groot verschil tussen solidariteit waar men allerlei voorwaarden en regels aan stelt, en solidariteit waar geen enkele voorwaarde achter zit. In deze werkelijkheid moeten de experts een leidende rol pakken om de burger of patiënt bij de hand te nemen en het systeem transparant en toegankelijk te maken. Hier mag niet lichtvoetig over worden gedacht. De (gegeneraliseerde) solidariteit is gewaarborgd bij lange termijn beleid en een breed draagvlak onder de verschillende veldpartijen. Draagvlak bij de veldpartijen is hiervoor aanwezig en bijna alle neuzen staan veel dezelfde kans op. Solidariteit als fundament van een systeem is een kostbaar goed in de wereld. De maatschappij is het aan zichzelf verplicht om met elkaar te zorgen voor het behoud van deze vorm van solidariteit.

6.2 Aanbevelingen

Vanuit deze conclusies kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan:

1. Rust binnen het systeem

Om de eerste aanbeveling van dit onderzoek te introduceren, kan de oud-President van de Algemene Rekenkamer worden aangehaald, met de woorden die zij sprak tijdens de aanbidding van het verantwoordingsonderzoek over het jaar 2014. Hier sprak zij als volgt:

Het motto dat wij de Kamer en het kabinet dit jaar met enige klem willen meegeven is: "tijd voor uitvoering". Wij bedoelen dat in een dubbele betekenis. Neem als politici de tijd voor uitvoering, want bij de uitvoering ligt op dit moment de kernopgave, niet alleen voor de uitvoerders, maar in onze ogen juist ook voor de politiek. (...) Op nogal wat plekken constateren wij fricties tussen politieke ambities en de beschikbare tijd, mensen en middelen om die ambities goed te kunnen uitvoeren." (Stuiveling, 2015).

Deze aanbeveling van de oud-President van de Algemene Rekenkamer kan haast één op één als aanbeveling worden overgenomen voor dit onderzoek, echter is de aanbeveling van dit onderzoek op een wijder publiek gericht. Naast de technische aspecten die aan bod moeten komen om het systeem meer uitlegbaar, begrijpelijker en transparant te maken, vragen veel partijen binnen het zorgveld om rust binnen het systeem om ook tijd te hebben om eventuele problemen op eigen manier aan te pakken, in plaats van ingrijpende wijzigingen.

2. Behoud van samenwerking

Uit de gesprekken bleek dat zelfs voorafgaand aan de kritische conclusies van de Nationale ombudsman, dat er binnen het veld al veel samenwerking plaatsvond om de problemen, onder andere die van burgers met

ziekenhuisrekeningen, gezamenlijk op te lossen. Samenwerking lijkt een sleutelrol te spelen in de casus. Temeer omdat is aangegeven dat een deel van de problematiek dan ook is ontstaan uit het niet op juiste manier oppakken van taken binnen het systeem. Communicatie en samenwerking hierbinnen is dus cruciaal. Het behoud van deze samenwerking ook, en zeker met partijen als VWS en de NZa als overkoepelende partij hierbinnen.

3. Doorlichting van het eigen risico

Een volgende aanbeveling naar aanleiding van dit onderzoek is verdergaand onderzoek naar de werking van het eigen risico. Uit de gesprekken bleek de werking van dit instrument ontzettend belangrijk te zijn in de beleving van patiënten. Burgers zijn steeds meer gaan merken van de kosten die zij maken bij het gebruikmaken van zorg: terwijl zij eerst niets van deze declaraties meekregen ten tijde van de ziekenfondsen, betalen zij nu een deel mee van de zorgkosten door eigen bijdragen en vooral het eigen risico. Door deze verandering is het steeds belangrijker geworden om zowel voorafgaand aan – als achteraf op de factuur-goed inzicht te hebben in de kosten van een behandeling. Door de tweeledigheid van de werking van dit instrument is dit een lastige discussie: enerzijds wil men dat deze extra controle door de verzekerde wordt gedaan, anderzijds leidt dit dus kennelijk tot veel vragen en klachten. Ook verdere gevolgen van het eigen risico zoals gewenste én ongewenste zorgmijding, zijn een belangrijke afweging waard.

4. Beperking tot kleine reparaties binnen het systeem

Geen van de partijen stelde een systeemwijziging te wensen om de problemen het hoofd te bieden. Ieder nieuw systeem zal eigen problemen en negatieve kanten kennen. Een systeem van een dergelijke mate van complexiteit heeft dan ook tijd nodig om zichzelf te verbeteren. Iedere respondent gaf aan dat zij mogelijkheid zien van verbetering van de huidige situatie, dan wel het geheel oplossen van de problemen door kleine reparaties binnen het systeem. Boven grote stelselwijzigingen heeft dit binnen het veld dan ook de absolute voorkeur.

5. Neem de burger bij de hand

Er ligt een grote verantwoordelijkheid bij zowel de veldpartijen, als de overheid, als patiëntenverenigingen om de burger bij de hand te nemen wanneer hij zich door het complexe systeem van zorgbesteding moet begeven. Vooral patiëntenorganisaties kunnen hier een cruciale rol in spelen. Aandacht hierbij kan worden besteed aan de verschillende stijlen betrokkenheid die door de WRR zijn onderscheiden (pagina 19). Een burger met de verantwoordelijke stijl, die waarschijnlijk zelf actief toegang zoekt tot informatie, zal heel anders tegen het zorgstelsel aankijken dan de burger met de kritische stijl. Voor elk van de vier stijlen betrokkenheid is informatie over de werking en financiering van het systeem van belang, zeker in een afhankelijke positie wanneer gebruik moet worden gemaakt van zorg. Het is echter belangrijk in het hoofd te houden dat niet iedere burger actief toegang zoekt tot het systeem, maar dat ook veel burgers hiertoe moeten worden uitgenodigd.

6.3 Reflectie

In dit onderzoek is het begrip transparantie ontleed. Waar transparantie veel wordt gezien als remedie tegen tal aan maatschappelijke en bestuurlijke problemen, heeft in dit onderzoek het begrip een meer verklarende "instrumentele" rol gekregen. Het begrip is minder betoverend gemaakt. In die zin kan de volgende vergelijking worden gemaakt: in de begripsomschrijving werd gesteld dat transparantie de maatschappelijke multivitamine is. Waar multivitaminen worden gebruikt voor een groter, meer algemeen doel, namelijk een betere gezondheid, kan transparantie in deze context gezien worden als een ingrediënt voor het recept van de invulling van ook een "hoger doel": solidariteit. Op deze manier is het begrip enigszins ontmaskerd als begrip dat zou moeten worden gebruikt als einddoel. Het is een goed instrument om een ander uiteindelijk doel mee te bereiken.

Hiernaast moet hier aandacht worden besteed aan de uitvoering van het onderzoek. Waar het onderzoek een mate van validiteit uit ontleende, namelijk uit het feit dat vooral is gekeken naar de partijen die zich al op het vraagstuk van het bekostigingssysteem hadden gericht, kan ook juist worden gesteld dat hierdoor wellicht een belangrijke partij is vergeten. Ook zijn de onderzoeksresultaten van de interviews slechts door één persoon geanalyseerd, meerdere analyses zouden een bijdrage kunnen leveren aan de betrouwbaarheid van dit onderzoek.

Tot slot een uitnodiging tot vervolgonderzoek. Een dergelijk onderzoek is nodig naar de rol van de burger. In feite is in dit onderzoek namelijk de helft van het onderzoek nog maar uitgevoerd: er is uitvoerig bestudeerd hoe door de overheid en de veldpartijen het beste kan worden gehandeld om de problemen het hoofd te bieden, maar hierbij is nog niet gekeken naar het "willen begrijpen" van de burger. Dit is nog van belang aangezien ook in de conclusie wordt gesteld dat er ook een mate van verantwoordelijkheid bij de burger ligt om open te staan voor de werking (en voor de negatieve kanten van het systeem, maar ook de positieve mogelijkheden door het systeem). Burgerbegrip en het stimuleren van burgerbegrip is daarom nog een belangrijk aspect waar in vervolgonderzoek aandacht aan zou moeten worden besteed. Dit onderzoek zou een waardevolle toevoeging aan dit onderzoek betekenen, hierbij zou ook zeker aandacht moeten worden besteed aan de verschillende stijlen van betrokkenheid onder burgers van de WRR, en de manier waarop deze stijlen van elkaar verschillen in het vormen van burgerbegrip en draagvlak voor het zorgstelsel en bekostigingssysteem.

Ook is de verschuiving van de aard van solidariteit nog een interessante basis voor verder onderzoek. Waar dit onderzoek concludeert dat de solidariteit niet zo zeer afneemt, maar waarschijnlijk vooral verandert van aard bij een gebrek of tekort aan de kernwaarden binnen het systeem, is het interessant om te bezien of deze verschuiving ook op andere delen binnen de samenleving plaatsvindt. Nederland wordt veel gezien als solidair land, hoe komt deze solidariteit op andere thema's tot uiting?

Literatuur

- de Algemene Rekenkamer. (2014). *Transparantie ziekenhuisuitgaven*. Den Haag: de Algemene Rekenkamer.
- Arnold, D. O. (1970). Dimensional sampling: An approach for studying a small number of cases. *The American Sociologist*, 147-150.
- Baarda, D. B., & DE GOEDE, M. (1997). en TEUNISSEN, J. *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*.
- de Beer, P. (2012). Solidariteit onder druk. *Socialisme en Democratie*, 69(7/8), 30-38.
- Berger, L. (2013, 4 oktober). Hoe 'transparantie' het antwoord op alles werd. *De Correspondent*. Ontleend aan:<https://decorrespondent.nl/13/Hoe-transparantie-het-antwoord-op-alles-werd/724288422-2672c0f>
- Boot, J.M. (2013). *De Nederlandse Gezondheidszorg*. Houten: Bon Stafleu van Loghum.
- Brake, H. T., Verheij, R., Abrahamse, H., & Bakker, D. D. (2007). Bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de stelselwijziging. Monitor 2006. NIVEL.
- Buijsen, M. A. J. M., Donk, W., & van Gestel, N. M. (2007). *Marktwerking versus solidariteit? Op zoek naar nieuwe evenwichten in de publieke dienstverlening*. [Nijmegen]: Valkhof Pers.
- Caris, J. (2007). *Zorg Bedrijven*. (17-21) Houten: Bon Stafleu van Loghum.
- Centraal Planbureau. (2013). De prijs van gelijke zorg. [Policy brief 2013/01]. Ontleend aan: <http://www.cpb.nl/persbericht/3212718/solidariteit-in-de-zorg-onder-druk>.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). *Zorgrekeningen; uitgaven (in lopende en constante prijzen) en financiering*. Ontleend aan: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71914NE D&D1=0-23,37-45&D2=9-I&HD=101210-0925&HDR=G1&STB=T>, geraadpleegd op 9 april 2015.
- Collins, P., & Byrne, L. (Eds.). (2004). *Reinventing Government Again*. Social Market Foundation.
- DBC-Onderhoud. [Interview Waterreus] (29 05 2015).
- Dekker, W. (2013). Zorgautoriteit onderzoekt hoge declaraties na 'oorsmeer-gate'. Ontleend aan: <http://www.volkskrant.nl/dossier-zorg/zorgautoriteit-onderzoekt-hoge-declaraties-na-oorsmeer-gate~a3379464/>.
- Dunleavy et al., (2005). New Public Management Is Dead – Long Live Digital-Era Governance. *Journal of Public Administration Research and Theory Advance Access*.
- Duyvendak, W.G.J. en M. Hurenkamp (2004) *Kiezen voor de kudde. Lichte gemeenschappen en de nieuwe meerderheid*, Amsterdam: Van Genneep.
- Erasmus Medisch Centrum. (z.j.). Spoedeisende Hulp – Algemene informatie. Ontleend aan: <http://www.erasmusmc.nl/spoedeisendehulp/praktisch/algemeen/>.

- Gfk. (2015). TRUST COMPASS ONDERZOEK: DRIE VAN DE TIEN NEDERLANDERS VERTROUWT ZORGVERZEKERAARS NIET. Ontleend aan: <https://www.gfk.com/nl/news-and-events/press-room/press-releases/paginas/trust-compass-onderzoek-drie-van-de-tien-nederlanders-vertroamt-zorgverzekeraars-niet.aspx>
- Grimmelikhuijsen, S. (2013). Meer openbaarheid, meer vertrouwen? *Beleid en Maatschappij*, 40, 4.
- Goudswaard, K. (2002). Naar een houdbaar sociaal stelsel. *Openbare Uitgaven*, 34, 12.
- Hak, T. (2007). Theorie toetsen in kwalitatief onderzoek. *KWALON. Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland*, 36(3), 5-13.
- Hansen, J., Arts, W., & Muffels, R. (2005). Wie komt eerst? Een vignetonderzoek naar de solidariteitsbeleving van Nederlanders met patiënten en cliënten in de gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Sociale Wetenschappen*, 48, 31-59.
- Hansen, J., Arts, W., & Muffels, R. (2005). Solidair tegen (w) elke prijs? Een quasi-experimenteel onderzoek naar de voorkeuren van Nederlanders voor ruimere of beperktere pakketten in de zorgverzekering. *Sociale Wetenschappen*, 48(1/2), 61-84.
- Heijne, S. (2014, 5 december). Rouvoet: 'Als we de solidariteit verliezen, verliezen we het stelsel'. *De Volkskrant*. Ontleend aan: <http://www.volkskrant.nl/wetenschap/rouvoet-als-we-de-solidariteit-verliezen-verliezen-we-het-stelsel~a3804146/>
- Heijne, S. (2015, 24 februari). Waarom een wondje hechten heel duur is en een nieuwe heup juist heel goedkoop. *De Correspondent*. Ontleend aan: <https://decorrespondent.nl/2494/Waarom-een-wondje-hechten-heel-duur-is-en-een-nieuwe-heup-juist-heel-goedkoop/138951948036-553c319>
- Heijne, S. (2015, 22 juli). We vertrouwen de dokter blind en de zorg voor geen meter. Koe kan dat? *De Correspondent*. Ontleend aan: <https://decorrespondent.nl/3106/We-vertrouwen-de-dokter-blind-en-de-zorg-voor-geen-meter-Hoe-kan-dat-/397126382708-4915ddab>
- Hellema, D. (2010). De opkomst van nieuw rechts. *Historisch Nieuwsblad*. Ontleend aan: <http://www.historischnieuwsblad.nl/nl/artikel/26288/de-opkomst-van-nieuw-rechts.html>.
- Jansen, H. (2005). De kwalitatieve survey. *Methodologische identiteit en systematiek van het meest eenvoudige type kwalitatief onderzoek*, *Kwalon*, 10(3), 15-34.
- Jeurissen, P. P. T. (2005). *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Kenniscentrum Historie Zorgverzekeraars. (z.j.). 1941: Ziekenfondsenbesluit van de Duitse bezetter. Ontleend aan: <http://www.kenniscentrumhistoriezorgverzekeraars.nl/bronarchief/canon/1941.html>.
- Kenniscentrum Historie Zorgverzekeraars. (z.j.). Brochure. Ontleend aan: <http://www.kenniscentrumhistoriezorgverzekeraars.nl/pdfs/KHZbrochure.pdf>

- Kerpershoek, E. (2015). Medical Professionals' responses to a drg performance management system for hospital care in the Netherlands. BOXPress, 's-Hertogenbosch.
- Kesselman, M., & Krieger, J. (2009). Part 1 – Introduction in *European Politics in Transition*. Houghton Mifflin Company.
- Kloosterman, R. (2011). Solidariteit in de gezondheidszorg. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Korsten, A. F. A. (2011). New public management.
- Kromhout, B. (2003). Verzuiling is geen recept dat je overal en altijd kunt toepassen. Ontleend aan: <http://www.historischnieuwsblad.nl/nl/artikel/6222/verzuiling-is-geen-recept-dat-je-overal-en-altijd-kunt-toepassen.html>
- Lane, J. E. (2002). *New public management: an introduction*. Routledge.
- Lijphart, A. 1990. *Verzuiling, Pacificatie en Kentering in de Nederlandse Politiek*. Haarlem: Becht.
- Lubbers, R.F.M., & E.H.T.M. Nijpels. (1982). *Concept-Regeerakkoord*. Ontleend aan: http://www.parlement.com/9291000/d/tk17555_7.pdf
- Nationale Ombudsman. [Interview] (12 05 2015)
- de Nationale Ombudsman. (2015). *Grafische kaart. Ziekenhuisrekeningen: kan het transparanter?* Ontleend aan: https://www.nationaleombudsman.nl/uploads/bijlage/Kaart%20ziekenhuiskosten_0.pdf.
- de Nationale Ombudsman. (2015). *Ziekenhuisrekeningen: op weg naar transparantie?* (Rapportnummer: 2015/009) Ontleend aan: <https://www.nationaleombudsman.nl/uploads/bijlage/Onderzoek%20ziekenhuiskosten.pdf>
- Nederlandse Zorgautoriteit. [Interview Urlings] (03 06 2015).
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2015, 20 februari). Ontleend aan: <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-ziekenhuisnota-wordt-duidelijker-in-2016/>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (z.j.). Organisatie. Ontleend aan: <http://www.nza.nl/organisatie/>.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (z.j.). DBC en DOT. Ontleend aan: <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/dbc-dossier/veelgestelde-vragen/DBC-DOT/>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (z.j.). Zorgverzekeringswet (Zvw). Ontleend aan: <http://www.nza.nl/regelgeving/wetgeving/zorgverzekeringswet/>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2014). Van röntgenfoto tot rekening.
- Nozick, R. (1974). *Anarchy, state, and utopia* (Vol. 5038). Basic books. Ontleend aan: <https://www.youtube.com/watch?v=5sFhLsDftSs>
- Nova. (2007). Politiek testament van Hans Hoogervorst. Ontleend aan: <http://www.novatv.nl/page/detail/uitzendingen/4926/Politiek%20testament%20van%20Hans%20Hoogervorst>

NPCF. (2012). Meldactie: "Inzicht in zorgkosten". Ontleend aan:
<https://www.npcf.nl/Documenten/meldacties/Rapportagekostenbewustzijnapril2013.pdf>

NPCF., LPGGz & Ieder(in). (2015). Meldactie Inzicht in zorgkosten? Ontleend aan:
<https://iederin.nl/nieuws/17620/patient-wil-vooraf-de-zorgkosten-weten--niet-achteraf/>

van der Maat, M. J. P., & de Jong, J. D. [NIVEL](2010). Eigen risico in de zorgverzekering: het verzekerden perspectief. Een onderzoek op basis van het Consumentenpanel Gezondheidszorg.

Memorie van toelichting Wet Marktordening Gezondheidszorg, Kamerstukken II 2011/12, 30 186, Nr. 3.
 Ontleend aan: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-30186-3.html>.

OLVG. [Interview Gorzeman] (21 05 2015)

ONVZ. [Interview de Jong & Bovy] (10 06 2015).

Politiek & Parlement. (z.j.). VVD en de Tweede Kamerverkiezingen sinds 1948. Ontleend aan:
http://www.parlement.com/id/vhsbcqv0h2yz/vvd_en_de_tweede_kamerverkiezingen_sinds

Politiek & Parlement. (z.j.). Kabinet-Lubbers I (1982-1986). Ontleend aan:
http://www.parlement.com/id/vh8lnhronvw5/kabinet_lubbers_i_1982_1986

Pollitt, C., Van Thiel, S., & Homburg, V. (2007). *New public management in Europe*. Palgrave Macmillan.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2001). *Cure en Care*. Ontleend aan:
http://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Advies_-_Care_en_cure.pdf

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2013). *Het belang van wederkerigheid ... solidariteit gaat niet vanzelf!* Ontleend aan: http://rvz.net/uploads/docs/Advies_Het_belang_van_wederkerigheid.pdf

Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice* (Cambridge. *Mass.: Harvard University*).

Rijksoverheid. (2007). 1 januari 2008: eigen risico vervangt no-claim.
<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2007/07/03/1-januari-2008-eigen-risico-vervangt-no-claim>

Rijksoverheid. (z.j.). Hoe is de zorgverzekering geregeld in Nederland? Ontleend aan:
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/inhoud/zorgverzekering-in-nederland>

Rijksoverheid. (2015). Huishoudboekje van Nederland 2016. Ontleend aan:
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/prinsjesdag/inhoud/miljoenennota-rijksbegroting-en-troonrede/huishoudboekje>

Rijksoverheid. (z.j.). *Eigen risico zorgverzekering*. Ontleend aan: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/eigen-risico-zorgverzekering>, geraadpleegd op 23 januari 2015.

Rijksoverheid. (z.j.). Ben ik verplicht een zorgverzekering af te sluiten? Ontleend aan:
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/ben-ik-verplicht-een-zorgverzekering-af-te-sluiten.html>.

- Rijksoverheid. (z.j.). Welke polissen biedt de zorgverzekering?
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/welke-polissen-biedt-de-zorgverzekering.html>
- Rijksoverheid. (2014). Hoe is de zorg en ondersteuning per 2015 georganiseerd? Ontleend aan:
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/veranderingen-zorg-en-ondersteuning/inhoud/veranderingen-in-de-langdurige-zorg>
- van Rossem, M. (2011). Lang leve de nanny state. In: Historisch Nieuwsblad. Ontleend aan:
<http://www.historischnieuwsblad.nl/nl/artikel/28195/maarten-van-rossem.html>
- Sauter, W. (2009). Toezicht: met oog op de consument. Marktwerking in de zorg. [Rede uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar op het terrein van "Marktordening gezondheidszorg" aan de Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Universiteit van Tilburg].
- Schippers, E.I., (2014). *2015 jaar van de transparantie* [Kamerstuk, 31 765 Nr. 97]. Ontleend aan:
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/11/10/kamerbrief-over-2015-jaar-van-de-transparantie.html>.
- Schippers, E.I., & van Rijn, M.J. (2013). *Gezamenlijke agenda VWS 'Van systemen naar mensen'*. [Kamerstuk 32 620, Nr.78] Ontleend aan: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/02/08/kamerbrief-gezamenlijke-agenda-vws-van-systemen-naar-mensen.html>.
- Scholtes, H. H. M. (2012). *Transparantie, icoon van een dolende overheid*. Boom/Lemma.
- Stoffelen, A. (2014, 24 januari). Aan ziekenhuisrekening is geen touw vast te knopen. *de Volkskrant*, p. 2.
- Stuiveling, S.J. (2015). Verantwoordingsdag 2015. Ontleend aan: http://www.rekenkamer.nl/Publicaties/Toespraken/Verantwoordingsdag_2015
- Thiel, S. V. (2007). Bestuurskundig onderzoek: een methodologische inleiding. *Bussum: Coutinho*.
- Trappenburg, M. (2012). Blijf bij ons: ode aan de verzorgingsstaat. *Socialisme en Democratie*, 69(7/8), 62-68.
- UMC Utrecht. (2012). Het belang van registreren onder DOT. Ontleend aan:
<https://www.youtube.com/watch?v=3M51ogKhHlk>
- Veen, R.J. van der (2012). Ingrijpen moet, maar heeft het ook zin? *Socialisme en Democratie*, 53-61.
- Verschuren, P. (2008). *Probleemstelling voor een onderzoek*. Spectrum.
- de Vries, J. (2010). Is New Public Management Really Dead? *OECD Journal on Budgeting*, 10(1), 1-5.
- de Vries, M., & Kossen, J. (2014). *Zo werkt de zorg in Nederland: Kaartenboek Gezondheidszorg editie 2015*. *de Argumentenfabriek*.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2012). *Vertrouwen in burgers (Vol. 88)*. Amsterdam University Press.

Yin, R. K. (2013). *Case study research: Design and methods*. Sage publications.

Zorginstituut Nederland. (z.j.). Over de risicoverevening Zvw. Ontleend aan:
<https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekering/risicoverevening+zvw/over+de+risicoverevening+zvw>

Zorgverzekeraars Nederland. [Interview Pino] (04 06 2015).

Zorgvisie. (2015). Weinig vertrouwen in zorgverzekeraars. Ontleend aan:
<http://www.zorgvisie.nl/F2R/?returnurl=%2fKwaliteit%2fNieuws%2f2015%2f8%2fWeinig-vertrouwen-in-zorgverzekeraars-2676611W%2f>

Afbeeldingen:

Figuur 2.1 – Verschillende vertellingen van het begrip transparantie. Scholtes, H. H. M. (2012). *Transparantie, icoon van een dolende overheid*. Boom/Lemma.

Figuur 2.2 - De frequentie van het woord "transparant" in Tweede Kamerstukken van 1995 tot 2010. Scholtes, H. H. M. (2012). *Transparantie, icoon van een dolende overheid*. Boom/Lemma.

Figuur 2.3: De stijging van het zetelaantal van de VVD in de Tweede Kamer van 1956 – 1986.
http://www.parlement.com/id/vhsbcqv0h2yz/vvd_en_de_tweede_kamerverkiezingen_sinds

Figuur 2.4 Herdrukt van "de grafische kaart: Kan het transparanter?". de Nationale Ombudsman. (2015). *Grafische kaart. Ziekenhuisrekeningen: kan het transparanter?* Ontleend aan:
https://www.nationaleombudsman.nl/uploads/bijlage/Kaart%20ziekenhuiskosten_0.pdf.

Afbeelding 3.2: De drie hoofdrolspelers en de markten binnen de curatieve zorg. de Vries, M., & Kossen, J. (2014). *Zo werkt de zorg in Nederland: Kaartenboek Gezondheidszorg editie 2015*. de Argumentenfabriek.

Afbeelding 3.1: Sectoren binnen de Nederlandse gezondheidszorg, voorbeelden van zorg binnen deze sectoren en de uiteindelijke selectie van relevante onderzoeksector. Afbeelding gevonden op Iconfinder.com

Afbeelding 3.3 - De registratie en declaratie van ziekenhuiszorg binnen de DBC-systematiek. UMC Utrecht. (2012). Het belang van registreren onder DOT. Ontleend aan:
<https://www.youtube.com/watch?v=3M51ogKhHlk>. Afbeelding gemaakt met afbeeldingen van Iconfinder.com, Iconshockmcon, Iconarchive.com, Clker.com en Findicons.com.

Afbeelding 3.4 - De registratie en declaratie van ziekenhuiszorg binnen de DOT-systematiek. UMC Utrecht. (2012). Het belang van registreren onder DOT. Ontleend aan:
<https://www.youtube.com/watch?v=3M51ogKhHlk>. Afbeelding gemaakt met afbeeldingen van Iconfinder.com, Iconshockmcon, Iconarchive.com, Clker.com en Findicons.com.

Figuur 4.1: Meldingen vanuit het meldpunt, onderverdeeld in soorten klachten. de Nationale Ombudsman. (2015). *Ziekenhuisrekeningen: op weg naar transparantie?* (Rapportnummer: 2015/009) Ontleend aan: [https://www.nationaleombudsman.nl/uploads/bijlage/Onderzoek% 20ziekenhuiskosten.pdf](https://www.nationaleombudsman.nl/uploads/bijlage/Onderzoek%20ziekenhuiskosten.pdf)

Figuur 4.2: De gevolgen van onvoldoende inzicht en begrip voor de zorgkosten. de Nationale Ombudsman. (2015). *Ziekenhuisrekeningen: op weg naar transparantie?* (Rapportnummer: 2015/009) Ontleend aan: [https://www.nationaleombudsman.nl/uploads/bijlage/Onderzoek% 20ziekenhuiskosten.pdf](https://www.nationaleombudsman.nl/uploads/bijlage/Onderzoek%20ziekenhuiskosten.pdf)

Bijlage I – Lijst van afkortingen

| | |
|------|---------------------------------------------|
| AWB | Algemene Wet Bestuursrecht |
| AWBZ | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten |
| CPB | Centraal Plan Bureau |
| DBC | Diagnose Behandel Combinatie |
| DOT | DBC's Op weg naar Transparantie |
| NPM | New Public Management |
| NZa | Nederlandse Zorgautoriteit |
| OLVG | Onze Lieve Vrouwen Gasthuis |
| RVZ | Raad voor de Volksgezondheid en Zorg |
| S&D | Socialisme & Democratie |
| VVD | Volkspartij voor Vrijheid en Democratie |
| VWS | Volksgesondheid, Welzijn en Sport |
| WLZ | Wet Langdurige Zorg |
| WMO | Wet Maatschappelijke ondersteuning |
| WRO | Wet Ruimtelijke Ordening |
| WRR | Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid |
| ZN | Zorgverzekeraars Nederland |
| Zvw | Zorgverzekeringswet |

Bijlage II – Basisgespreksnotitie

Gespreksnotitie voor het interview over declaratiesystematiek

Datum:

Locatie:

Achtergrond van het gesprek: Ik schrijf mijn masterscriptie naar aanleiding van de problemen zoals beschreven in het onderzoek “Ziekenhuisrekeningen op weg naar transparantie” door de Nationale Ombudsman. De kernproblemen die in het rapport van de Nationale Ombudsman worden beschreven, zijn de volgende:

- v. Vooraf geen inzicht in de kosten van de behandeling
- vi. Onduidelijke zorgnota's
- vii. Disproportioneel hoge kosten
- viii. Vaak geen gehoor bij vragen en klachten bij zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars.

In mijn scriptie beschrijf ik deze problematiek als gevolg van het huidige ziekenhuisbestedingssysteem. In mijn theoretisch kader koppel ik dit aan het “Nieuw Publiek Management”, waarbij in het management van de publieke sector de nadruk meer is komen te liggen op prestatie, de markt en vraagsturing.

Het doel van mijn scriptie is te bezien hoe de problematiek door de werking van het huidige systeem ontstaat en wat de mogelijke oplossingen hiervoor zijn. Om dit te bereiken ga ik in gesprek met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, VWS en andere partijen in het zorgveld.

Graag zou ik tijdens gesprek de volgende punten met u bespreken:

Problematiek algemeen:

1. Ziet u de problemen uit het onderzoek van de Ombudsman in uw werk terug?
2. Wat is volgens u het belang van transparantie voor de verzekerden over hun ziekenhuisrekening?
3. Bij welk probleem ligt volgens u het zwaartepunt?
4. Waar ligt volgens u de kern van deze problematiek?
5. Wat is volgens u de invloed geweest van de invoering van het DOT-systeem? Heeft dit de problemen versterkt of juist verminderd?
6. Merkt u signalen op van negatieve effecten als gevolg van deze problematiek (bijvoorbeeld zorgmijding)?

Het systeem:

1. Welke voordelen ziet u van het huidige systeem?
2. Het huidige systeem is een gegeven, maar welke veranderingen zou u willen zien op systeemniveau, wanneer het systeem zou kunnen worden veranderd?
3. Heeft u voorbeelden van andere declaratiesystemen, bijvoorbeeld in het buitenland waar u de voorkeur aan zou geven boven ons DOT-systeem?

Binnen het systeem:

1. Ziet u oplossingen binnen het systeem voor de geconstateerde problematiek?
2. In hoeverre denkt u dat dit haalbare opties zijn om de problemen te verminderen, zowel declaratie-technisch als op het gebied van voldoende draagvlak?

3. Een vaak genoemde mogelijkheid is het afschaffen van het eigen risico. Wat vindt u van deze optie?
4. Heeft u contact met andere partijen binnen het zorgveld over een oplossing van de problematiek?
5. Hoe ziet u de rol van andere partijen binnen het veld om een bijdrage te leveren aan de problematiek?