

Kop of munt? Twee zijden van zorgfraude

Over onjuiste zorgdeclaratie in de geestelijke
gezondheidszorg door middel van DBC's

MASTERSCRIPTIE

Andrea Frankowski

December, 2013

Master Research in Public Administration and Organizational Science
Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap
Universiteit Utrecht

Onder begeleiding van:
Drs. M. Jansen en prof. mr. dr. S. Zouridis (TSPB, Universiteit van Tilburg)
&
Drs. W. Faber en drs. A.H. van Heel (Politieacademie)

Voorwoord

Deze scriptie vormt de afronding van mijn masteropleiding *Research in Public Administration and Organizational Science* aan de Universiteit Utrecht, de Universiteit van Tilburg en de Erasmus Universiteit Rotterdam (het is een master die in samenwerkingsverband wordt aangeboden). Hoewel ik mijn bacheloropleiding *Bestuurskunde* aan de Universiteit van Tilburg al eerder heb afgerond, voelt deze scriptie als het eindresultaat van beide studies en daarom als het eindproduct van mijn studie als geheel. Hoewel er soms lastige obstakels op mijn pad kwamen tijdens het schrijven van deze scriptie, te denken valt aan de moeizaamheid waarmee ik te kampen kreeg bij het inplannen van de interviews met zorgprofessionals uit de geestelijke gezondheidszorg, heb ik het schrijven van deze scriptie toch grotendeels als plezierig ervaren. De afgelopen maanden heb ik veel interessante dingen bijgeleerd over zorgfraude en ik hoop dan ook dat ik mij in mijn verdere loopbaan nog mag bezighouden met dit onderwerp. Voornamelijk omdat ik het onderwerp van deze scriptie persoonlijk heel interessant vind en ik allerlei interessante gesprekken heb mogen voeren, was het erg leuk om mij bezig te mogen houden met het onderwerp. Dat heb ik in de eerste plaats te danken aan Wynsen Faber en André van Heel van de Politieacademie, die mij vanaf het eerste moment volledig betrokken hebben bij een in het leven geroepen kenniskring die bijeenkomt om kennis omtrent het onderwerp van deze scriptie te delen en na te denken over een zinvolle aanpak van zorgfraude. Ik stel het zeer op prijs dat zij mij zonder aarzelen volledige toegang hebben gegeven tot de bijeenkomsten van deze

kenniskring, te meer omdat ik daardoor toegang kreeg tot verschillende personen waarmee ik heel interessante gesprekken heb mogen voeren en ik besef dat de toegang tot een dergelijke kenniskring niet vanzelfsprekend is voor een student. Om die reden wil ik hen hierbij bedanken. Daarnaast wil ik ook graag mijn dank uitspreken aan de personen van bij zorgfraude betrokken organisaties met wie ik gesprekken heb mogen voeren. Dit zijn: Marloes van Es, Paul Gill, Mariska de Kleine, Marieke Koken-Vossestein, Mat Maijer, Steven Oppenheim, Hanna Toornstra en Mark van Zijl. Daarnaast dank ik de overige leden van de kenniskring voor hun advies, tips, hun hulp bij het vinden van de juiste gesprekspersonen en de zorgprofessionals uit de geestelijke gezondheidszorg die een deel van hun kostbare tijd vrij hebben gemaakt om met mij te kunnen spreken. Ik noem hen niet bij naam omdat hen anonimiteit is beloofd, desondanks hoop ik dat mijn dankbetuiging hen zal bereiken. Tenslotte, *last but not least* wil ik de begeleiders van deze scriptie, te weten Thijs Jansen en Stavros Zouridis van de Universiteit van Tilburg ontzettend bedanken voor hun begeleiding. Thijs wil ik in het bijzonder bedanken voor zijn relevante inzichten, steun en zeer flexibele houding als eerste lezer van deze scriptie, precies wat ik nodig had om te komen tot dit eindproduct, en Stavros voor zijn kritische blik, scherpe opmerkzaamheid en de rol die hij vervuld heeft als tweede lezer van deze scriptie.

Andrea Frankowski
Tilburg, November 2013

Inhoud

Hoofdstuk 1 Inleiding en probleemschets	9
Deel I: Onderzoeksopzet	13
Hoofdstuk 2 Probleemstelling	15
2.1 Doelstelling	15
2.2 Vraagstelling	16
2.3 Afbakening en conceptualisering	17
2.4 Relevantie	18
Hoofdstuk 3 Theoretische inleiding	23
3.1 Beleid en de uitvoering ervan	24
3.2 Specifieke kenmerken van professionals	27
3.3 Professionele cultuur	31
3.4 Verschillende perspectieven op professionals	35
3.5 Eerder onderzoek naar zorgprofessionals in de GGZ en het DBC-systeem	36
3.6 Kanttekeningen	38
3.7 Conclusies behorende bij dit hoofdstuk	39
Hoofdstuk 4 Analyse kader	41
4.1 Rationaliteiten gebaseerd op het handelen van individuen	42
4.2 Handelingsrationaliteiten die gebaseerd zijn op instituties en hun invloed op gedrag	45
4.2.1 Regulatief institutionalisme	46
4.2.2 Normatief institutionalisme	49
4.2.3 Cognitief institutionalisme	51
Hoofdstuk 5 Operationalisering	57
5.1 Operationalisering gebaseerd op theorieën over het handelen van individuen	58
5.2 Operationalisering gebaseerd op regulatief institutionalisme	59
5.3 Operationalisering gebaseerd op normatief institutionalisme	60
5.4 Operationalisering gebaseerd op cognitief institutionalisme	62

Hoofdstuk 6 Onderzoeksstrategie	67
6.1 Methoden en technieken	67
6.2 Selectie van respondenten	71
6.3 Selectie van theoretisch bronmateriaal	73
6.4 Data-analyse	74
6.5 Betrouwbaarheid en validiteit.....	75
6.6 Kanttekeningen	76
Deel II: Bevindingen	77
Hoofdstuk 7 Het GGZ-stelsel en de DBC-systematiek	79
7.1 De organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland.....	79
7.2 Het zorgverzekeringsfonds en risicoverevening	82
7.3 Betrokken actoren	84
7.4 Het DBC-systeem.....	85
7.5 Van budgetsystematiek naar prestatiebekostiging.....	88
7.6 Relevante wet- en regelgeving	91
7.7 De controle van DBC-gegevens door zorgverzekeraars	92
7.8 Mogelijkheden voor de aanpak van zorgfraude.....	94
Hoofdstuk 8 De visie van betrokken autoriteiten op declaratiegedrag dat geassocieerd wordt met de term ‘zorgfraude’	97
8.1 Het beeld dat van zorgfraude in de geestelijke gezondheidszorg geschetst wordt	97
8.2 De definitie van zorgfraude en aanverwante begrippen	101
8.3 Door wie wordt zorgfraude (vermoedelijk) gepleegd?	103
8.4 Verschillende vormen van zorgfraude en/of ander onjuist gebruik	104
8.5 De omvang van zorgfraude	110
8.6 Obstakels die de aanpak van zorgfraude bemoeilijken.....	112
8.7 Nieuwe beleidsmaatregelen.....	118
8.8 Conclusies en analyse aan de hand van handelingsrationaliteiten.....	120

Hoofdstuk 9 De visie van zorgprofessionals op declaratiegedrag dat geassocieerd wordt met de term ‘zorgfraude’	125
9.1 Bezwaren tegen werken met het DBC-systeem.....	126
9.2 Bezwaren tegen het DBC-systeem met het oog op privacy	135
9.3 Bezwaren tegen het DBC-systeem met het oog op contractonderhandelingen en tarieven	138
9.4 Bezwaren tegen het DBC-systeem met het oog op hoofdbehandelaarschap	140
9.5 Het beeld dat door anderen van zorgfraude wordt geschetst.....	141
9.6 Zorgfraude en ander onjuist gebruik.....	143
9.7 Hoe nu verder?.....	146
9.8 Kanttekeningen	147
9.9 Conclusies en analyse aan de hand van handelingsrationaliteiten.....	148
Hoofdstuk 10 Conclusies en implicaties	157
Samenvatting	167
Referenties	173
Appendix A: Topiclijsten interviews en focusgroepen	185
Appendix B: Overzicht respondenten	187
Appendix C: Gegevens met betrekking tot de registratie van DBC’s	189

Hoofdstuk 1

Inleiding en probleemschets

Met het oog op kostenbesparing, kostenbeheersing en het vergroten van de transparantie van de gezondheidszorg is in 2005 in Nederland een nieuw systeem van ziekenhuisbekostiging ingevoerd, gebaseerd op Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) (DBC Onderhoud, 2013a). In 2008 werd dit systeem ook geïntroduceerd in de geestelijke gezondheidszorg. Het DBC-systeem houdt een bekostigingsmodel in waarbij er voor de gehele behandeling van een medische aandoening betaald wordt, in tegenstelling tot de situatie voor 2005. Destijds werden verschillende behandelingen, waaronder behandelingen bij verschillende artsen, apart gefinancierd, ook als het om de behandeling van één enkele aandoening ging. Bijvoorbeeld bij aandoeningen in de psychiatrische gezondheidszorg, was, en is het nog steeds, moeilijk om op voorhand inzichtelijk te maken hoeveel verschillende psychotherapiesessies een patiënt nodig heeft. Omdat er in het verleden per psychotherapiesessie betaald werd, konden de kosten voor de langdurige behandeling van een psychiatrische aandoening behoorlijk oplopen. Met de introductie van DBC's werd gepoogd daaraan een eind te maken, doordat zorgverzekeraars als gevolg van het nieuwe declaratiesysteem per diagnose en bijbehorend behandeltraject een standaard totaalbedrag vergoeden aan medische instellingen (Tummers, 2010: 5).

Het systeem is geïntroduceerd om meer marktwerking in de medische zorg te organiseren, zodat de zorg in Nederland kwalitatief goed is, voor iedereen beschikbaar en betaalbaar is en om de prijzen en prestaties in de gezondheidszorg transparanter te maken. Met de introductie van het nieuwe systeem wordt er dan ook gestreefd naar het inzichtelijk maken van de kosten van behandelingen en het daadwerkelijke gebruik van zorg, zodat zorginstellingen efficiënter kunnen werken (DBC Onderhoud, 2013a). Volgens Ikkersheim (2013: 128) is, sinds de introductie van het nieuwe zorgstelsel, de efficiency in de zorg inderdaad toegenomen, is de kwaliteit van zorg verbeterd en zijn de wachttijden verkort, maar zijn de totale kosten fors gestegen. Een studie van Hasaart (2011) biedt een mogelijke verklaring hiervoor; de studie toont aan dat er als gevolg van de introductie van het DBC-systeem mogelijk financiële prikkels zijn ontstaan die er toe leiden dat zorgprofessionals strategisch gedrag vertonen ten aanzien van het declareren van zorgkosten. Eén van deze strategieën wordt 'upcoding' genoemd en kan worden gedefinieerd als het opzettelijk en systematisch kiezen voor de meest lucratieve behandeling (DBC) door een ziekenhuis of zorgprofessional, ook als dat medisch gezien niet noodzakelijk is. Een andere prikkel is 'overdeclaratie', gedefinieerd als het vermeerderen van het aantal DBC's bij een patiënt, om de inkomsten te vergroten (Hasaart, 2011: 8, 13). Deze prikkels leiden mogelijk tot hogere declaraties bij zorgverzekeraars en hebben wellicht tot doel de vergoeding voor artsen en ziekenhuizen te verhogen. Volgens de zojuist genoemde studie is het goed mogelijk dat de extra kosten voor zorgverzekeraars, die ontstaan zijn als gevolg van strategieën zoals upcoding en overdeclaratie, in de periode tussen 2005 en 2006, over de gehele markt van de gezondheidszorg bezien, op zijn gelopen tot een miljard euro (Hasaart, 2011: 142). Dat zorgprofessionals mogelijk moedwillig strategisch en calculerend gedrag vertonen om zichzelf of hun zorginstelling te verrijken, impliceert dat er sprake zou kunnen zijn van zorgfraude, een vorm van financieel-economische criminaliteit: "het misleidende of onrechtmatige gebruik van een op geld waardeerbaar aspect binnen of in relatie tot een zakelijke aangelegenheid" (Faber, 2011: 13). De veronderstelling dat er sprake is van zorgfraude, lijkt bij verschillende partijen aanwezig. Zo hebben onlangs negen partijen, te weten het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), de Belastingdienst, het Openbaar Ministerie (OM) en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de handen ineen geslagen in een samenwerkingsverband, de Taskforce Integriteit Zorgsector, dat als doel heeft om zorgfraude te voorkomen, op te sporen en te bestraffen en om in dat kader relevante informatie sneller en effectiever te kunnen delen (ANP, 2013a).

Daarnaast heeft Minister Edith Schippers, van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, recentelijk een aantal maatregelen aangekondigd, waaronder een maatregel die verplicht stelt dat patiënten vanaf 2014 een begrijpelijk kostenoverzicht krijgen na een consult of behandeling door een medisch

specialist, huisarts of andere zorgverlener. Deze maatregel wordt geïntroduceerd in de hoop dat het aantal onjuiste declaraties wordt teruggedrongen, als patiënten zelf de rekeningen kunnen controleren. Ook heeft de minister uitgesproken dat de aanpak van foute declaraties en oplichting in de zorg een van haar prioriteiten is. Zij heeft daarom extra capaciteit beschikbaar gesteld bij de Nederlandse Zorgautoriteit. Bovendien wordt de omvang van zorgfraude op verzoek van de Tweede Kamer opnieuw onderzocht, omdat schattingen over de extra kosten die als gevolg hiervan zijn ontstaan, uiteenlopen van zeven miljoen tot enige miljarden euro's (Smit, 2013).

De conclusie of er sprake is van financieel-economische criminaliteit rondom het handelen van zorgverleners met betrekking tot DBC's, kan echter niet op basis van het door Hasaart (2011) geanalyseerde materiaal getrokken worden. Er is immers een database met financiële gegevens geanalyseerd en geen aandacht besteed aan het gedrag, de ervaringen, meningen of intenties van zorgprofessionals. Hoewel de studie van Hasaart (2011) wel duidelijk heeft vastgesteld dat er sprake is van een probleem, namelijk dat er, althans in de periode 2005-2006, meer kosten werden gedeclareerd naar aanleiding van de introductie van DBC's in de gezondheidszorg dan redelijkerwijs te verwachten viel, is er nog weinig bekend over wat hieraan ten grondslag ligt. De grote vraag blijft daarom in hoeverre onjuiste declaraties het gevolg zijn van opzet, van vergissingen of nog andere verklaringen, bijvoorbeeld als gevolg van onduidelijke regels omtrent het declaratiesysteem dat gebaseerd is op DBC's (Smit, 2013). Volgens Lode Wigersma, directeur beleid en advies van artsenfederatie KNMG, kunnen zorgverleners, als gevolg van onbekendheid met declaratieprincipes, prijzen en tarieven, aangezet worden tot het verrichten van onjuiste declaraties. Om die reden pleit het KNMG in het kader van declaratiegedrag van zorgprofessionals dan ook voor "het zorgvuldig verkennen van de vraag of er opzettelijk of onopzettelijk verkeerd is gehandeld, wat de bedoelingen van de arts of andere zorgverleners precies waren, of de instelling er een rol in speelt, en in geval er aangetoond sprake is van fraude, wat de ernst is van de fraude" (Smit, 2013). Daarnaast kan er ook sprake zijn van teveel ruimte in de regelgeving zodat er onjuist gedeclareerd kan worden. De NZa heeft hier onlangs, in opdracht van Minister Schippers, een onderzoek naar laten uitvoeren. Hoewel dit onderzoek nog niet afgerond is, heeft de NZa nu al laten weten dat er mogelijk sprake zou kunnen zijn van teveel ruimte. Dit houdt in dat grenzen in de wetgeving niet duidelijk zijn afgebakend en dat er veel beperkingen op controle zijn in verband met privacyregels die patiënten beschermen (Visser, 2013).

Vragen die tot dusverre nog onbeantwoord zijn gebleven, hebben dan ook onder andere betrekking op welke oorzaken er te vinden zijn voor het overschot aan zorgdeclaratie bij zorgverzekeraars, wie hiervoor verantwoordelijk gehouden kunnen worden, wat er achter deze oorzaken schuilgaat, op basis van welke principes en intenties er door personen in de gezondheidszorg gehandeld wordt, wat dat betekent voor de beroepsgroep van zorgprofessionals en

hoe het probleem kan worden aangepakt. Het is het doel van dit onderzoek om in die lacunes te voorzien. Het declaratiegedrag van zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg zal dan ook nader onderzocht worden teneinde meer duidelijkheid te scheppen over de zojuist aangehaalde thema's.

Leeswijzer

Om de aangekaarte onbeantwoorde vragen te voorzien van een antwoord, is in hoofdstuk 2 een probleemstelling opgenomen, bestaande uit een doelstelling, vraagstelling, conceptualisering en een relevantie. In hoofdstuk 3 volgt een theoretische inleiding waarin wetenschappelijke theorieën over professionals zijn uitgewerkt. Dit hoofdstuk biedt inzicht in normen, waarden en routines die in de literatuur met het handelen van professionals geassocieerd worden. In hoofdstuk 4, het analysekader, zijn vervolgens handelingstheorieën uiteengezet die gebruikt worden om de empirische bevinden uit de praktijk te analyseren. Hoofdstuk 5 bevat een operationalisering, waarin duidelijk wordt gemaakt op welke manier de gebruikte theorieën zich kunnen verhouden tot de praktijk. Hierna wordt in hoofdstuk 6 ingegaan op de onderzoeksstrategie die gehanteerd is. Dit hoofdstuk bestaat uit uiteenzettingen over de methode en technieken, de selectie van respondenten en theoretisch bronmateriaal, de methode van data-analyse en de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek. Hoofdstuk 7 schetst de werking van het DBC-systeem en het zorgstelsel als geheel, en is daarom op te vatten als een achtergrondschematische. In hoofdstuk 8 en 9 worden de bevindingen gepresenteerd. Deze hoofdstukken beschrijven respectievelijk de visie van betrokken autoriteiten op problemen die spelen ten aanzien van zorgfraude en handelingsrationaliteiten die ten grondslag liggen aan het handelen van zorgprofessionals dat hiermee te maken heeft, en de visie van de zorgprofessionals zelf hierop. Tenslotte bevat hoofdstuk 10 conclusies en implicaties.

Deel I: Onderzoeksopzet

Hoofdstuk 2

Probleemstelling

Zoals vermeld is er nog veel onduidelijk omtrent het declaratiegedrag van zorgprofessionals met betrekking tot DBC's. Tegelijkertijd is er wel veel vraag naar kennis omtrent het onderwerp. Welke vragen centraal zullen staan in dit onderzoek, zal blijken uit de probleemstelling in dit hoofdstuk.

2.1 Doelstelling

Omdat er in het algemeen gesteld nog weinig bekend is over welke oorzaken ten grondslag liggen aan het (mogelijk strategische) declaratiegedrag van zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg, zal dit onderzoek zich richten op twee doeleinden. Er wordt zowel verkennend als verklarend onderzoek gedaan. Enerzijds wordt er namelijk gezocht naar kennis over een probleem waar geen of zeer weinig kennis over beschikbaar is. Het doel daarbij is om empirische beschrijvingen te genereren over wat er zich in de praktijk rondom het declaratiegedrag van zorgprofessionals afspeelt. In dat opzicht is dit onderzoek exploratief, ofwel verkennend (zie Van Thiel, 2007: 23-24). Anderzijds wordt er naar een verklaring gezocht voor de vermeende strategieën die toegepast worden. Bij het verklarende deel van het onderzoek worden theorieën gebruikt om te zoeken naar

oorzaken die aan dit declaratiegedrag van zorgprofessionals ten grondslag liggen. Naast de exploratieve en verklarende aard van dit onderzoek betreft het hier een handelingsonderzoek: een onderzoek dat als doel heeft bij te dragen aan de oplossing van een probleem door inzicht te krijgen in de ware aard van dat probleem (zie Verschuren, 2008: 41). Het uiteindelijke doel dat hieraan ten grondslag ligt, is het verkrijgen van inzicht in wat er schuilgaat achter het probleem van overmatige kostendeclaratie in de zorgsector. Wellicht kunnen de empirische bevindingen dan ook bijdragen aan de kennis over de manier waarop zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg betrokken zijn bij onjuiste declaraties, wat dat in de praktijk betekent en hoe de geschetste problemen in het vervolg aangepakt of zelfs voorkomen kunnen worden.

2.2 Vraagstelling

Naar aanleiding van de probleemschets en de doelstelling, is de volgende vraagstelling opgesteld:

Kader 2.1: Centrale vraagstelling

Welke problemen gaan er schuil achter de term 'zorgfraude' en welke handelingsrationaliteiten liggen ten grondslag aan het declaratiegedrag van zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg dat geassocieerd wordt met deze term, enerzijds volgens betrokken autoriteiten en anderzijds volgens de zorgprofessionals zelf?

Ten behoeve van een systematische beantwoording van deze hoofdvraag, is een tweedeling in deelvragen gemaakt:

1. Welke problemen gaan er schuil achter de term 'zorgfraude' en welke handelingsrationaliteiten liggen ten grondslag aan het declaratiegedrag van zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg dat geassocieerd wordt met deze term, volgens betrokken autoriteiten?
2. Welke problemen gaan er schuil achter de term 'zorgfraude' en welke handelingsrationaliteiten liggen ten grondslag aan het declaratiegedrag van zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg dat geassocieerd wordt met deze term, volgens de zorgprofessionals zelf?

2.3 Afbakening en conceptualisering

Hoewel het gebruikelijk is om de belangrijkste concepten in de formulering van de centrale vraagstelling nader toe te lichten middels een conceptualisering, is het (nog) niet mogelijk om de term 'zorgfraude' verder te definiëren omdat dit deel uitmaakt van hetgeen dat onderzocht wordt. Wat echter wel op voorhand over de term vermeld kan worden, is dat er mee bedoeld wordt op (onjuist) handelen van zorgaanbieders. Hoewel zorgfraude in theorie ook gepleegd kan worden door allerlei andere personen (bijvoorbeeld patiënten, verzekerden of andere medewerkers van zorginstellingen dan professionals) gaat het in dit onderzoek om het declaratiegedrag van zorgprofessionals uit de geestelijke gezondheidszorg en ligt de focus op het geïntroduceerde DBC-systeem. Dit is namelijk het geldende bekostigingssysteem in een bepaald deel van de GGZ in Nederland. Onder het declaratiegedrag van zorgprofessionals wordt het geheel aan activiteiten van deze personen verstaan dat te maken heeft met het registreren van zorg door middel van het declaratiesysteem dat gebaseerd is op DBC's. Er zal gekeken worden naar de manier waarop artsen zorgkosten declareren door middel van administratieve handelingen met betrekking tot dit systeem. Welke specifieke handelingen zorgprofessionals daarbij verrichten, staat nader uitgewerkt in hoofdstuk 7, waarin tevens meer informatie wordt weergegeven over het DBC-systeem zoals dat geldt voor de geestelijke gezondheidszorg. De kanttekening moet echter wel geplaatst worden dat er in dit onderzoek niet gekeken zal worden naar *al* het declaratiegedrag, maar slechts naar dat gedrag dat door anderen, bijvoorbeeld zorgverzekeraars, gezien wordt als onjuist of waarover discussies gaande zijn.

Aan de hand van handelingstheorieën, die er op gericht zijn een verklaring te zoeken voor handelingen en gedragingen van individuen, wordt in kaart gebracht welke overwegingen een rol spelen wanneer zorgprofessionals zorgkosten declareren. De theorieën die gebruikt zullen worden zijn: rationale keuze theorie, principaal-agenttheorie, gelegenheidstheorie, institutionele theorie, controletheorieën (controletheorie en control balance-theorie), de labelingbenadering en regelimplementatietheorie. Deze theorieën staan beschreven in het analysekader van dit onderzoek (zie hoofdstuk 4). Onder de handelingsrationaliteit achter het declaratiegedrag van zorgprofessionals worden de overwegingen verstaan die zij hebben bij het administreren van zorgkosten. Hoewel dit verder onderzocht moet worden, zou het mogelijk zijn zo kunnen zijn dat er volgens de zorgprofessionals heel andere handelingsrationaliteiten ten grondslag liggen aan zorgfraude dan betrokken autoriteiten vermoeden. Met deze betrokken autoriteiten worden organisaties bedoeld die zich bezighouden met het maken van beleid, met toezicht en handhaving en met de controle van

zorgdeclaraties. Als het zo is dat er andere visies aanwezig zijn, heeft dat implicaties voor de beleidsmaatregelen die nu en in de toekomst worden genomen.

Hoewel niet in regels is vastgesteld welke personen er veelal betrokken zijn bij de registratie van zorgkosten met behulp van DBC's, wordt de focus gelegd op zorgprofessionals, omdat deze als hoofdbehandelaar verantwoordelijk zijn voor de registratie van zorg met betrekking tot DBC's, ook als zij niet degenen zijn die de administratie daadwerkelijk voor hun rekening hebben genomen. Dit laatste kan het geval zijn wanneer ander (medisch) personeel de administratie in hun naam uitvoert. De zorgprofessional is echter degene die in reactie op de zorgvraag van een patiënt de diagnose stelt en door wie of onder wiens verantwoordelijkheid de behandeling van een patiënt plaatsvindt en is ten alle tijden verantwoordelijk voor de administratie en registratie van zorg met behulp van DBC's (DBC Onderhoud, 2013b: 8-9). In de GGZ kan dit voor allerlei behandelaren gelden, namelijk: psychiaters; psychotherapeuten; GZ-psychologen; klinisch psychologen; klinisch geriater; kinder- en jeugdpsychiaters en cognitieve gedragstherapeuten (zie: Tummers, 2010).

Er is gekozen voor een afbakening tot de geestelijke gezondheidszorg omdat de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen gezien wordt als een onderdeel van de gezondheidszorg waarin in het verleden weinig transparantie aanwezig was. Anders dan bij sommige andere medische aandoeningen, is het bij psychische ziektebeelden soms lastig om vast te stellen hoeveel behandelingen er exact nodig zijn om de patiënt te behandelen. De declaratie van zorgkosten is om die reden evenmin gemakkelijk transparant te krijgen, hetgeen ten grondslag ligt aan de introductie van DBC's in deze sector van de gezondheidszorg. Hoewel er ook andere keuzes gemaakt hadden kunnen worden, moet er vanuit praktisch oogpunt een afbakening plaatsvinden teneinde een gedegen wetenschappelijk onderzoek te kunnen doen. Op basis van de geringe mate van transparantie die in de geestelijke gezondheidszorg in beginsel al aanwezig lijkt te zijn en op basis van het feit dat de geestelijke gezondheidszorg vaak genoemd wordt in debatten over vermeend onjuist declaratiegedrag, zal de focus op dit deel van de zorgsector liggen.

2.4 Relevantie

Zoals in het voorgaande al is aangestipt, heeft dit onderzoek tot doel om in kaart te brengen in hoeverre zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg in de praktijk gebruik maken van het recentelijk geïntroduceerde DBC-systeem op een onjuiste manier. Bovendien wordt er ook gekeken in hoeverre hun declaratiegedrag verklaard kan worden vanuit wetenschappelijke theorieën. Het in kaart brengen van het declaratiegedrag van zorgprofessionals is maatschappelijk relevant omdat er een lacune is in de kennis omtrent het onderwerp, terwijl er bij beleidsmakers wel behoefte is aan

meer informatie over het declaratiegedrag in de zorgsector. Dit blijkt alleen al uit het feit dat er een Taskforce Integriteit Zorgsector is opgericht waarin negen verschillende partijen samenkomen om informatie te genereren en deze sneller en effectiever met elkaar te delen ten behoeve van het voorkomen en beter bestraffen van zorgfraude (ANP, 2013a). Volgens Verschuren (2008: 45-46) is een bestuurskundig onderzoek maatschappelijk relevant als het een bijdrage kan leveren aan een betere begeleiding van ambtenaren bij de uitoefening van hun taak. Dit is zeker van toepassing. Echter, de maatschappelijke relevantie van dit onderzoek blijft niet beperkt tot beleidsmakers.

Naast de invoering van marktwerking in de zorg door middel van het DBC-systeem, zijn er namelijk met het oog op de betaalbaarheid en beheersbaarheid van zorgkosten tegelijkertijd ook nieuwe maatregelen ingevoerd die betrekking hebben op (mogelijke) patiënten. In de afgelopen jaren is het eigen risico, het bedrag aan medische kosten dat niet vergoed wordt in het kader van de zogenaamde basisziektekostenverzekering, en dat derhalve zelf betaald moet worden door gebruikers van medische voorzieningen, fors toegenomen. Anno 2013 is dit bedrag opgeschroefd tot 350 euro. Dit betekent dat medische kosten oplopend tot 350 euro door patiënten zelf betaald moeten worden, ongeacht hun ziektekostenverzekering (Ministerie VWS, 2011; Rijksoverheid, 2013a). Omdat in Nederland een bij wet opgelegd gebod geldt voor het hebben van een basisziektekostenverzekering, levert iedere Nederlander boven de leeftijd van 18 jaar bovendien nog een gemiddelde bijdrage van omstreeks 1200 euro op jaarbasis (in 2012) in de vorm van premies aan zorgverzekeraars (NZa, 2012b: 49-50). Gelet op de recentelijk geïntroduceerde stijgende zorgkosten voor burgers, is het van belang om beter begrip te krijgen van wat er zich afspeelt omtrent de declaratie van zorgkosten. Indien er immers extra kosten worden gemaakt door zorgverzekeraars, zal dit voor burgers die premies en eigen risico betalen naar alle waarschijnlijkheid ook merkbaar zijn. De extra kosten kunnen namelijk aan hen doorberekend worden. Tegelijkertijd speelt de burger ook een rol als patiënt. Het is mogelijk dat achter het declaratiegedrag van zorgprofessionals belangen van patiënten schuilgaan. Er worden dan bijvoorbeeld extra kosten gemaakt omdat dit in het belang van de patiënt is (Smit, 2013). Ook is het mogelijk dat de aanpak van vermeende zorgfraude door de overheid een effect zal hebben op de zorg die momenteel aan patiënten wordt aangeboden. Om die reden spelen de belangen van patiënten een prominente rol in het vraagstuk rondom (vermeende) zorgfraude.

Er is in de Nederlandse politiek dan ook veel te doen om de ziektekostenverzekering en zorgkosten in het algemeen. Zo zijn onderwerpen als het eigen risico, de samenstelling van het basisverzekeringspakket in de zorg en een mogelijke inkomensafhankelijke zorgpremie in de politiek veelvuldig aangehaald sinds de meest recente verkiezingen in het najaar van 2012 (zie: Zwart, 2012). Verschillende politieke partijen hebben zich recentelijk zelfs uitgelaten over het thema zorgfraude. Tweede Kamerlid Hanke Bruins Slot (CDA) pleit voor meer informatie over de omvang van wat door

haar aangeduid wordt met de term 'wittejassencriminaliteit'. Het CDA zou graag meer zicht hebben op het aantal fraudezaken dat zich al heeft voorgedaan en hoe vaak er door justitie over is gegaan tot vervolging (ANP, 2013b). Tegelijkertijd pleit de PvdA voor de oprichting van een centraal informatiepunt waarbij patiënten de kwaliteit en patiëntveiligheid van het zorgaanbod kunnen vergelijken, dat onder andere kan functioneren als meldpunt voor verspillingen en misstanden in de zorg (Paauw, 2013a). De PVV heeft zelfs al een meldpunt zorgfraude opgericht, het zogenaamde 'fraudeloket voor de zorg', waarop vermoedens van fraude, fouten, misbruik of oplichting gemeld kunnen worden (Paauw, 2013b) en zou graag een meldplicht voor fraude in de gezondheidszorg invoeren. Hoewel Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport niet van plan is gehoor te geven aan dit verzoek omdat dit tot overbelasting van organisaties die de meldingen moeten onderzoeken zou kunnen leiden (Smit, 2013a), is de discussie omtrent de toenemende zorgkosten en het declaratiegedrag van zorgprofessionals uiterst actueel en politiek gezien relevant.

Naast de relevantie voor beleidsmakers, de politiek en burgers of patiënten, is dit onderzoek echter ook nuttig voor het onderwerp van studie, de zorgprofessionals zelf. De recente veranderingen in het beleid met betrekking tot de gezondheidszorg hebben namelijk in grote mate te maken met principes zoals kostenbeheersing en het vergroten van controle op de beroepsgroep. Deze introductie van marktwerking in de zorg kan een groot effect hebben op zorgprofessionals. Uit een onderzoek van Tummers (2010: 5), onder een grote representatieve steekproef van zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg, blijkt dat een groot deel van de medische professionals niet positief staat tegenover het DBC-systeem en de zin van de nieuwe regelgeving niet inziet. Dit kan op zichzelf al een obstakel vormen voor de correcte implementatie van de veranderingen die het nieuwe systeem met zich meebrengt en de komende jaren naar verwachting met zich mee zal brengen. Wellicht kunnen de aanwezige problemen met het declaratiegedrag van zorgprofessionals zelfs in bepaalde mate verklaard worden vanuit deze verwerping van het geïntroduceerde DBC-systeem. De beleidswijzigingen op het gebied van de introductie van marktwerking in de zorg kunnen verstreckende gevolgen hebben voor medische professionals en daarmee voor de professie van artsen als geheel. Zorgprofessionals worden nu immers beschuldigd van ernstige feiten. Marcel Daniëls, bestuurslid van de Orde van Medisch Specialisten, spreekt van een ontwikkeling waarin artsen het mikpunt van kritiek zijn geworden en waarin de medische beroepsgroepen onder vuur zijn komen te liggen. Dit heeft volgens hem tot gevolg dat er een effect van demotivering plaatsvindt onder beroepsgroepen van medische professionals (zie uitzending Buitenhof van 3 maart 2013). Janko de Jonge, vice-voorzitter van artsenfederatie KNMG, spreekt in dit verband zelfs over karaktermoord, met als gevolg dat artsen terug in hun schulp dreigen te kruipen, juist nu er sinds enige jaren een nieuwe cultuur is ontstaan over het afleggen van verantwoording over medische zorg (De Jonge, 2013).

Buiten deze maatschappelijke relevantie is dit onderzoek bovendien ook wetenschappelijk relevant omdat er empirische beschrijvingen worden gegenereerd die zullen bijdragen aan de mate van kennis die er is over het declaratiegedrag van artsen. Zoals vermeld is hier nog niet voldoende kennis over aanwezig. Bovendien wordt er gezocht naar een verklaring voor het declaratiegedrag van artsen teneinde een bijdrage te kunnen leveren aan de wetenschappelijke literatuur over medische professionals. In deze literatuur zijn beschrijvingen te vinden over de normen, waarden, handelingswijzen en de beroepsethiek van professionals in de zorg. De analyse aan de hand van handelingstheorieën kan mogelijk een bijdrage leveren aan het beeld dat in deze literatuur over zorgprofessionals geschetst wordt en hun handelwijze verhelderen en verklaren. Dit is met name relevant omdat er de afgelopen jaren nieuw beleid is ingevoerd dat gericht is op de introductie van marktwerking in de zorg. De invoering van het DBC-systeem kan gezien worden als een verandering die hiertoe behoort. Dit is een nieuwe ontwikkeling waarvan de implicaties nog niet opgenomen zijn in de rijke literatuur over professionals in het algemeen en het beroep van de zorgprofessional in het bijzonder. Wellicht kunnen de empirische bevindingen van dit onderzoek daar dan ook aan bijdragen.

Hoofdstuk 3

Theoretische inleiding

De manier waarop zorgprofessionals zorg declareren, heeft onder andere betrekking op hoe opgestelde wetten, regels en procedures hun uitwerking in de praktijk vinden. Er zijn immers verschillende regels opgesteld over hoe zorgdeclaratie moet plaatsvinden en ook is er een uitvoerig systeem geïntroduceerd waarmee kosten gedeclareerd moeten worden (zie hoofdstuk 7 voor een uitvoerige beschrijving hiervan). Over beleid en de uitvoering daarvan in de praktijk is in de bestuurskundige literatuur uitvoerig geschreven. De eerste paragraaf van dit hoofdstuk gaat over de kennis die al voorhanden is over beleid en degenen die belast zijn met de uitvoering en implementatie daarvan. Hieruit zal blijken dat de uitvoering en implementatie van beleid niet altijd naadloos aansluiten bij doelstellingen die beleidsmakers op voorhand beoogd hadden, omdat er allerlei factoren zijn die invloed hebben op de praktijk van werknemers. Na deze algemene paragraaf, zal in paragraaf 3.2 en 3.3 een beschrijving volgen van literatuur over professionals, waartoe medische beroepsgroepen waaronder professionals uit de geestelijke gezondheidszorg, gerekend kunnen worden. Deze paragrafen gaan over specifieke kenmerken van professionals en de professionele cultuur, die onder andere behoren tot de factoren die van invloed kunnen zijn op de

implementatie van beleid. Een uiteenzetting hiervan is van belang om een beter begrip te krijgen van de situatie waarin medische professionals werkzaam zijn en kan bijdragen aan een betere duiding van de handelingsrationaliteiten die ten grondslag liggen aan declaratiegedrag dat geassocieerd wordt met de term 'zorgfraude', waarover het hierop volgende hoofdstuk gaat. Hierop volgend gaat paragraaf 3.4 over verschillende perspectieven op professionals en bevat paragraaf 3.5 een beschrijving van eerder onderzoek dat heeft plaatsgevonden naar professionals uit de geestelijke gezondheidszorg en het werken met DBC's. In paragraaf 3.6 en 3.7 volgen respectievelijk enkele kanttekeningen en conclusies behorende bij dit hoofdstuk.

3.1 Beleid en de uitvoering ervan

Over beleid, waaronder opgestelde wetten, regels en procedures en de uitvoering en implementatie daarvan is in de bestuurskundige literatuur uitvoerig geschreven. Eén van de bekendste en meest aangehaalde theorieën hierover is uitgewerkt door Lipsky (1980) en gaat over zogenaamde 'street-level bureaucrats'. Dit zijn individuen die werkzaam zijn in publieke diensten, die in het kader van hun werk dagelijks interacteren met cliënten en daarbij een substantiële hoeveelheid discretionaire ruimte hebben (Lipsky, 1980: 3). Lipsky heeft geprobeerd aan te tonen hoe individuen beleid dat zij moeten uitvoeren en implementeren ervaren en wat voor routines zij ontwikkelen als 'coping mechanismen' om met werkdruk en onzekerheid om te gaan. Volgens de auteur nemen uitvoerders van beleid bepaalde beslissingen wanneer zij beleid implementeren en leidt het collectief van die beslissingen ertoe dat zij de eigenlijke beleidsbepalers zijn, in plaats van de beleidsbepalers die regels, wetten en procedures opstellen. Hierbij aansluitend, wordt beleid dus eigenlijk gemaakt door degenen die het uitvoeren en implementeren. Deze 'street-level bureaucrats' staan onder constante druk die veroorzaakt wordt door een tweespalt in wat er van hen gevraagd wordt: enerzijds wordt van ze verwacht dat ze voldoen aan de verlangens van cliënten die de door hen aangeboden services ontvangen en anderzijds moeten ze vanuit de kant van de overheid bezien voldoen aan eisen om bijvoorbeeld efficiëntie en doeltreffendheid te vergroten. Omdat deze beleidsuitvoerders in direct contact staan met burgers en hun aangeboden diensten bovendien vaak van grote invloed zijn op het leven van individuen, hebben 'street-level bureaucrats' een bepaalde mate van discretionaire ruimte nodig, zodat enerzijds maatwerk geleverd kan worden en er anderzijds geen beslissingen voorgeschreven staan die in de praktijk niet het beoogde effect zullen hebben. Hier wordt nog aan toegevoegd dat hun werk te ingewikkeld is om te reduceren tot programmatische formats, omdat zij zich nu eenmaal vaak bevinden in situaties die vragen om aandacht voor een menselijke dimensie. Echter, beleid is tegelijkertijd gericht op algemene doelstellingen en onthecht zich derhalve van een

persoonlijke gerichtheid (Lipsky, 1980: 4, 8-9, 13-16). Om hiermee om te kunnen gaan hebben 'street-level bureaucrats' bepaalde manieren ontwikkeld om beleid te implementeren en uit te voeren. Ze kunnen ofwel: het beleid verder automatiseren, systematiseren en reguleren; meegaan in ontwikkelingen die aansluiten bij huidige doelstellingen, zoals het reduceren van diensten in het kader van kosteneffectiviteit en budgetbeperkingen; of het belang van de menselijke interacties die zij hebben met cliënten herstellen en veiligstellen (Lipsky, 1980: XV). Uit de praktijk blijkt dat deze beleidsuitvoerders zelf beleid maken, door manieren te bedenken om ondanks de gestelde regels en procedures hun gewenste activiteiten uit te kunnen blijven voeren op manieren die zij zelf geschikt achten (Lipsky, 1980: 13).

Hoewel Lipsky's theorie hoofdzakelijk geldt voor beleidsuitvoerders die werkzaam zijn in bureaucratische organisaties, gelden volgens de auteur dezelfde principes voor medische professionals. De theorie is volgens hem namelijk toepasbaar op alle sectoren die getransformeerd zijn in gebieden waar de overheid verantwoordelijk voor gemaakt is, waaronder publieke veiligheid, onderwijs en de gezondheidszorg. Bovendien houden zorgprofessionals zich, vergelijkbaar met openbare dienstverleners, bezig met het aanbieden van diensten die een impact hebben op het leven van individuen en waarbij zij in direct contact staan met burgers (Lipsky, 1980: 6, 8-9). Voor zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg geldt om dezelfde redenen dat zij aanzienlijke hoeveelheden discretionaire ruimte nodig hebben om de aard van problemen en om de gepaste hoeveelheid en kwaliteit van diensten te kunnen bepalen. Dit betekent echter niet dat zij niet gehouden zijn aan wetten en regels, deze spelen nog steeds een belangrijke rol in hun werk (Lipsky, 1980: 14). Echter, er wordt tegelijkertijd van ze verwacht dat ze meer zijn dan slechts uitvoerders van beleid; er wordt van ze verwacht dat ze hun kennis, skills en positie in zullen zetten om cliënten te voorzien van de best beoogde behandeling. Om die reden moeten zij behoeften van cliënten op de eerste plaats stellen. Dit geldt volgens Lipsky (1980: 72-75) des te meer voor 'street-level bureaucrats' met een professionele status, waaronder ook artsen geschaard moeten worden.

Hierbij aansluitend heeft Wilson (1989) ook uitvoerig geschreven over werknemers van 'client-serving institutions', die hij aanduidt met de term 'operators'. Volgens Wilson worden de doelstellingen die in beleid (waaronder wetten, regels en procedures) zijn opgenomen meestal vaag omschreven. Hierdoor wordt het werk van degenen die moeten werken met het ingevoerde beleid ingericht op basis van verschillende zaken, waaronder de omstandigheden die te maken hebben met het werk, op basis van opvattingen en ervaringen van deze personen en hun collega's en op basis van organisatiecultuur. Ten eerste hebben de omstandigheden van het werk betrekking op situaties waarmee werknemers te maken krijgen. Deze situaties hebben zo een grote impact op de 'operators', dat zij het gevoel krijgen dat hun meest belangrijke taak het onder controle krijgen van de situatie is, zelfs als dat van hen vraagt om andere doelstellingen (bijvoorbeeld effectiviteit) uit het oog te

verliezen. Taken van deze 'operators' worden om die reden eerder bepaald door prikkels die gebaseerd zijn op natuurlijk voorkomende situaties dan door prikkels die van bovenaf worden aangereikt. Dit geldt des te meer voor situaties waarvoor een grote mate van discretionaire ruimte vereist is en die bovendien te maken hebben met zeer belangrijke zaken zoals leven en dood (Wilson, 1989: 36-49). Ten tweede kunnen zowel de eigen overtuigingen, attitudes en ideologie als verwachtingen van collega's als belangrijke bepalende factoren gezien worden voor wat werknemers als acceptabel en onacceptabel vinden bij de uitvoering van hun werk en bovendien een belangrijke bron van motivatie vormen. Laatstgenoemd punt heeft niet alleen effect op hoe hard mensen willen werken, maar ook op hoe zij hun werk definiëren. Wat door collega's wordt goedgekeurd en afgekeurd is om die reden bepalend voor de taken die 'operators' uitvoeren en ook voor hoe zij dit doen (Wilson, 1989: 50-71). Ten derde heeft cultuur invloed op het werk van 'operators'. Iedere organisatie heeft een specifieke cultuur: een gedessineerde manier van denken over taken binnen een organisatie en een gevoel van missie van de organisatie. Dit gevoel van missie bepaalt wat belangrijk gevonden wordt bij het uitvoeren van werk. Aan taken die niet passen bij deze cultuur, zullen de 'operators' veel minder energie en middelen besteden dan aan taken die hier wel binnen passen. Deze laatstgenoemde taken zullen zelfs met een grote mate van toewijding worden uitgevoerd. Als er daarnaast twee verschillende culturen binnen een organisatie aanwezig zijn, zullen die onvermijdelijk leiden tot een conflict. Tenslotte zullen taken die niet passen bij de specifieke cultuur of die zelfs onverenigbaar zijn met deze cultuur, een grote mate van weerstand oproepen bij de 'operators'. Hoewel Wilson de kanttekening plaatst dat organisaties niet zo zeer altijd *een* cultuur hebben, maar vaak *meerdere* culturen, gelden er wel bepaalde patronen die invloed hebben op de producten en diensten die geleverd worden en op welke manieren deze het beste geleverd kunnen worden (Wilson, 1989: 90-110). Volgens Wilson hebben de genoemde zaken met name een effect op de definiëring en uitvoering van taken door 'operators' op het moment dat zij niet exact gedefinieerd zijn en dus ruimte gelaten is in de wetten, regels en procedures (Wilson, 1989).

Zoals blijkt uit de zojuist aangehaalde theorieën, is uit onderzoek gebleken dat de uitvoering van beleid niet altijd in overeenstemming is met de bedoelingen die beleidsbepalers aanvankelijk hadden bij het opstellen van wetten, regels en procedures. De uitvoering van beleid wordt namelijk beïnvloed door allerlei factoren die veelal te maken hebben met de praktijksituatie waarmee degenen die het beleid uitvoeren of implementeren te maken hebben. Ook spelen bepaalde andere zaken een rol, zoals omstandigheden die te maken hebben met het werk, opvattingen en ervaringen van werknemers en hun collega's en organisatiecultuur. Specifieke zaken die gelden voor professionals, een specifiek type werknemers waartoe behandelaren in de geestelijke gezondheidszorg ook gerekend kunnen worden, staan uitgewerkt in de volgende paragrafen.

3.2 Specifieke kenmerken van professionals

Volgens Noordegraaf (2008: 185) is een professional “een beroepsbeoefenaar die onderdeel uitmaakt van een professie”, zoals een arts of advocaat. Onder een professie wordt dan weer een beroep verstaan met een inhoudelijke of technische basis waarop het denken en doen van professionals is gebaseerd en waarbij de overheid een exclusief gegunde jurisdictie mogelijk maakt zodat professionals zichzelf kunnen reguleren, bijvoorbeeld door middel van de beroepsgroep. Specifieke waarden, die op professionele organisaties en professionals die daarin werkzaam zijn, van toepassing zijn, worden duidelijker wanneer Freidson's (2001) theorie over professionalisme nader wordt bestudeerd. Volgens deze theorie zijn er drie specifieke logica's van elkaar te onderscheiden die ideaaltypische modellen vormen van de wereld, te weten: de wereld van de vrije markt, de wereld van de bureaucratie en de wereld van het professionalisme. In dit laatstgenoemde ideaaltypische model, bevinden zich werknemers die gespecialiseerde kennis hebben en specifieke diensten aanbieden. Om de mate van specifieke kennis op te kunnen doen, hebben professionals een grote hoeveelheid aan gespecialiseerde training nodig, die ze opdoen aan de hand van scholing, bijvoorbeeld via universiteiten. Hun taken hebben een hoge mate van complexiteit, waardoor hun kennis wel zeer gespecialiseerd moet zijn. Immers: het is onmogelijk om detaillistische kennis te hebben van veel verschillende onderwerpen tegelijkertijd (Freidson, 2001: 1-2, 99-103). Volgens Mintzberg (1979, in Kickert, 1988: 263-264), zijn professionele organisaties, zoals ziekenhuizen, scholen, universiteiten en andere non-profit instellingen, dan ook voornamelijk gebaseerd op standaardisatie van deskundigheden en vaardigheden, training en specialisatie.

Vanwege de hoge mate van specialisatie, complexiteit en exclusiviteit van hun werkzaamheden genieten professionals een hoog aanzien met autoriteit en macht over anderen. Ze hebben een hoge sociale status en bovendien een monopoliepositie die gebaseerd is op hun opleiding en kennis. De monopoliepositie die professionals genieten is tweeledig: ze hebben een monopoliepositie ten opzichte van de cliënt en ten opzichte van hun superieure managers wat betreft hun specifieke taken, kennis, service en prestatie, immers: zowel cliënten als managers kunnen geen anderen inhuren omdat professionals de enigen zijn die bepaalde producten en diensten kunnen leveren en die aan bepaalde kwalificaties voldoen in de vorm van diploma's (Freidson, 2001: 99-103). Deze diploma's zijn ook nog eens uitsluitend haalbaar via een 'single qualifying entry route' (Marks, Scholaris & Lockyer, 2002).

Daarnaast hebben professionele kenniswerkers stabiele en ordelijke carrières waarbij ze gedurende lange tijd een specifiek beroep uitoefenen. Mede vanwege dit laatste voelen zij een sterke mate van loyaliteit jegens hun beroep en beroepsgroep. Bovendien zijn professionele werkers gelimiteerd omdat hun werk een hoge mate van specialisatie kent. Hierdoor hebben ze beperkte

specifieke kennis opgedaan en zijn ze om die reden afhankelijk van elkaar. Dit versterkt hun hang naar elkaar en hun betrokkenheid bij de beroepsgroep. Cameron en Quinn (2006) spreken in dit verband zelfs over een 'extended family'. De onderlinge betrokkenheid tussen medische professionals, wordt bovendien ook geïllustreerd door de aandacht die in hun opleidingen aan identificatie met hun beroep wordt besteed. Dit resulteert in het ontstaan van beroepsverenigingen en professionele verenigingen (Rainey, 2009: 304-305) en in het gesloten karakter van de beroepsgroep, waardoor buitenstaanders niet snel zullen proberen deel uit te maken van professionele groepen (Freidson, 2001: 78). Freidson verwijst naar deze processen met de term 'socialisatie' (2001: 100). Verder beschikken professionals over een bepaalde mate van beroepstrots, waarbij ze gewend zijn met een eigen (medische) taal en eigen gebruiken te communiceren met elkaar (Noordegraaf, 2008: 185). Deze sterke identificatie met de beroepsgroep, leidt tot het verlangen naar erkenning van andere professionals en heeft gevolgen voor de manier waarop professionals aankijken tegen bijvoorbeeld beloningen: sommige professionals prefereren hun werk boven een promotie naar een managementfunctie en een professionele reputatie boven financiële prikkels (Rainey, 2009: 305). Wilson (1989: 60) voegt hieraan toe dat de mate van 'professionaliteit' van een individu feitelijk zelfs afhangt van de mate waarin de referentiegroep (de beroepsgroep bijvoorbeeld) invloed heeft op het gedrag van dat individu. Vanuit dat oogpunt bezien kan volgens Wilson een advocaat niet gezien worden als een professional als deze eigenstandig en bovendien tot het ongenoegen van de advocatenorde handelt.

Buiten kenmerken die betrekking hebben op het werk van professionals, is er in de literatuur ook veelvuldig geschreven over specifieke kenmerken van professionals zelf. Een begrip dat hierbij vaak centraal staat is 'professionele identiteit'. Deze wordt ontwikkeld door een proces waardoor individuen in de loop van de tijd een bepaalde identiteit aannemen, die wordt gekarakteriseerd door verschillende elementen, zoals de persoonlijke identiteit (individuele geschiedenis, ervaring, persoonlijkheid, gevoelens, doelen en waarden), de rol identiteit (sociale of professionele functies, activiteiten en verantwoordelijkheden die een individu wordt verondersteld te hebben) en de sociale identiteit (de verbintenis aan waarden en doelen van specifieke groepen) (White, Borges & Geiger, 2011: 18). De identiteit van een persoon kan dus opgevat worden als iets dat ontstaat door een dynamisch proces en dat is verankerd in verschillende elementen, inclusief taal en interactie (Monrouxe, 2010: 41).

Een specifiek kenmerk van professionals is dat zij belang hechten aan eigenwaarde: een gevoel van beroepseer en beroepstrots (Van den Brink, et al., 2010: 23) en dat zij hun werk vaak zien als een roeping (Filley, House & Kerr, 1976). Verder vinden professionals volgens Filley, House en Kerr (1976) dat ze experts moeten zijn in de kennis die van toepassing is op hun beroep en vinden ze dat ze een grote mate van autonomie moeten hebben met betrekking tot hun activiteiten en beslissingen.

Wilensky (1964: 140-141) voegt hieraan toe dat professionals met name waarde hechten aan twee belangrijke normen: het behoud van professionele standaarden in hun werk (inclusief het in ere houden van de technische competenties van gekwalificeerde professionals, kritiek op collega professionals in het openbaar uit de weg gaan, ongekwalificeerde beroepsbeoefenaars veroordelen en werk dat de standaarden verlaagt uit de weg gaan) en het bewust zijn van de gelimiteerde competenties van specifieke specialisaties binnen het totaal aan specialisaties binnen een beroep (inclusief het hechten van waarde aan claims van andere specialismen en bereid zijn om cliënten door te verwijzen naar meer competente collega's). Ook benadrukken sommige auteurs dat professionals over een altruïstisch karakter beschikken (bijvoorbeeld Flexner, 1917, in: Van den Brink et al., 2010: 64), hoewel daarover geen consensus bestaat in de literatuur. Weggeman (2007) geeft bijvoorbeeld aan dat professionals hun werk niet uit liefde, affectie of betrokkenheid doen, maar omdat zij willen excelleren in hun werk. Hiermee wordt bedoeld dat ze outputgestuurd zijn. Een veelgehoorde zinsnede die dit principe illustreert is: 'operatie geslaagd, maar de patiënt is dood'. Volgens Weggeman (2007) bestaat er geen loyaliteit bij professionals ten opzichte van cliënten of de organisatie waarin zij werken, maar slechts loyaliteit ten opzichte van hun eigen beroep.

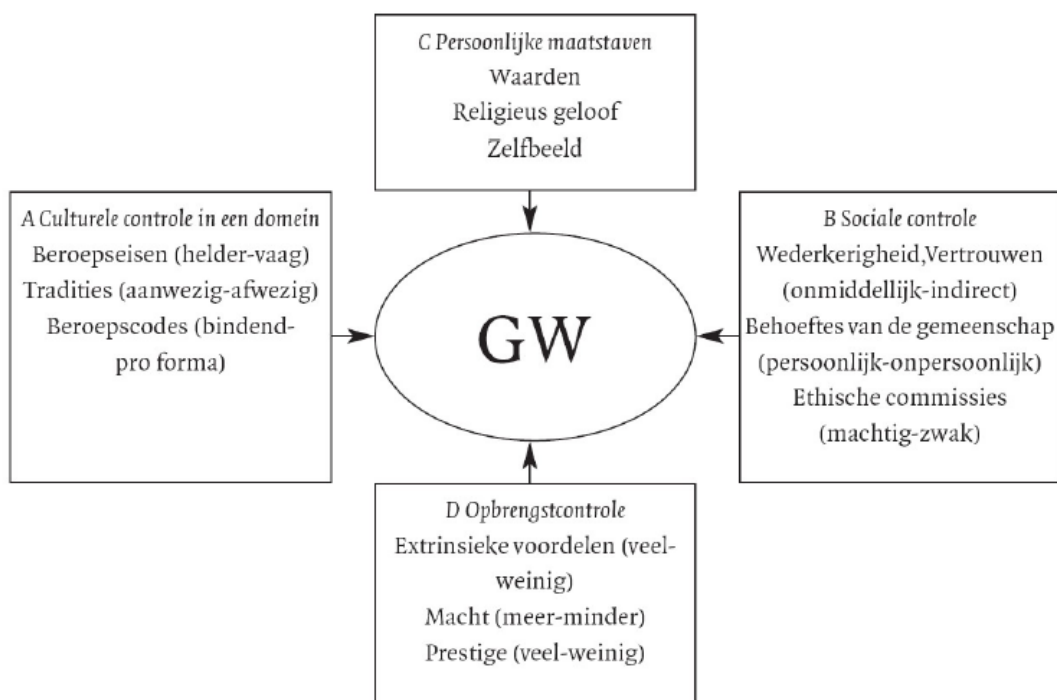
Volgens Van den Brink, Jansen, Soeparman, Van Hulst en Van Gestel (2010: 21) is een belangrijk ander kenmerk van professionals dat zij goed werk willen doen waarmee de hoogste kwaliteitsstandaarden worden gehaald. De motivatie om goed werk te willen doen, komt voort uit drie elementen (Van den Brink et al., 2010: 22):

1. 'engagement': er wordt gestreefd naar werk dat betekenisvol is en betrokkenheid toont;
2. 'excellence': er wordt gestreefd naar werk dat technisch en ambachtelijk voldoet aan de hoogste kwaliteitsmaatstaven;
3. 'ethical': er wordt gestreefd naar werk dat moreel voldoet aan de hoogste maatstaven.

Of professionals in staat worden gesteld om 'goed werk' te doen, hangt af van een aantal voorwaarden. Er zijn bepaalde omstandigheden die het bemoeilijken om goed werk te kunnen doen, bijvoorbeeld druk die van bovenaf wordt uitgeoefend om werk efficiënt te doen (dat wil bijvoorbeeld zeggen dat er meer werk gedaan moet worden in minder tijd en dat er winsten behaald moeten worden terwijl de kosten laag gehouden worden). Specifiek in het geval van medische professionals kunnen er ook omstandigheden zijn waarbij de professionele autonomie wordt ingeperkt, bijvoorbeeld omdat er hogere winsten behaald moeten worden. Dit kan ertoe leiden dat artsen zich gedemoraliseerd voelen, omdat waarden zoals het behalen van winsten voorop worden gesteld ten opzichte van de waarde om een patiënt zo goed mogelijk te behandelen (Barendsen et al., 2011: 6-7; 20). Volgens Barendsen et al. (2011: 21-24) zijn er vier elementen van 'goed werk' (zie onderstaande figuur). Deze elementen zijn:

- A. culturele controle in een domein: gebaseerd op zaken die beroepsbeoefenaren herinneren aan hun plichten, zoals de impliciete regels, werkwijze en specifieke eisen behorende tot een beroep, bijvoorbeeld de Hippocratische eed voor medische professionals;
- B. sociale controle: gebaseerd op het veld, waarin invloed van andere personen die werken binnen een beroep centraal staan, bijvoorbeeld door middel van maatschappen, professionele verenigingen, medische faculteiten, wetenschappelijke stichtingen, wetenschappelijke tijdschriften etc., waarbij deze sociale controle anders kan zijn dan de culturele controle, bijvoorbeeld wanneer jonge medici andere vereisten voor hun werk ervaren (culturele controle) dan wat zij oudere medici zien doen (sociale controle);
- C. persoonlijke maatstaven: gebaseerd op de persoonlijke, geïnternaliseerde standaarden die beïnvloed zijn door de culture en sociale controle, maar ook door het zelfbeeld en persoonlijke waarden van een individu;
- D. opbrengstcontrole: gebaseerd op de effecten van externe factoren op de standaarden die bepalen wanneer er sprake is van 'goed werk', bijvoorbeeld of er sprake is van oorlog of vrede in de samenleving, of de vraag of er binnen een professie plotseling zeer goed betaald wordt of niet.

Figuur 3.1: een grafische weergave van de belangrijkste elementen van Goed Werk (uit: Van den Brink et al., 2010: 27, gebaseerd op Barendsen et al., 2011: 21)

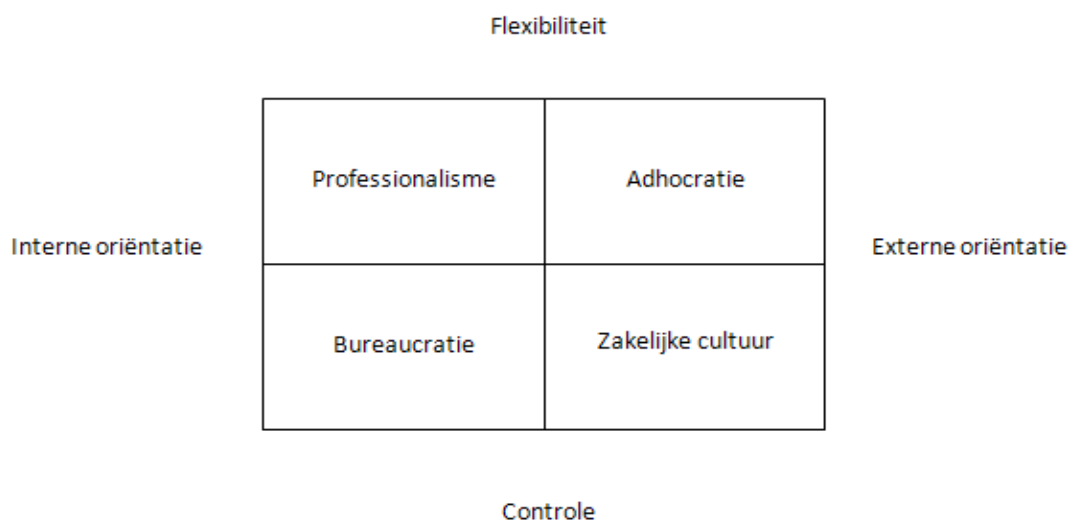


Volgens Barendsen et al. (2011: 25) is de mogelijkheid om ‘goed werk’ af te leveren het grootst wanneer er sprake is van een bepaalde mate van overeenkomstigheid tussen deze vier elementen. Wanneer er heldere en duidelijke standaarden zijn, die gehandhaafd worden in een professie en die geïnternaliseerd zijn door beroepsbeoefenaren en wanneer deze standaarden niet tegen worden gewerkt door externe factoren, is de kans groot dat er ‘goed werk’ wordt geleverd binnen een professie.

3.3 Professionele cultuur

Een andere invalshoek voor het bestuderen van professionals, wordt aangereikt door theorie over organisatiecultuur. Volgens Frissen (1989) is een organisatiecultuur “het geheel aan zingevingpatronen in en rondom een organisatie”. Dat zijn alle normen, waarden en betekenissen die aan de werknemers binnen een organisatie zin en betekenis geven. Dat zijn niet alleen formele verschijnselen zoals ideologie, normen en waarden, maar ook informele verschijnselen die buiten het rationele ontwerp van de organisatie vallen, zoals rituelen, informele communicatie en leiderschapstijlen (Frissen, 1989: 35-45, 112). Het geheel aan zingevingpatronen is voor iedere specifieke organisatie uiteraard anders. Om toch een specifieke organisatiecultuur te kunnen onderscheiden voor organisaties waarin medische professionals werkzaam zijn, wordt er gekeken naar ideaaltypische organisatieculturen. Volgens Cameron en Quinn (2006) kunnen er vier verschillende ideaaltypische organisatieculturen onderscheiden worden, zoals weergegeven in onderstaande figuur.

Figuur 3.2: Kader conflicterende waarden (gebaseerd op: Cameron en Quinn, 2006)



Deze organisatieculturen kunnen onderscheiden worden op basis van twee dimensies:

1. het onderscheid tussen flexibiliteit, vrijheid en dynamiek enerzijds en stabiliteit, orde en controle anderzijds;
2. het onderscheid tussen interne oriëntatie, integratie en uniformiteit enerzijds en externe oriëntatie, differentiatie en rivaliteit anderzijds.

Elk type organisatie kan aan de hand van de twee dimensies opgesplitst worden. Dat levert vier ideaaltypen organisatieculturen op, namelijk: professionalisme, adhocratie, bureaucratie en de zakelijke cultuur. De onderdelen van de verschillende dimensies zijn karakteristiek voor elk type organisatie omdat degenen die tot de organisatie behoren op basis van de weergegeven dimensies beslissingen nemen en bijbehorende waarden nastreven. Het onderscheid in vier afzonderlijke organisatieculturen illustreert dat normen, waarden en betekenissen karakteristiek zijn voor een bepaalde cultuur. Schein (1992) onderscheidt zelfs drie niveaus waarop cultuur zich kan uiten: op het niveau van artefacten (verschijnselen die zichtbaar zijn, zoals werkkleding of een logo); op het niveau van omarmde waarden (organisatiestrategieën, doelen en filosofieën) en op het niveau van basisassumpties (fundamentele basiswaarden van waaruit de andere twee niveaus voortkomen). Hierop is de identiteit van degenen die onderdeel uitmaken van de organisatie gebaseerd en heeft derhalve een grote invloed op het werk dat door individuen gedaan wordt. Volgens Van Hout (2007: 39), bestaat dit derde niveau van basisassumpties uit fundamentele basiswaarden van waaruit de andere twee niveaus voortkomen. Dit niveau bevat diepgaande en onveranderbare assumpties, ofwel basiswaarden.

Omdat artefacten, omarmde waarden en basisassumpties (zoals omschreven door Schein, 1992) karakteristiek zijn voor elk type organisatie, gelden er ook specifieke normen, waarden en betekenissen voor professionele organisaties. Zoals op te maken is uit figuur 3.2, geldt voor de professionele organisatiecultuur dat waarden zoals flexibiliteit, vrijheid en dynamiek en ook interne oriëntatie belangrijk zijn. Een ander kenmerk van professionele organisaties is volgens Mintzberg (1983, in Kickert, 1988: 267), dat professionele deskundigen professionele organisaties domineren op basis van een meritocratie: een organisatievorm waarbij degenen met de juiste kwalificaties het voor het zeggen hebben. Hierop aansluitend wordt het werk van professionals niet extern geregeld of beheerst. Hiërarchie en gezag zijn zwak en topmanagers hebben dan ook een zwakke positie wat betreft hun machtsconfiguratie. Het zijn juist autonome experts die het voor het zeggen hebben (Mintzberg, 1983, in Kickert, 1988: 267). Deze 'professionele controle' uit zich volgens Noordegraaf (2008: 185-186) in "de macht van beroepsgroepen over opleidingen, de selectie van nieuwe beroepsbeoefenaren en de beroepsuitoefening zelf". Beroepsgroepen bepalen wat professionals leren, wie tot de beroepsgroep toetreedt, hoe professionals moeten handelen, aan welke gedragscodes ze moeten voldoen en of en wanneer professionals goed handelen. Dit leidt, althans

volgens Freidson (2001), echter niet tot machtsmisbruik omdat de taken en doelen van professionals verder strekken dan het uitvoeren van specifieke werkzaamheden. Ze streven namelijk naar hogere doelen, zoals rechtvaardigheid, verlossing, waarheid of gezondheid. Professionals voelen zich dan ook zeer verantwoordelijk en hebben derhalve een hoge mate van betrokkenheid bij hun werk. Dit is ook nodig, omdat hun werk verder strekt dan stabiele werktijden. Hun werk stopt niet wanneer hun werktijd er op zit (Freidson, 2001: 100-101, 122).

De specifieke organisatiewaarden die gelden voor professionele organisaties zijn moeilijk te vermengen met artefacten, waarden en basisassumpties van andere typen organisaties. Volgens Monsen en Downs (1965, in Van Mierlo, 1988: 239-240), kan elke organisatie als één en ondeelbaar organisch geheel worden gezien, waarbij één enkel, centraal vastgesteld hoofddoel nagestreefd wordt, dat door alle organisatieonderdelen en organisatieleden als hoofddoelstelling en als richtsnoer voor hun handelen wordt gezien. Om die reden zijn andere doelstellingen, bijvoorbeeld geformuleerd door externe actoren buiten de organisatie, van ondergeschikt belang en soms zelfs niet te verenigen met de belangen en doelen van de organisatie. Bepaalde ontwikkelingen van buiten, die wel van invloed zijn op de organisatie, kunnen om die reden incongruent zijn met de waarden die bij een specifieke organisatie horen. Er is dan sprake van hybriditeit: het tegelijkertijd aanwezig zijn van verschillende conflicterende visies op de werkelijkheid, op problemen en op oplossingen binnen organisaties (Van Hout, 2007: 27, 42). Het gaat daarbij niet om simpele verschillen van mening, maar om dieperliggende zaken, zoals intrinsiek aan elkaar tegengestelde, tegenstrijdige of incongruente percepties of aspecten van een rationaliteit, die ervoor zorgen dat mensen binnen eenzelfde organisatie aangezet worden tot het denken en handelen vanuit verschillende perspectieven en rationaliteiten tegelijkertijd. Organisaties met tegenstrijdige waarden kunnen volgens Van Hout (2007) alleen goed functioneren wanneer de drie niveaus van manifestaties van organisatiecultuur, namelijk artefacten, omarmde waarden en basisassumpties (zie Schein, 1992), volledig met elkaar geïntegreerd zijn.

Vanwege de hoge sociale status, de superioriteit van hun werkzaamheden en de monopoliepositie die medische professionals bezitten, zijn professionals volgens Freidson (2001: 42-60) niet gewend dat anderen hen vertellen wat ze doen. Zij bepalen zelf welke taken zij nuttig en relevant vinden en op welke wijze hun diensten worden uitgevoerd. Professionals zijn gewend om op voor hen kenmerkende manieren naar problemen te kijken en deze op eigen wijze op te lossen (Noordegraaf, 2008: 185). Om die reden zouden ze bijvoorbeeld niet goed uitkomen in bureaucratische organisaties, waarin hiërarchische organisatiestructuren aanwezig zijn en managers bepalen wat ondergeschikte werknemers zouden moeten doen. Professionele organisaties zijn juist gebaseerd op horizontale en verticale decentralisatie (Mintzberg, 1979, in Kickert, 1988: 263-264). Volgens Freidson (2001: 17, 32) is het zelfs onmogelijk om hoog gespecialiseerde experts, zoals

medische professionals, te controleren omdat hun kennis te specifiek is en er maar een klein aantal andere personen is, namelijk andere medische professionals in hetzelfde vakgebied, dat daadwerkelijk in staat is te begrijpen wat ze doen. Om die reden kunnen professionals alleen gecontroleerd worden door andere professionals en hebben ze een hoge mate van autonomie en discretionaire ruimte in hun werk nodig (Weggeman, 2007). De specialisaties die waarden inhouden die door het grote publiek, de staat of de elite belangrijk gevonden worden hebben de status van monopolie en die specialismen controleren hun eigen werk (Freidson, 2001: 17, 32). Dit geldt ook voor medische professionals. Dit is een belangrijke reden waarom professionals niet in andere typen organisaties, zoals bureaucratische, zouden kunnen functioneren. Hoewel Frederickson en Smith (2003: 78-79) (het bestaan van) professionele bureaucratieën beschrijven, benadrukken ook deze auteurs dat dit type organisaties een gedecentraliseerd karakter heeft, waarin de operationele kern, bestaande uit professionals, als het belangrijkste wordt gezien, in tegenstelling tot typische bureaucratieën, waarin de nadruk ligt op het belang van de top- en managementlagen.

Hierop aansluitend, wordt het werk van professionals volgens de literatuur de laatste tijd bemoeilijkt doordat er een afkeer lijkt te zijn ontstaan van professioneel werk, doordat dit niet meer wordt gezien als de ideale werkvorm (Derber & Schwartz, in: Wallace, 1995: 229). Dit gaat gepaard met een grote mate van kritiek op professioneel werk, wat resulteert in een afnemende status van professionele beroepen en het verlies van autonomie en invloed (Cruess & Cruess, 2000). Volgens Cruess, Cruess en Johnston (2000: 157), is deze ontwikkeling gestart in de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw, doordat er vraagtekens werden geplaatst bij alle vormen van autonomie en expertise. Doordat de markt en de staat zich steeds meer gingen bemoeien met de zorgsector en vanwege het toenemende niveau van inkomen in de medische sector, werd deze steeds meer gezien als een zakelijke sector met winst als een factor voor motivatie. Als gevolg moeten zorgprofessionals zich steeds meer aanpassen aan sociale veranderingen, economische ontwikkelingen en consumenten en managers die hun autonomie afwijzen. Hierdoor is er volgens Noordegraaf (2007: 763) geen sprake meer van een 'pure professional'. Professionals maken tegenwoordig steeds meer deel uit van systemen waarin kostenbeheersing, gestelde doelen en indicatoren belangrijk worden gevonden. Bovendien werken professionals steeds minder vaak in professionele organisaties, en steeds vaker in organisaties waarin zij onderworpen worden aan bureaucratische controle, terwijl de meeste professionele beroepen daar niet geschikt voor zijn (Rainey, 2009: 305). Binnen deze organisaties worden zij niet aangestuurd door andere professionals, maar door bureaucraten, met als gevolg dat er vervreemding kan optreden bij de professionals ten opzichte van hun werk (zie bijvoorbeeld Hall & Tolbert, 2004) of beleid dat schuilgaat achter hun werk (zie bijvoorbeeld Tummers, Bekkers & Steijn, 2009; Tummers, 2010; 2011, die nader worden besproken in paragraaf 3.4).

3.4 Verschillende perspectieven op professionals

In de wetenschappelijke literatuur worden verschillende perspectieven gehanteerd om tegen professionals aan te kijken. Een belangrijke tegenstelling is terug te vinden in het onderscheid tussen idealistische en kritische benaderingen. Zo zijn er auteurs die op een normatieve manier schrijven over professionals, zoals Carr-Saunders en Wilson (1933, in Van den Brink, Jansen, Soeparman, Van Hulst & Van Gestel, 2010: 62). Deze auteurs beweerden dat professionals een belangrijke morele rol kunnen spelen in de samenleving omdat zij ideale werkers zijn die een alternatief kunnen bieden voor zakenmannen die alleen maar uit zijn op winst. Ook de bekende socioloog Emile Durkheim zag een morele rol weggelegd voor professies; deze konden een moreel verband toevoegen aan de commerciële markt, waarin niet vanzelfsprekend moreel gehandeld werd. Op basis van de overwegend positieve manier waarop er geschreven wordt over professionals, kunnen ook moderne(re) auteurs gerekend worden tot deze categorie van idealistische benaderingen; een voorbeeld is Freidson (2001). Volgens Dwarswaard en Trappenburg (2012: 504) zijn er behalve benaderingen die de professionele beroepsethiek zien als waarborg voor goed handelen, ook perspectieven die benadrukken dat professionals beschikken over machtsmiddelen die als tactisch instrument ingezet kunnen worden. Dit laatste vormt het uitgangspunt van kritische perspectieven op professionals. Zo kunnen artsen zich verschuilen achter hun medische beroepsgeheim om dingen te verbergen en kunnen artsen eigenlijk uit zijn op financieel gewin, terwijl zij doen voorkomen dat zij het beste voor hebben met hun patiënten. Bij dit perspectief aansluitend kunnen professionals gezien worden als een bedreiging vanwege de hoge mate van autonomie en zelfcontrole die vaak gepaard gaan met professioneel werk. Dit levert professionals namelijk een dominante positie op waardoor zij in staat gesteld zouden kunnen worden om hun macht te misbruiken (Dwarswaard en Trappenburg, 2012: 504).

Buiten dit onderscheid tussen idealistische en kritische beschrijvingen van professionals, onderscheiden Cruess en Cruess (2008) nog twee verschillende perspectieven op professionals. Het gaat hier echter om andersoortige perspectieven. Deze sluiten aan bij de term 'sociaal contract'. Deze term is afkomstig van de zeventiende en achttiende eeuwse filosofen Hobbes, Locke en Rousseau. Volgens Cruess en Cruess (2008: 580-581) is de samenleving gebaseerd op sociale contracten die worden afgesloten tussen personen. In het kader van de medische zorg, staat de gemeenschap medische professionals autonomie, de mogelijkheid van zelfregulering en een monopoliepositie toe op basis van hun kennis, in ruil voor de verwachting dat zorgprofessionals patiëntbelangen altijd boven het eigen belang zullen stellen en hun competenties demonstreren door middel van moraliteit en integriteit. Dit sociaal contract biedt de morele basis voor professioneel werk (Sullivan, 2005: 54, in Cruess & Cruess, 2008: 581) en bestaat uit zowel expliciete

als impliciete regels, waaronder ook formele wet- en regelgeving en ethische codes. De genoemde auteurs merken echter op dat altruïsme, betrokkenheid en het hebben van een onafhankelijk professioneel oordeel niet door middel van wetgeving opgelegd kunnen worden; deze waarden moeten bij individuen van binnenuit komen (Coulehan, 2005 in Cruess & Cruess, 2008: 583).

Bij deze theorie over het sociale contract tussen professionals en de samenleving, horen twee verschillende perspectieven met betrekking tot verwachtingen, namelijk: de verwachtingen die patiënten hebben van professionals enerzijds en de verwachtingen die de overheid heeft van professionals anderzijds. Verwachtingen die zowel de overheid als patiënten hebben van zorgprofessionals zijn (Cruess & Cruess, 2008: 585-586):

- het verzekeren van de competentie van behandelaren;
- het tonen van moraliteit, integriteit en eerlijkheid;
- verantwoordelijk en transparant zijn;
- het hebben van respect voor de autonomie van de patiënt;
- een bron zijn van objectief advies;
- het promoten van het publieke goed.

Daarnaast hebben patiënten nog de specifieke verwachtingen dat zorgprofessionals de rol van genezer vervullen, dat ze patiënten tijdige toegang verschaffen tot bekwame zorg, dat ze altruïstische diensten aanbieden, dat ze betrouwbaar zijn en dat ze respect hebben voor de autonomie van de patiënt. Tegelijkertijd heeft de overheid, naast bovengenoemde verwachtingen, andere verwachtingen van zorgprofessionals dan patiënten; de overheid verwacht van zorgprofessionals dat ze in overeenstemming met zorgsystemen, inclusief wet- en regelgeving, handelen, dat ze transparant zijn in besluitvorming en administratie, dat ze verantwoording afleggen over prestaties, productiviteit en kosteneffectiviteit en dat ze participeren in 'team health care' (Cruess & Cruess, 2008: 585-586). Hoewel deze verschillende verwachtingspatronen op gespannen voet met elkaar kunnen zijn, moeten zorgprofessionals hiermee omgaan in hun dagelijkse werk.

3.5 Eerder onderzoek naar zorgprofessionals in de GGZ en het DBC-systeem

De afgelopen jaren is er veel geschreven over zorgprofessionals in de GGZ en de invoering van het DBC-systeem. Een voorbeeld is een publicatie opgetekend door Smullen (2013), waarin de vraag centraal staat welke uitdagingen er voor zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg zijn ontstaan naar aanleiding van het werken met DBC's. Eén van de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek is dat de basiscomponenten waarop het DBC-systeem gebaseerd is, waaronder diagnoses, behandeltrajecten en de zichtbaarheid van medische input, problematisch zijn voor de geestelijke

gezondheidszorg (Smullen, 2013: 120-121). De categorieën waarop het DBC-systeem gebaseerd is, sluiten niet aan bij de praktijk omdat de behandeling van psychische aandoeningen zich niet lenen voor standaardisering. Volgens de auteur wordt namelijk ten onrechte verondersteld dat er 'klinische homogeniteit' is, wat inhoudt dat verschillende behandelaren vergelijkbare patiënten op vergelijkbare wijzen diagnosticeren en dat er een helder onderscheid bestaat tussen patiënten met verschillende aandoeningen. De realiteit van de geestelijke gezondheidszorg is echter niet zo homogeen en onderscheidend. De diagnose zegt in de geestelijke gezondheidszorg niet altijd iets over (de duur van) het behandeltraject. Daarnaast beargumenteert de auteur dat het DBC-systeem is ontwikkeld door financiële experts en accountants en niet door behandelaren, terwijl een goede werking van het systeem afhankelijk is van betrouwbare inhoudelijke informatie. Het DBC-systeem is echter gebaseerd op berekeningen op basis van informatie over eigenschappen van verschillende patiëntgroepen en statistische gemiddelden van de duur van bijbehorende behandelingen (Smullen, 2013: 114-118).

Een ander belangrijk punt van Smullen (2013: 121) is dat de mate waarin DBC's zichtbaar maken wat behandelaren in de psychische zorg daadwerkelijk doen gelimiteerd is. Een groot deel van het werk van behandelaren in de GGZ houdt praten en het voorschrijven van pillen in. Deze activiteiten worden in het DBC-systeem geregistreerd en blijven beperkt tot lijsten van voorgeschreven medicijnen en minuten aan geleverde zorg. Deze eenheden zeggen nog niet veel over de behandelingen, waardoor de transparantie van de kwaliteit van geleverde zorg beperkt blijft. Tegelijkertijd beweert Smullen (2013: 109-112) dat de geestelijke gezondheidszorg historisch gezien gemarginaliseerd wordt ten opzichte van de reguliere geneeskunde; psychiatrische behandelingen vonden, en vinden nog steeds, hoofdzakelijk plaats in aparte instellingen en klinieken, gescheiden van andere vormen van zorg die in ziekenhuizen plaatsvindt. Volgens de auteur komt dit door de lage status van medische beroepen in de geestelijke gezondheidszorg en worden behandelaren die zich bezighouden met de psyche, evenals hun patiënten, gestigmatiseerd. Dit beeld wordt ook nog eens versterkt door de controverse die rondom behandelingen heerst; de meningen over wat geschikte behandelingen zijn in de GGZ zijn verdeeld.

Andere onderzoeken naar zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg en de introductie van het DBC-systeem, zijn uitgevoerd door Tummers (2010; 2011) en Tummers, Bekkers en Steijn (2009). Uit dit kwantitatieve onderzoek dat gebaseerd is op een steekproef van 1300 zorgprofessionals uit de GGZ is gebleken dat de zorgprofessionals niet positief tegenover het DBC-systeem staan en ook niet erg bereid zijn om te werken met DBC-regelgeving. Zo denken ze dat het DBC-systeem de doelstellingen waarvoor het in het leven is geroepen (zoals transparantie in de kosten en kwaliteit van zorg, doelmatigheid en keuzemogelijkheden voor patiënten) niet haalt, vinden ze dat ze weinig invloed hebben op het systeem, ervaren ze redelijk weinig autonomie in de

uitvoering van het beleid en zijn ze negatief over de toegevoegde waarde van DBC's, zowel voor henzelf als voor patiënten (Tummers, 2010: 10-24).

Volgens Tummers (2011) hebben deze bevindingen tot gevolg dat er beleidsvervreemding optreedt bij de zorgprofessionals in de GGZ: het voelen van weerstand tegen het implementeren van beleid. Beleidsvervreemding bestaat uit de volgende elementen (Tummers, 2012: 304), waarvan de drie eerstgenoemde gerekend kunnen worden tot machteloosheid ('powerlessness') en de twee laatstgenoemde tot zinloosheid ('meaninglessness'):

- strategische machteloosheid: "de mate van gepercipieerde invloed van professionals op de inhoud van het beleid, zoals vastgesteld in wet- en regelgeving";
- tactische machteloosheid: "de mate van gepercipieerde invloed van professionals op de manier waarop hun organisatie het beleid implementeert";
- operationele machteloosheid: "de mate van gepercipieerde invloed van professionals op de manier waarop zij zelf het beleid uitvoeren";
- zinloosheid voor de samenleving: "de perceptie van professionals over de toegevoegde waarde van het beleid aan belangrijke doelen voor de samenleving";
- zinloosheid voor de eigen cliënten: "de perceptie van de professionals over de toegevoegde waarde van het beleid voor hun cliënten".

Volgens Tummers (2011: 555) kunnen professionals een weerstand tegen nieuw beleid ervaren wanneer zij zich machteloos voelen bij de implementatie van beleid en wanneer zij de waarde van beleid voor de maatschappij of voor patiënten niet inzien. Beleidsvervreemding sluit volgens de auteur dan ook aan bij bredere ontwikkelingen waarbij professionals steeds meer onder druk komen te staan. Deze ontwikkelingen hebben veelal te maken met de introductie van marktprincipes in de gezondheidszorg, zoals het implementeren van beleid dat gebaseerd is op waarden zoals efficiëntie, doelmatigheid en kostenbeheersing. Deze waarden conflicteren vaak met professionele standaarden (Tummers, 2011: 556), zoals het leveren van de best mogelijke zorg aan een patiënt. Het is dan ook niet vreemd dat Tummers, Bekkers en Steijn (2009) door middel van een grootschalig onderzoek hebben aangetoond dat publieke professionals, zoals artsen, vaak problemen hebben met het zich identificeren met beleidsprogramma's die zij moeten implementeren.

3.6 Kanttekeningen

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk worden theoretische bronnen aangehaald die schrijven over professionals. Er bestaat echter geen consensus over welke beroepsbeoefenaren tot dit concept gerekend kunnen worden. Eén van de beroepen waar wel overeenstemming over bestaat is die van arts. In de GGZ is dat echter alleen de psychiater, immers: psychotherapeuten, GZ-psychologen,

klinisch psychologen en ook de andere behandelaren in de GGZ hebben geen medische opleiding genoten. Toch worden deze behandelaren in dit onderzoek als professionals beschouwd vanwege de inrichting van hun beroep. Het beroep van deze personen is namelijk op vergelijkbare wijze ingericht als dat van psychiaters, namelijk met typisch professionele kenmerken, zoals een grote mate van autonomie en veel discretionaire ruimte om beslissingen te nemen.

3.7 Conclusies behorende bij dit hoofdstuk

Het onderwerp van dit onderzoek kan gezien worden in het licht van een breder thema, namelijk de implementatie en uitvoering van beleid. Zorgprofessionals declareren immers zorgkosten op basis van een geïntroduceerd systeem dat bedacht is door beleidsmakers, en derhalve gezien kan worden als beleid. Bovendien zijn er allerlei wetten, regels en procedures opgesteld die actoren die betrokken zijn bij de declaratie van zorgkosten voorschrijven hoe zij dit moeten doen. In de bestuurskundige literatuur is uitvoerig geschreven over beleid, waaronder wetten, regels en procedures en de uitvoering en implementatie daarvan door degenen die te op de werkvloer te maken krijgen met dat beleid. Zo heeft Lipsky (1980) aangetoond dat er verschillen zitten tussen het beleid zoals dat ontwikkeld is door beleidsmakers en de uitwerking daarvan in de praktijk, en dat dit bovendien logisch is omdat beleidsuitvoerders routines ontwikkelen die gelden als ‘coping’ strategieën om hun gewenste activiteiten uit te kunnen blijven voeren op manieren die zij zelf geschikt achten, ondanks het ingevoerde beleid. Volgens de auteur spelen deze zaken bij zogenaamde ‘street level bureaucrats’, individuen die werkzaam zijn in publieke diensten die met cliënten te maken hebben en bij de uitvoering van hun werk een substantiële hoeveelheid discretionaire ruimte hebben (Lipsky, 1980: 3). Deze beleidsuitvoerders hebben te maken met twee verschillende en tegengestelde verwachtingspatronen: enerzijds moeten ze voldoen aan de verlangens van cliënten, en anderzijds aan die van de beleidsmakers (de overheid). Hier voegt Wilson (1989) aan toe dat het werk van dergelijke beleidsuitvoerders niet alleen wordt bepaald door de regels en procedures die gelden, maar hoofdzakelijk door allerlei andere zaken, zoals werkomstandigheden en opvattingen en ervaringen van de beleidsuitvoerders en hun collega’s. Om die reden is de uitvoering van beleid niet altijd in overeenstemming met de bedoelingen van beleidsbepalers.

Deze theorieën zijn ook van toepassing op zorgprofessionals, omdat zij ook diensten aanbieden waarbij zij aanzienlijke hoeveelheden discretionaire ruimte nodig hebben om de aard van problemen en om de gepaste hoeveelheid en kwaliteit van diensten aan cliënten te kunnen bepalen. Zoals verder uit dit hoofdstuk is gebleken, gelden voor professionals bepaalde kenmerken, voorwaarden en ook een bepaalde professionele cultuur. Hieruit is gebleken dat er in het algemeen al een

specifieke logica of rationaliteit geldt voor het handelen van professionals, die wordt beïnvloed door normen, waarden en routines die door professionals belangrijk worden gevonden. Zo wordt er veel belang gehecht aan een optimale behandeling van patiënten en aan het autonoom, zelfsturend en zelfregulerend kunnen handelen in de uitoefening van het medische beroep, omdat dit laatste nodig wordt geacht om patiënten het beste van dienst te kunnen zijn. Deze en andere normen, waarden en routines hebben een grote invloed op het handelen van zorgprofessionals en wellicht ook op handelingsrationaliteiten die ten grondslag liggen aan declaratiegedrag. De kenschets van professionals die in dit hoofdstuk op basis van een bestudering van academische literatuur is gegeven, heeft daarom effect op de verschillende handelingsrationaliteiten die ten grondslag kunnen liggen aan het declaratiegedrag van zorgprofessionals. Deze handelingsrationaliteiten worden in het volgende hoofdstuk uiteen gezet.

Hoofdstuk 4

Analysekader

In dit hoofdstuk zijn handelingstheorieën uiteengezet, die gebruikt zullen worden om de empirische bevindingen uit de praktijk te analyseren. Deze theorieën zijn geselecteerd op basis van het vermoeden dat ze wel eens een goede verklaring zouden kunnen bieden voor wat er zich afspeelt rondom het declaratiegedrag van zorgprofessionals en kunnen mogelijk relevante inzichten opleveren wanneer ze toegepast worden op bevindingen uit de praktijk. De theorieën zullen gezamenlijk gebruikt worden als een 'zoeklichttheorie', die er op gericht is verschillende mogelijke verklaringen samen te brengen tot een breed perspectief, teneinde een beter begrip te krijgen van het declaratiegedrag van zorgprofessionals.

De handelingsrationaliteiten die ten grondslag liggen aan declaratiegedrag van zorgprofessionals worden beïnvloed door normen, waarden en routines die schuil gaan achter het handelen van professionals in het algemeen. Over dit onderwerp is in de literatuur uitvoerig geschreven, zoals is gebleken uit het vorige hoofdstuk. De handelingsrationaliteiten die in dit hoofdstuk staan beschreven worden 'ingekleurd' met de theorieën over professionals die in het vorige hoofdstuk aan bod zijn gekomen. Op die manier worden de handelingstheorieën als het ware toegespitst op zaken die op

zorgprofessionals van toepassing zijn en die om die reden van invloed zijn op hun handelen. Dit gebeurt deels al in dit hoofdstuk en deels in het hierop volgende hoofdstuk, waarin de besproken theorieën worden geoperationaliseerd.

In de literatuur worden verschillende uiteenlopende theorieën aangehaald die een verklaring bieden voor handelingen. Deze theorieën zijn grofweg in te delen in twee categorieën: theorieën die menselijk handelen proberen te verklaren als een product van individuele keuzes en theorieën die menselijk handelen proberen te verklaren als een product van keuzes die gebaseerd zijn op de instituties waartoe individuen behoren of die invloed op hen hebben. Laatstgenoemde theorieën gaan uit van collectieve keuzeprocessen en omstandigheden die voor specifieke groepen gelden of die in het algemeen geldig zijn en dus niet zozeer het resultaat zijn van keuzes van specifieke individuen. Deze categorieën worden in paragraaf 4.1 en 4.2 uiteengezet, waarbij laatstgenoemde wordt uitgesplitst in drie verschillende stromingen, te weten regulatief, normatief en cognitief institutionalisme.

4.1 Rationaliteiten gebaseerd op het handelen van individuen

Handelingstheorieën die gebaseerd zijn op keuzes en overwegingen van individuen, gaan er vanuit dat het gedrag van individuele personen gericht is op het belang van deze individuen. Eén van de meest bekende theorieën die dit als uitgangspunt heeft, is rationele keuze theorie. Deze theorie wordt veel gebruikt in de economie. In het vervolg van deze paragraaf volgt een beschrijving van de rationele keuze theorie, waarna nog een andere theorie zal worden aangehaald die hier nauw op aansluit, namelijk de principaal-agenttheorie.

Rationele keuze theorie

Wanneer medische professionals strategisch gedrag vertonen om zichzelf te verrijken, kan er worden verondersteld dat ze vanuit rationele keuze handelen. Volgens Fredrickson en Smith (2003: 185), handelen individuen namelijk vanuit rationele keuze als ze handelingen verrichten die tot doel hebben om hun nut, op te vatten als persoonlijk gewin, te maximaliseren. Hun acties zijn dan uitsluitend gebaseerd op de calculatie van eigenbelang. Rationele keuze theorie is afkomstig uit de economie en probeert het gedrag van actoren te verklaren als een uiting van het streven naar eigenbelang, net zoals actoren die opereren op de vrije markt, zoals producenten en consumenten (Buchanan, 1972, in Frederickson en Smith, 2003: 185). Op de vrije markt worden namelijk marktmechanismen gehanteerd die zakenlui in staat stellen om hun winsten te vergroten, door middel van het verlagen van de productiekosten van goederen en tegelijkertijd producten van betere

kwaliteit te leveren dan hun concurrenten. Hoewel de inrichting van onze publieke sector gebaseerd is op andere principes dan het besproken marktprincipe, beargumenteren Buchanan en Tullock (respectievelijk 1957 en 1962, in Frederickson en Smith, 2003: 186) dat ook in de publieke sector rationeel handelende actoren te vinden zijn die op eigenbelang gericht zijn. Naast de publiek georiënteerde, neutrale ambtenaar is er volgens hen een rationeel handelende, nut maximaliserende actor te onderscheiden. Deze laatstgenoemde werkt in de publieke sector om dezelfde redenen dat zakenlui in de private sector werken: om er voordeel uit te halen. Dit staat haaks op het in de bestuurskunde alom bekende idee dat publieke werkers, gecontroleerd door representatieve democratische lichamen, publieke services aanbieden, anders dan op basis van vraaggerichtheid van consumenten.

Hierop voortbordurend zullen actoren op basis van rationele keuze altijd kiezen voor opties die hen het meeste opleveren en het minste kosten. Bovendien maken individuen keuzes gebaseerd op hun persoonlijke kans op gewin, in tegenstelling tot institutionele theorieën beweren. Laatstgenoemde gaan namelijk eerder uit van collectieve keuzeprocessen (Frederickson en Smith, 2003: 186-187) dan van autonoom handelende individuen die louter gedrag vertonen dat in hun eigen belang is (Peters, 2005: 1). Het maximaliseren van nut hoeft niet strikt opgevat te worden als het bevorderen van direct financieel gewin. Het kan bijvoorbeeld ook inhouden dat een individu gedrag vertoont dat bijdraagt aan de kans op een promotie of nog andere vormen van persoonlijk gewin. Het is daarbij lastig om onderscheid te maken tussen gedrag dat zorgprofessionals vertonen om het persoonlijke nut te maximaliseren en gedrag dat bijvoorbeeld het beste is voor de organisatie als geheel. Toch is er alleen maar sprake van rationele keuze als ook het individu er direct voordeel uit haalt om bepaalde handelingen te verrichten. Als een individu alleen maar handelt omdat dat van anderen in de organisatie verlangd wordt, is er derhalve strikt genomen geen sprake van rationele keuze, tenzij er nog een directe link te ontdekken is naar een persoonlijk belang.

Indien er in het geval van zorgdeclaraties door zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg sprake zou zijn van rationeel handelende actoren zoals omschreven in de rationele keuze theorie, zou dat een opvallend gegeven zijn, omdat theorieën over professionalisme dergelijk gedrag niet beschrijven. Bezien vanuit sommige van deze theorieën zou het voor de hand liggen dat zorgprofessionals het belang van hun patiënten boven hun eigen belang stellen. Dit zou, althans volgens Freidson (2001: 100-101, 122), voorkomen dat er machtsmisbruik plaatsvindt door professionals. Andere professionele theorieën veronderstellen echter dat professionals hun macht, ontleend aan de autonome positie die ze hebben binnen hun werk, eenvoudig kunnen misbruiken. Handelen uit eigen belang, of met andere woorden op basis van rationele keuze overwegingen, sluit beter aan bij deze laatstgenoemde kritische benadering.

Principaal-agenttheorie

De principaal-agenttheorie gaat net als rationele keuze theorie uit van rationeel handelende individuen, of met andere woorden, van actoren die uit eigenbelang handelen. De principaal-agenttheorie vormt echter een aanvulling op rationele keuze theorie, en wel door de focus te verbreden naar de rolverhouding tussen beleidsbepalers en beleidsuitvoerders. Volgens de principaal-agenttheorie huren werkgevers of beleidsbepalers (principalen) werknemers of beleidsuitvoerders (agenten) in om laatstgenoemden in het belang van de principaal te laten werken (Dunlop en James, 2007: 405). Een agent moet volgens de principaal-agenttheorie constant in de gaten worden gehouden door de principaal, omdat deze anders in zijn eigen belang zal handelen en niet in het belang van de principaal. Hoewel van agenten wordt verwacht dat zij in het belang van de principaal optreden, kan het zo zijn dat agenten andere doelen nastreven, zoals eigen financieel gewin, macht, prestige of carrière ontwikkeling (Laffont en Martimort, 2002, in Poth en Selck, 2009: 139). Er kan dus sprake zijn van conflicterende of strijdige belangen.

Een probleem dat hierbij centraal staat is de beperkte mogelijkheid van de principaal om de agent te controleren. Omdat beleidsuitvoerders, de agenten, degenen zijn die het opgestelde beleid van de beleidsmakers, de principalen, uitvoeren, weten alleen zij wat er daadwerkelijk gebeurt op de werkvloer. Ze zijn bovendien meestal met velen, beschikken over praktische kennis en onderhouden de contacten met bijvoorbeeld cliënten. Zodoende beschikken agenten over belangrijke machtsmiddelen die hen in staat stellen zich te onttrekken aan de volledige controle van principalen. Beleidsbepalers zijn niet in staat beleidsuitvoerders precies te controleren en kunnen de inzet van laatstgenoemden op de werkvloer dan ook niet goed inschatten. Daarom beschikken agenten over een bepaalde mate van beleidsvrijheid (Bovens, 't Hart en Van Twist, 2007: 197-198). Hierdoor is er sprake van informatieasymmetrie: de principaal heeft niet alle relevante informatie tot zijn beschikking waarover de agent wel beschikt. Agenten kunnen op basis van de verkregen machtspositie afwijkend of ontwijkend gedrag vertonen, door niet te doen wat er van ze gevraagd wordt, of dingen te doen die beleidsuitvoerders niet bevallen (Bovens, 't Hart en Van Twist, 2007: 289-290). Alt en Alesina (1996: 658) beweren zelfs dat experts zover kunnen gaan dat ze hun expertise gebruiken om de macht te grijpen over een beleidsproces van beleidsmakers.

Vanuit de theorie over professionalisme bezien, zal het voor professionals lastig zijn om om te gaan met een kostendeclaratiesysteem. Zorgprofessionals hebben een jarenlange traditie gehad waarbij ze alleen de belangen van de patiënt in hun spreekkamer hoefden af te wegen. Naar aanleiding van nieuw overheidsbeleid zijn daar politieke belangen, beleidsbelangen en financiële belangen bijgekomen. Het zou natuurlijk goed mogelijk kunnen zijn, bezien vanuit deze theorie, dat de belangen van de beleidsbepalers zo strijdig zijn met de belangen die medische professionals

gewend zijn te behartigen, dat ze ervoor kiezen om in strijd met de wensen van de beleidsbepalers te handelen. Bovendien waren zorgprofessionals tot voor kort niet alleen vrijwel uitsluitend gewend om te kijken naar de belangen van de patiënt, maar zijn ze ook gewend om zelfcontrole uit te oefenen en zelfsturend te kunnen optreden. De discretionaire ruimte van de arts, waarin deze in hoge mate autonoom kon handelen, is met de invoering van het DBC-systeem ingeperkt. Een logisch gevolg zou kunnen zijn dat zorgprofessionals proberen te handelen in strijd met de belangen van de overheid door niet mee te werken aan het drukken van zorgkosten en het vergroten van de transparantie. In plaats daarvan is het goed mogelijk dat zij ervoor kiezen om hun eigen belangen na te streven.

4.2 Handelingsrationaliteiten die gebaseerd zijn op instituties en hun invloed op gedrag

Alternatieve verklaringen die achter het declaratiegedrag van zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg schuil kunnen gaan, kunnen gezocht worden in institutionele theorieën. Deze theorieën gaan er vanuit dat gedrag gebaseerd is op cognitieve, culturele en andere verklaringen dan rationele keuze (Peters, 2005: 1). Deze theorieën gaan er met andere woorden vanuit dat het niet uitsluitend overwegingen van een individu zijn die ten grondslag liggen aan gedrag. Er wordt ook aandacht besteed aan verbanden waarbinnen een individu zich bevindt en omstandigheden waar deze mee te maken krijgt.

Over instituties is veel geschreven in de bestuurskundige literatuur en hoewel er verschillende definities van de term 'institutie' in omloop zijn, houdt het begrip volgens March en Olsen (1998: 948, eigen vertaling) het volgende in: "een relatief stabiele verzameling van praktijken en regels die passend worden geacht voor specifieke groepen actoren in specifieke situaties". Instituties kunnen worden gezien als stabiele, terugkerende patronen van gedrag die collectief gewaardeerd worden (Selznick, 1996: 271) en die effect hebben op het gedrag van individuen (Peters, 2005: 18-19). Scott (1995) onderscheidt drie pilaren van instituties waarover volgens hem in de literatuur wordt geschreven: de regulatieve pilaar, de normatieve pilaar en de cognitieve pilaar. Onder de regulatieve pilaar schaarst Scott alle theorieën over regulatieve aspecten van instituties. Dit zijn de aspecten die gedrag beperken en reguleren, zoals expliciete regulerende processen en ook processen van monitoring en sanctionering. Deze zijn niet alleen formeel van aard, maar dit kunnen ook uitingen van informele mechanismen zijn, zoals het afkeuren of mijden van bepaalde activiteiten (Scott, 1995: 37-38). De normatieve pilaar van instituties wordt volgens Scott beschreven als het systeem dat normen en waarden omvat. Deze normen en waarden bepalen gezamenlijk het construct van standaarden. Dit betekent dat zij van invloed zijn op hoe bepaalde dingen gedaan zouden moeten worden en wat geschikte en gepaste manieren zijn om bepaalde doelen na te streven. Bovendien

bepalen ze in grote mate het gedrag van individuen die tot een sociaal verband behoren, omdat deze bepaalde normen en waarden internaliseren die vervolgens hun gedrag gaan sturen (Scott, 1995: 37-38). Tenslotte wordt de cognitieve pilaar volgens Scott omschreven aan de hand van de focus op cognitieve elementen van instituties. Dit houdt in dat gedrag wordt bepaald door de omgeving en context en attributen die hiertoe behoren zoals symbolen, woorden, tekens en gebaren, die allen een effect hebben op individuen omdat ze betekenis toekennen aan objecten en activiteiten (Scott, 1995: 40-45). Deze drie categorieën worden als een 'kapstok' gebruikt om een aantal specifiekere handelingstheorieën aan op te hangen en worden nader uiteengezet in de subparagrafen 4.2.1 tot en met 4.2.3.

4.2.1 Regulatief institutionalisme

Onder de term regulatief institutionalisme schaarft Scott (1995: 35-37) zoals vermeld aspecten van instituties die gedrag beperken en reguleren, zoals expliciete regulerende processen en ook processen van monitoring en sanctionering. Deze hoeven niet formeel van aard te zijn, maar kunnen ook uitingen van informele mechanismen zijn, zoals het afkeuren of mijden van bepaalde activiteiten. Hiertoe behoren zowel formeel gestelde regels als ongeschreven gedragscodes. Deze regulatieve pilaar is essentieel voor het functioneren van instituties. Er is echter niet altijd een grote mate van legitimiteit voor de gestelde geschreven en ongeschreven regels, omdat individuen niet altijd geloven in de juistheid en gepastheid van deze regels. Om die reden is de mate waarin politieke structuren in staat zijn deze regels op te leggen en overtredingen ervan te sanctioneren ook van essentieel belang (Scott, 1995: 37). In deze subparagraaf worden dan ook twee theorieën nader uiteengezet, te weten: regelimplementatietheorie en controletheorie. Eerstgenoemde heeft betrekking op regels en de implementatie daarvan in de praktijk, terwijl de laatstgenoemde is gericht op het belang van de mate waarin actoren in staat zijn controle uit te oefenen naar aanleiding van opgelegde regels en de invloed hiervan op individuen die aan deze controle worden onderworpen.

Regelimplementatietheorie

Terwijl andere theorieën die in dit hoofdstuk staan uitgewerkt uitgaan van effecten op het handelen van professionals op basis van de zorgprofessionals zelf, wordt een fundamenteel andere verklaring voor regelovertrekend gedrag gevonden in theorieën over regelimplementatie. Deze theorieën gaan er vanuit dat handelingen omtrent regelgeving, of het nu gaat om regelconfirmatie of regelovertrekking, plaatsvinden op basis van de intrinsieke aard van de regelingen zelf. Zo kent wet- en regelgeving in het algemeen, en dus ook gezondheidswet- en regelgeving in het bijzonder,

beperkingen. Regels functioneren volgens Roscam Abbing (2007) niet altijd volgens gestelde doelstellingen, bijvoorbeeld omdat een regel een ongewenste werking kan hebben, teveel ruimte openlaat waardoor er mazen zijn ontstaan en kan er onvoldoende samenhang zijn met andere regels of zelfs sprake zijn van een conflict tussen meerdere gestelde regels. Zaken als een te grote of te kleine mate van gelaten discretionaire ruimte en de vaagheid van gestelde normen en categorieën kunnen ook nog een rol spelen in de (incorrecte) toepassing van regelgeving. Daarnaast kan er een probleem liggen bij de handhaving van wet- en regelgeving.

Westerman (2006) stelt bovendien dat het lastig kan zijn om een regel te implementeren wanneer de regel nieuw is, of moeilijk aansluit bij de regels die betrokkenen zelf hanteren, en benadrukt dat dit vooral merkbaar is bij complexe werkvelden met een sterke eigen sociale cohesie, omdat de regels worden begrepen en geïnterpreteerd aansluitend op het eigen stelsel van normen en waarden. Volgens Bakker en Van Waarden (1999), spelen regels in het geval van professionals dan ook alleen een centrale rol als kader en wanneer deze regels in strijd zijn met professionele doeleinden, worden ze niet nageleefd. Of hier sprake van kan zijn in het geval van zorgdeclaratie door professionals, kan wellicht worden vastgesteld aan de hand van regeltoepassingsstijlen. Knegt (1986) onderscheidt drie stijlen van regeltoepassing, namelijk:

- de ambtelijke stijl: men ziet zichzelf als onderdeel van een geheel (bijvoorbeeld een organisatie) en het ondubbelzinnige centrale beleid van de organisatie bepaalt de taakstelling van individuen die van mening zijn dat de buitenwereld deze taakstelling in hun handelen dient te herkennen;
- de politieke stijl: men probeert in de dagelijkse praktijk de eigen autonomie ten opzichte van het centrale gezag te maximaliseren door bij de toepassing van regels creatieve oplossingen te bedenken waardoor eigen gekoesterde normen en waarden zoveel mogelijk overeind blijven;
- de pragmatische stijl: men probeert een compromis te bewerkstelligen tussen duidelijke en gestructureerde regels, die men op waarde schat, en de praktijksituatie, die als geheel onmogelijk te vangen is in regels, met als gevolg dat zij bij de toepassing van regels in de complexe praktijk betekenis proberen te geven aan regelgeving. Hoewel het empirische onderzoek waarop deze stijlen zijn gebaseerd zich richtte op overheidsambtenaren, zijn deze stijlen mogelijk ook van toepassing op professionals.

Afgaande op de theorieën omtrent regeltoepassing, zou een verklaring voor het onjuiste declaratiegedrag van professionals gevonden kunnen worden in de implementatie van (mogelijk verkeerde) regels. Dat regels beperkingen kennen lijkt volgens deze theorieën inherent aan het gebruik van regel, en kan dus worden beschouwd als een 'normale' situatie.

Controletheorie en control balance theorie

Controletheorie is een theorie afkomstig uit de criminologie en heeft als uitgangspunt dat crimineel gedrag volkomen normaal is en zal voorkomen, tenzij er voldoende controlemechanismen actief zijn om dit tegen te gaan. De bindingstheorie, opgesteld door Hirschi (1967), is een van de bekendste controletheorieën. Hirschi ging er, in tegenstelling tot andere criminologische theorieën, vanuit dat achter crimineel of afwijkend gedrag niet noodzakelijk een criminele motivatie schuilgaat. Hij benadrukt juist dat in ieder mens een vorm van hedonisme schuilt dat egoïstisch en agressief gedrag veroorzaakt en dat kan leiden tot criminele of afwijkende gedragingen. De meeste mensen kunnen de natuurlijke drang naar dit type gedrag controleren, waardoor niet iedereen vervalt in crimineel of afwijkend gedrag. In tegenstelling tot de vraag waarom mensen crimineel gedrag vertonen, stelde Hirschi de vraag waarom mensen *geen* crimineel gedrag vertonen (Pratt, Franklin en Gau, 2010: 57-58). Op dit uitgangspunt baseerde Hirschi zijn bindingstheorie.

Het antwoord op deze geformuleerde vraag schuilt volgens Hirschi (1969) in de bindingen die mensen aangaan met andere personen, waarden en instituties. Deze bindingen vormen controlemechanismen die voorkomen dat mensen vervallen in crimineel gedrag. Volgens Hirschi zijn er vier verschillende typen bindingen te onderscheiden. Ten eerste onderscheidt hij gehechtheid of aanhankelijkheid ('attachment'). Met gehechtheid wordt de mate van psychologische affectie met personen en instituties bedoeld. Wanneer iemand zich gehecht voelt aan personen en instituties, bijvoorbeeld ouders en scholen, zullen zij een hogere mate van sociale controle ervaren, wat ervoor zorgt dat ze minder snel crimineel of afwijkend gedrag vertonen. Ten tweede wordt verbondenheid ('commitment') onderscheiden. Hirschi benadrukt dat de mate waarin mensen sociale relaties als belangrijk beschouwen bepalend kan zijn wat betreft crimineel of afwijkend gedrag, omdat mensen de relaties die ze met anderen hebben niet op het spel willen zetten. Ten derde wordt betrokkenheid ('involvement' genoemd, hetgeen betrekking heeft op de mogelijkheid om tijd te spenderen aan crimineel of afwijkend gedrag. Dit houdt in dat wanneer iemand zich bezighoudt met sociale activiteiten, deze persoon geen tijd of mogelijkheid heeft om zich bezig te houden met antisociale activiteiten. De vierde, en tevens laatste onderscheiden vorm van bindingen die door Hirschi (1969) genoemd worden, is overtuiging ('belief'). Dit houdt in dat een persoon die overtuigd is van waarden en normen die schillen achter wetten en regels, deze minder snel zal overtreden. Hoe belangrijker bepaalde waarden voor iemand zijn, hoe kleiner de kans dat diegene regels overtreedt die betrekking hebben op die bepaalde waarden. Dit betekent dat een persoon zich minder snel zal bezighouden met criminele of afwijkende gedragingen waarbij regels of wetten worden overtreden, wanneer er belang wordt gehecht aan de achterliggende waarden achter die regels of wetten (Pratt, Franklin en Gau, 2010: 58-59).

De controletheorie veronderstelt dus dat crimineel of afwijkend gedrag in de hand wordt geholpen door de afwezigheid van controlemechanismen in de vorm van bindingen met een sociaal karakter. De control balance-theorie gaat in bepaalde mate uit van een vergelijkbaar principe. Volgens deze theorie kan, in overeenstemming met de controletheorie, crimineel of afwijkend gedrag namelijk uitgelokt worden doordat er niet voldoende controle wordt uitgeoefend op personen die vervallen in crimineel gedrag. De control balance-theorie voegt echter aan de controletheorie, zoals beschreven door Hirschi (1969), toe dat naast een gebrek aan controle, ook een overmaat aan controle tot bepaalde vormen van deviant gedrag kan leiden. Tittle (1995, in Nijboer, 2007: 306) spreekt in dit verband over een controleratio. Dit houdt in dat de controle waaraan men feitelijk is onderworpen in relatie tot de mate van controle die men kan hanteren in balans moet zijn, omdat er anders een verhoogde kans op deviant gedrag is. Onder de term controle verstaat Tittle (2004: 397, in Nijboer, 2007: 306, eigen vertaling) “de mogelijkheid om sociale of andere acties en omstandigheden te manipuleren of tegen te houden”. Wanneer er sprake is van een overschot of een tekort op de balans van ondervonden en uitgeoefende controle, ontstaat er een predispositie voor deviant gedrag.

In de aangehaalde controletheorieën zit een aantal elementen die in combinatie met theorieën over professionalisme een mogelijke verklaring kunnen bieden voor het vermeende foutieve declaratiegedrag van zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg. Zo zou een mogelijke verklaring kunnen zitten in de afwezigheid of lage mate van overtuiging die zorgprofessionals voelen voor de normen en waarden die schuilgaan achter de regels rondom zorgdeclaratie. Zoals vermeld is een belangrijke reden waarom mensen regels niet overtreden, een bepaalde mate van overtuiging ('belief') in de opgestelde regels (zie Hirschi, 1969).

4.2.2 Normatief institutionalisme

Andere verklaringen voor gedrag worden aangereikt door normatieve institutionele theorieën. De normatieve pilaar van institutionele theorieën wordt zoals eerder vermeld volgens Scott (1995) beschreven als het systeem dat normen en waarden omvat en dat gebaseerd is op voorschrijvende, evaluatieve en verplichtende dimensies van een sociaal verband. Deze normen en waarden bepalen gezamenlijk het construct van standaarden. Dit betekent dat zij van invloed zijn op hoe bepaalde dingen gedaan zouden moeten worden en wat geschikte en gepaste manieren zijn om bepaalde doelen na te streven. Bovendien bepalen ze in grote mate het gedrag van individuen die tot een sociaal verband behoren, omdat deze bepaalde normen en waarden internaliseren die vervolgens hun gedrag gaan sturen (Scott, 1995: 37-38). Deze specifieke institutionele theorie benadrukt dus de

invloed van normen en waarden die instituties op het gedrag van individuen hebben (Peters, 2005: 19).

Hoewel er verschillende definities van de term 'institutie' in omloop zijn, houdt het begrip volgens March en Olsen (1998: 948, eigen vertaling) "een relatief stabiele verzameling van praktijken en regels die passend worden geacht voor specifieke groepen actoren in specifieke situaties" in. Instituties kunnen worden gezien als stabiele, terugkerende patronen van gedrag die collectief gewaardeerd worden (Selznick, 1996: 271) en die effect hebben op het gedrag van individuen (Peters, 2005: 18-19). Anders dan rationele keuze theorieën, gaan institutionele theorieën er vanuit dat individuen handelen op basis van andere normen en waarden dan persoonlijke en andere belangen dan hun eigen in ogenschouw nemen bij het maken van beslissingen (Peters, 2005: 1-2, 16). March en Olsen (1984: 735-738) verwerpen dan ook de reductionistische, utilitaristische en instrumentalistische visie van rationele keuze theorieën dat gedrag respectievelijk gezien kan worden als het collectief aan individuele gedragingen, als het product van berekend zelfbelang en minder als het vormgeven van betekenis, symbolen, rituelen en ceremoniën. Instituties ontstaan uit een proces van institutionalisering, waarin onstabiele los georganiseerde en beperkte technische activiteiten worden omgezet in ordelijke, stabiele, sociaal geïntegreerde patronen (Broom en Selznick, 1955, in Selznick, 1996: 271).

Institutionalisering is gebaseerd op normen en waarden die een centrale rol spelen in het verklaren van menselijk gedrag. Individuele voorkeuren en gedragingen worden dan ook vormgegeven door de betrokkenheid van individuen bij instituties, door middel van regels en normen die samen een 'logic of appropriateness' (een logica van passendheid) vormen. Deze logica bestaat uit de dominante waarden binnen een institutie en bepalen de standaard met betrekking tot waarden, routines, regels en normen, die worden gezien als passend en correct (March en Olsen, 1989: 22-40). Individueel gedragen zich dan ook naar de regels die passen bij een bepaalde identiteit en bepaalde situaties. Hun gedrag is meer gericht op een bepaalde identiteit dan op belangen zoals hun eigenbelang (March en Olsen, 1998: 951-952). De 'logic of appropriateness' komt tot stand door een proces van institutionalisering waarin gedurende een lange periode acties worden herhaald en waaraan betekenissen worden toegekend. Dit proces resulteert in gedragingen en gewoontes die typisch zijn voor een bepaald type organisatie (Berger en Luckmann, 1967: 54, in Scott, 1987: 495) en heeft een dominant effect op individuen die tot een organisatie behoren. Er wordt met andere woorden een bepaalde sociale orde gecreëerd, die tot resultaat heeft dat er doorgaande patronen ontstaan in menselijk gedrag. Hoewel individuen zelf uiteraard nog steeds bewuste keuzen kunnen maken, kunnen gedragingen worden gezien als passend bij bepaalde typen actoren. De 'logic of appropriateness' wordt bovendien gezien als de manier waarop de dingen nu eenmaal gedaan worden binnen bijvoorbeeld een organisatie (Berger en Luckmann, 1967, in Scott, 1987: 495-496),

zonder dat daar verder vraagtekens bij gezet worden (Selznick, 1996: 271). Hoewel organisaties zichzelf wel instrumentele doelen hebben gesteld, worden er door middel van instituties gedragscodes opgesteld die verder strekken dan technische handelingen (Huntington, 1968). Om die reden worden gedragingen van individuen niet gezien als rationele keuzes of als een uitvoering van formele structuren, regels en procedures (Peters, 1996: 208), maar als geïnstitutionaliseerde ideeën over hoe het werk vormgegeven moet worden (Selznick, 1996: 273) en dus als het resultaat van verwachtingen over hoe een individu zich behoort te gedragen. Bovendien proberen individuen geïnstitutionaliseerde organisatievormen, normen, waarden en regels die nu eenmaal bij de organisatie horen vast te houden en ontlene ze hun legitimiteit hieraan (Scott, 1987: 494, 499). Om die reden zullen ze koste wat kost de bijbehorende instituties proberen te behouden.

4.2.3 Cognitief institutionalisme

Het cognitief institutionalisme biedt wederom een ander perspectief op het gedrag van actoren. Het legt de focus op cognitieve elementen van instituties. Dit houdt in dat gedrag wordt bepaald door de omgeving en context en attributen die hiertoe behoren. Symbolen, woorden, tekens en gebaren hebben een effect op individuen omdat ze betekenis toekennen aan objecten en activiteiten. In dat opzicht wordt gedrag bepaald door de betekenis die toegekend wordt aan sociale acties en moet gedrag dus niet geïnterpreteerd worden op een objectieve manier, maar door middel van een subjectieve interpretatie van het individu dat handelingen uitvoert. Het handelen van individuen moet derhalve niet opgevat worden als een som van alle feitelijke acties die zij uitvoeren. Een voetbalwedstrijd bestaat immers ook niet slechts uit actoren die regels volgen en andere actoren die de regels handhaven op het moment dat iemand de regels overtreedt. Er gebeurt nog veel meer, en die context is van belang om gedragingen te begrijpen (Scott, 1995: 40-45). In het vervolg van deze subparagraaf worden twee theorieën uiteengezet, te weten: gelegenheidstheorie en de labelingbenadering. Beide theorieën gaan uit van omstandigheden en context, zij het op geheel eigen wijze.

Gelegenheidstheorie

Gelegenheidstheorie wordt ook wel aangeduid met de Engelse term 'routine activity theory'. Dit is een theorie die veel gebruikt wordt in de criminologie en die ontwikkeld is door Cohen en Felson (1979). De theorie zoekt naar verklaringen voor veranderingen in routineactiviteiten, ofwel normale werkzaamheden, van mensen en wordt gebruikt om veranderingen in criminaliteitscijfers te verklaren (Cohen en Felson, 1979: 589). De theorie houdt in dat de omvang van criminaliteit

afhankelijk is van drie factoren: de aanwezigheid van potentiële daders, de aanwezigheid van aantrekkelijke doelwitten en de afwezigheid van toezicht en controle op aantrekkelijke doelwitten. Cohen en Felson (1979, in Clarke en Felson, 1993: 19) beargumenteren in andere woorden, dat de waarschijnlijkheid dat er criminaliteit plaatsvindt, op welke plaats of welk tijdstip dan ook, afhankelijk is van mogelijke overtreeders, geschikte doelwitten en de afwezigheid van capabele toezichthouders. De theorie benadrukt dat factoren waarvan lang gedacht werd dat ze zouden leiden tot een grotere mate van criminaliteit, bijvoorbeeld lage socio-economische status, niet zozeer tot criminaliteit leiden, maar in plaats daarvan eerder de aanwezigheid van een gelegenheid tot het plegen van criminaliteit. Dit betekent dat criminaliteit altijd aanwezig zal zijn zolang de gelegenheid zich voordoet, onafhankelijk van bepaalde karaktereigenschappen van personen en onafhankelijk van de mate waarin goede sociale voorzieningen of welvaart aanwezig zijn (Bouverne – de Bie et al., 2002: 617). Wanneer er veranderingen plaatsvinden in de maatschappij of in regelsystemen waarop aspecten van onze maatschappij gebaseerd zijn, kunnen de drie aspecten of voorwaarden die door Cohen en Felson (1979) onderscheiden zijn, op bepaalde plaatsen en specifieke tijden ofwel toenemen ofwel afnemen. Om die reden vinden er veranderingen plaats in criminaliteitscijfers, onafhankelijk van sociologische of gedragsmatige voorwaarden die een motivatie kunnen vormen voor overtreeders. In andere woorden hoeft er niet per se een uitgesproken motivatie bij een dader aanwezig te zijn om criminaliteit te plegen (Boetig, 2006: 12-13). Louter de aanwezigheid van verleidelijke en gemakkelijke gelegenheden om criminaliteit te plegen zetten mensen aan om dit te doen (Kolthoff, 2011). Kortom: de gelegenheid maakt de dief. Criminele handelingen waarvoor de gelegenheidstheorie een verklaring zoekt, zijn gericht op doelen die als waardevol worden beschouwd en die bovendien (onder andere) zichtbaar en toegankelijk zijn (Boetig, 2006: 14).

Wanneer één van de drie aspecten die onderscheiden zijn door Cohen en Felson (1979), namelijk potentiële daders, geschikte doelwitten en de afwezigheid van capabele toezichthouders, afwezig zou zijn, zou criminaliteit volgens de gelegenheidstheorie niet plaatsvinden (Boetig, 2006: 13; Cohen en Felson, 1979: 589). Met name laatstgenoemde kan in het kader van foutieve declaraties in de zorgsector een rol spelen. Volgens Boetig (2006: 14), speelt de aan- of afwezigheid van een capabele bewaker, controleur of toezichthouder namelijk een bepalende rol in de uitvoering van een criminele handeling of een afschrikking ervan. Bij controle en controlemechanismen die de kans op criminaliteit kunnen verkleinen kan gedacht worden aan verschillende zaken. Een aantal voorbeelden die door Boetig (2006: 14-15) genoemd worden, zijn onder andere toezicht door wets- of ordehandhavers en beveiligingsmedewerkers, maar bijvoorbeeld ook controle door mensen die niet per definitie in staat worden geacht een oordeel te kunnen geven over de aan- of afwezigheid van illegale handelingen, of groepen en individuen die niet de intentie hebben om te dienen als beschermende kracht. Er kan gedacht worden aan een persoon die aanwezig is in een woning. Dit

kan inbrekers afschrikken, hoewel er wel sprake kan zijn van zichtbare en toegankelijke doelwitten, zoals een portemonnee die in het zicht ligt. Toegepast op het declaratiegedrag van medische professionals, kunnen onder andere patiënten mogelijk fungeren als dergelijke controlemiddelen.

Volgens de wetenschappelijke theorieën over professionalisme, hebben zorgprofessionals een monopoliepositie ten opzichte van hun patiënten, omdat laatstgenoemden vaak niet kunnen inschatten in hoeverre een behandeling wel of niet geschikt is, wat alternatieven zijn en wat de gevolgen van behandelingen voor hen zijn. Ze beschikken simpelweg niet over de juiste kennis om het werk van de zorgprofessional te beoordelen. Dit betekent dat zij niet in staat zijn controle uit te oefenen op de manier waarop zorgprofessionals handelen. Tegelijkertijd is ook controle van bovenaf lastig te realiseren, omdat er ook richting managers en beleidsbepalers een monopoliepositie geldt wat betreft kennis over de werkzaamheden van zorgprofessionals. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat er voor zorgprofessionals een uitgesproken gelegenheid is gecreëerd om zorgkosten foutief te declareren. Toch biedt dit mogelijk geen verklaring voor de plotselinge toename van foutieve declaraties. Het nieuwe DBC-systeem is namelijk geïntroduceerd om de gezondheidszorg transparanter te maken. Dit veronderstelt dat er voorafgaande aan de introductie van de DBC's, nog minder transparantie in zorgdeclaraties was. Dit betekent dat er van te voren een mogelijk nog grotere gelegenheid was voor zorgprofessionals om te frauderen met zorgkosten. Het is niet duidelijk of dit in het verleden op grote schaal gebeurde. Het is dan ook de vraag of er een toename is van het aantal foutieve declaraties, of slechts een toename in het aantal gevallen dat aan het licht komt met het nieuwe systeem.

Op het principe van de gelegenheidstheorie dat crimineel, afwijkend of onjuist gedrag simpelweg wordt 'uitgelokt' doordat er een gelegenheid voor wordt geboden, sluit een andere theorie, afkomstig uit de bestuurskunde, nauw aan. Deze theorie, beschreven door Thaler en Sunstein (2009), houdt in dat het gedrag van individuen afhangt van de 'keuzearchitectuur' die geboden wordt in systemen. Deze keuzearchitectuur houdt de context in op basis waarvan mensen keuzes maken. Een uitgangspunt hierbij is dat er geen 'neutraal design' is voor bijvoorbeeld systemen, waardoor kleine en op het eerste oog insignificante details toch een grote impact kunnen hebben op gedrag. Hierdoor worden mensen die gebruik maken van systemen als het ware gestuurd in de keuzes die ze maken. Bij elektronische apparaten (bijvoorbeeld een mobiele telefoon) geldt bijvoorbeeld dat het overgrote deel van de gebruikers geen wijzigingen aanbrengt aan de fabrieksinstellingen. Hierdoor is het dus van cruciaal belang wat de 'default' opties zijn die in een systeem staan. Volgens Thaler en Sunstein komt dit doordat het menselijke brein twee cognitieve systemen kent: een automatisch systeem dat ongecontroleerd, onbewust, snel en zonder moeite functioneert en een reflectief systeem dat gecontroleerd, zelfbewust, met moeite en traag werkt. Het eerste cognitieve systeem werkt als het ware automatisch, terwijl het tweede systeem actief geactiveerd moet worden. Hierdoor worden

keuzes en inschattingen die als het ware achteloos of intuïtief worden genomen, meestal door het automatische cognitieve systeem genomen. Hierbij aansluitend kan er slim gebruik gemaakt worden van deze inzichten: er kunnen zogenaamde 'nudges' opgenomen worden in keuzesystemen, die bepaald gedrag bij individuen kunnen veranderen of stimuleren op een voorspelbare manier, zonder dat hen iets wordt opgelegd of verboden. Eén van de bekendste voorbeelden van een 'nudge', is de afbeelding van een vlieg in urinoirs op Schiphol, waardoor mannen worden gestimuleerd beter te richten tijdens het urineren (Thaler & Sunstein, 2009: 3-6, 12-14, 19-25). Deze inzichten kunnen relevant zijn voor het declaratiegedrag van medisch specialisten, omdat zij werken met een nieuw geïntroduceerd systeem dat ook een bepaalde keuzearchitectuur kent en dus ook bijbehorende default instellingen. Problemen met onjuiste zorgdeclaratie kunnen een verband hebben met deze zaken.

Labelingbenadering

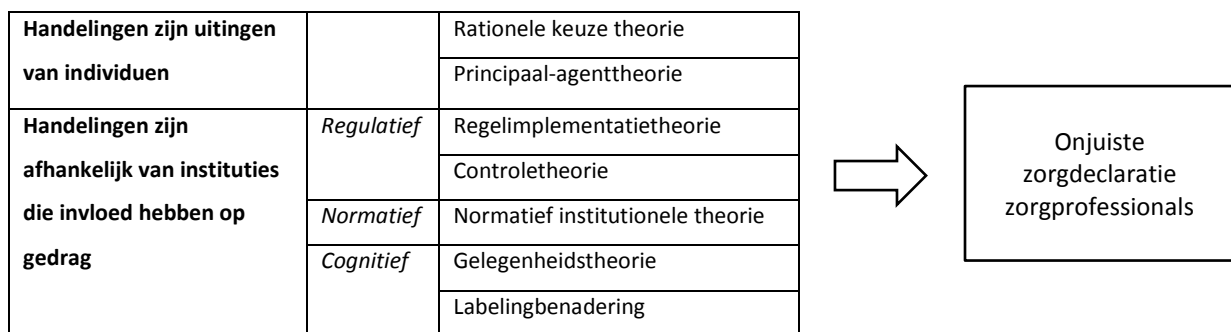
Buiten de verklaringen die bovengenoemde handelingstheorieën bieden, is er nog een fundamenteel andere verklaring mogelijk voor het vermeende foutieve declaratiegedrag van zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg. Volgens de labelingbenadering, afkomstig uit de criminologie, is geen enkel type gedrag vanwege de intrinsieke aard van de gedragingen aan te merken als crimineel of afwijkend en wordt gedrag als zodanig bestempeld op basis van de reactie van de samenleving op deze gedragingen. Gedrag krijgt volgens deze theorie dus pas betekenis wanneer mensen interacteren met elkaar en een bepaalde mate van overeenstemming bereiken hierover en is derhalve een definiëring die tot stand is gekomen op basis van interacties van sociale groepen. Afwijkend gedrag wordt als zodanig bestempeld doordat gedragingen die eerder gezien werden als 'neutraal', aangemerkt worden als normoverschrijdend. Dit gebeurt doordat zogenaamde 'moral entrepreneurs' actief aan het werk zijn om definities te creëren voor wat aangemerkt wordt als afwijkend gedrag (Ritzer, 2005: 427). Dit zegt echter niet noodzakelijkerwijs iets over de gedragingen an sich. Volgens de labelingbenadering zijn er vier categorieën personen te onderscheiden, namelijk: conformisten (mensen die geen afwijkend gedrag vertonen), valselijk beschuldigden (mensen die ten onrechte worden aangezien voor normoverschrijdende gedragingen), pure overtreders (mensen waarvan is aangetoond dat ze normoverschrijdende gedragingen hebben vertoond) en geheime overtreders (mensen die normoverschrijdende gedragingen hebben vertoond maar niet betrapt worden) (Ritzer, 2005: 427).

In de bestuurskunde zijn theorieën te onderscheiden die in grote mate overeenstemmen met de labelingbenadering. In deze theorieën staat het concept 'discourse' centraal. Met deze term wordt bedoeld dat de manier waarop over een onderwerp gepraat wordt, de taal die ervoor gebruikt wordt om het te duiden, bepaalt wat voor kennis er over een onderwerp aanwezig is (Hall, 1997: 72). Er

wordt uitgegaan van het principe dat politieke problemen sociaal geconstrueerd zijn. Of iets aangemerkt wordt als een probleem, hangt af van de vertelling die er omheen is opgezet (Hajer, 1993: 44). Actoren kunnen gezamenlijk een zogenaamde ‘discourse coalition’ vormen die een sociaal construct met elkaar delen en derhalve eenzelfde opvatting hebben over een probleem (Hajer, 1993: 45).

Zoals uit dit hoofdstuk blijkt, zijn er verschillende verklaringen denkbaar voor het foutieve declaratiegedrag van professionals in de geestelijke gezondheidszorg. In onderstaande figuur zijn de handelingstheorieën die gebruikt worden om naar een verklaring te zoeken voor de handelingsrationaliteit achter het declaratiegedrag, en die gezamenlijk een zoeklichttheorie vormen, in een schematisch overzicht weergegeven:

Figuur 4.1: Overzicht van de zoeklichttheorie op basis van handelingstheorieën om de handelingsrationaliteit achter het onjuiste declaratiegedrag van zorgprofessionals te achterhalen



De zoeklichttheorie zal gebruikt worden om empirische bevindingen te voorzien van een verklaring.

Hoofdstuk 5

Operationalisering

Op basis van de theorieën die in het vorige hoofdstuk behandeld zijn, is in dit hoofdstuk opgesteld hoe het declaratiegedrag van zorgprofessionals in de praktijk als het ware 'meetbaar' gemaakt wordt ten behoeve van dit onderzoek. Hierbij staat de vraag centraal wanneer zorgprofessionals bij het declareren van zorgkosten handelen volgens één van de beschreven theorieën. Er wordt afgebakend wanneer de specifieke theorieën in de praktijk toepassing vinden en wanneer er bij het declareren van zorgkosten dus sprake is van een handeling die gezien kan worden als een uiting van één van de theorieën. De handelingsrationaliteit die ten grondslag ligt aan het declaratiegedrag van artsen kan zoals vermeld mogelijk vanuit verschillende perspectieven verklaard worden. Het is de vraag of er achter het declaratiegedrag van medische professionals in de geestelijke gezondheidszorg een rationele keuze logica van individuele winstmaximalisatie zit, of dat er andere verklaringen zijn.

5.1 Operationalisering van handelingsrationaliteiten gebaseerd op het handelen van individuen

Rationele keuze theorie

Volgens theorieën over rationele keuze handelen actoren altijd in hun eigen belang, om hun eigen nut zoveel mogelijk te maximaliseren. In het geval van zorgdeclaraties met betrekking tot het DBC-systeem, zou dat betekenen dat zorgprofessionals altijd voor de meest winstgevende optie zullen kiezen bij het invoeren van de DBC's. Wanneer de keuze bij hen ligt, zullen ze dus kiezen voor duurdere operaties en behandelingen, ook indien dat niet noodzakelijk is. Deze strategie wordt 'upcoding' genoemd en kan worden gedefinieerd als het opzettelijk en systematisch kiezen voor de meest lucratieve behandeling (DBC) door een ziekenhuis of medische professional, ook als dat medisch gezien niet noodzakelijk is voor de behandeling van de patiënt (Hasaart, 2011: 8). Ook zullen ze altijd proberen om behandelingen op een dusdanige manier te registreren, zodat het ze het meeste oplevert. Dit betekent dat zij altijd zullen streven naar de keuze voor een duurder declarabel product. Nog een andere methode om dat te doen, wordt aangeduid met de term 'overdeclaratie', gedefinieerd als het vermeerderen van het aantal DBC's bij een patiënt, om de inkomsten te vergroten (Hasaart, 2011: 8). Tevens zijn er andere strategieën en methoden denkbaar om meer inkomsten te genereren.

Principaal-agenttheorie

Hoewel de principaal-agenttheorie evenals rationele keuze theorie uitgaat van rationeel handelende actoren, schuilen er volgens eerstgenoemde theorie ietwat andere verklaringen achter de handelingen van actoren. In tegenstelling tot rationele keuze theorie, waarin wordt verondersteld dat het doel van actoren het maximaliseren van hun eigen nut is, gaat de principaal-agenttheorie er vanuit dat actoren, en in het bijzonder beleidsuitvoerders, handelen op basis van hun eigenbelang, die tegenstrijdig is met of tegengesteld is aan het belang van beleidsmakers. Beleidsuitvoerders zouden dan ook doelbewust ingaan tegen de belangen van beleidsbepalers, als dat in hun eigen belang is en als er niet voldoende controle op eerstgenoemde wordt uitgeoefend. Wat dat betreft worden de verklaringen achter het handelen van actoren iets breder gedefinieerd. De beleidsbepalers blijken volgens de principaal-agenttheorie namelijk niet in staat om controle uit te oefenen op de beleidsuitvoerders vanwege informatieasymmetrie en deze laatstgenoemden kunnen daarom niet constant in de gaten worden gehouden, hoewel dit wel zou moeten om de beleidsuitvoerders in het belang van de beleidsbepalers te laten handelen. In het geval van het declaratiegedrag van medische professionals kunnen de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het bijbehorende ministerie gezien worden als de beleidsbepalers (de principalen), alsmede de NZa die als verlengstuk van het ministerie optreedt als toezichthouder en handhaver, en medische

professionals, degenen die het beleid van de minister met betrekking tot het werken met het declaratiesysteem, als de beleidsuitvoerders (de agenten). Op basis van deze theorie wordt verondersteld dat zorgprofessionals foutief declareren omdat hun belang tegengesteld is aan de belangen die de beleidsbepaler heeft en tot uiting brengt door middel van het DBC-systeem. Bovendien zijn medische professionals in staat om foutief te declareren, in hun eigen belang, omdat de beleidsbepalers niet in staat zijn om voldoende of effectieve controle te organiseren, als deze theorie van toepassing is.

5.2 Operationalisering van handelingsrationaliteiten gebaseerd op regulatief institutionalisme

Regelimplementatietheorie

Volgens regelimplementatietheorieën zijn er beperkingen aan wet- en regelgeving, waardoor het 'normaal' is dat doelstellingen van gestelde wetten en regels niet altijd gehaald worden. In het geval van onjuist declaratiegedrag van zorgprofessionals, zou dit kunnen betekenen dat er niet conform regels wordt gedeclareerd omdat er bijvoorbeeld teveel ruimte in wet- en regelgeving is gelaten waardoor er mazen zijn ontstaan, kan er sprake zijn van onvoldoende samenhang met andere regels of zelfs sprake zijn van een conflict tussen verschillende regels, kunnen regels een ongewenste werking hebben of kunnen regels vaag zijn geformuleerd. Daarnaast kan er een probleem liggen bij de handhaving van wet- en regelgeving.

Controletheorie en control balance theorie

Controletheorieën gaan ervan uit dat er crimineel of afwijkend gedrag optreedt wanneer er niet voldoende controlemechanismen actief zijn om dit tegen te gaan. De controletheorie veronderstelt dat het, vanuit de menselijke natuur gezien, 'normaler' is dat mensen *wel* afwijkend gedrag vertonen om zichzelf te verrijken, dan dat ze dat *niet* doen. De theorie schrijft de controle over dit type ongewenst gedrag toe aan zogenaamde bindingen, waarvan Hirschi (1969) er vier onderscheidt. Eén van deze type bindingen, overtuiging ('belief') genoemd, kan een belangrijke rol spelen met betrekking tot het declaratiegedrag van zorgprofessionals. Indien medische professionals zich namelijk niet kunnen vinden in de waarden die schuilgaan achter bepaalde regels of wetten, zullen zij minder in staat zijn zichzelf in te houden om deviant gedrag te vertonen. Simpelweg omdat zij zich niet kunnen identificeren met de nieuw geïntroduceerde systemen, zou er dan sprake kunnen zijn van foutief declaratiegedrag. Hoe belangrijker bepaalde waarden voor iemand zijn, hoe kleiner de kans dat diegene regels overtreedt die betrekking hebben op bepaalde waarden. Dit betekent dat een persoon zich minder snel zal bezighouden met criminele of afwijkende gedragingen waarbij

regels of wetten worden overtreden, wanneer er belang wordt gehecht aan de achterliggende waarden achter die regels of wetten (Pratt, Franklin en Gau, 2010: 58-59).

Een andere verklaring die schuil kan gaan achter foutief declaratiegedrag wordt beschreven door de control balance-theorie. Deze theorie onderschrijft dat niet alleen een gebrek aan controle kan leiden tot crimineel gedrag, maar ook een teveel aan controle. Wanneer de controle waaraan men is onderworpen in relatie tot de mate van controle die men kan hanteren niet in balans is, wanneer er dus sprake is van een overschot of een tekort op de balans van ondervonden en uitgeoefende controle, ontstaat er een predispositie voor deviant gedrag. De introductie van een transparanter, opener en makkelijker te controleren declaratiesysteem zou volgens deze theorie dus kunnen leiden tot een toename aan deviant gedrag.

5.3 Operationalisering van de handelingsrationaliteit gebaseerd op normatief institutionalisme

Op basis van institutionele theorie, kan de introductie van marktwerking in de zorg, waaraan waarden zoals efficiëntie en transparantie ten grondslag liggen, gezien worden als een ontwikkeling die niet eenvoudig te verenigen is met het type organisatie waarin medische professionals werkzaam zijn, of met professionaliteit in het algemeen, simpelweg omdat er een andere rationaliteit achter zit, een andere logica, in de woorden van Freidson (2001). De handelingsrationaliteit van professionele organisaties wordt daarmee teruggedrongen, vanwege de incongruentie tussen de professionele waarden en andere waarden die ten grondslag liggen aan de nieuw geïntroduceerde DBC-systematiek. Er is dan namelijk sprake van hybriditeit: het tegelijkertijd aanwezig zijn van verschillende conflicterende visies op de werkelijkheid, op problemen en op oplossingen binnen organisaties (Van Hout, 2007: 27, 42). Het gaat hierbij niet om simpele verschillen van mening, maar om dieperliggende zaken, zoals intrinsiek aan elkaar tegengestelde, tegenstrijdige of incongruente percepties of aspecten van een rationaliteit, die ervoor zorgen dat mensen binnen eenzelfde organisatie denken en handelen vanuit verschillende perspectieven en rationaliteiten. Het is dan ook niet vreemd dat Tummers, Bekkers en Steijn (2009) door middel van een grootschalig onderzoek hebben aangetoond dat publieke professionals, zoals artsen, vaak problemen hebben met het zich identificeren met beleidsprogramma's die zij moeten implementeren. Zij spreken in dit verband zelfs over beleidsvervreemding. Volgens Tummers (2011: 555) heeft dit te maken met de focus van beleid op economische waarden zoals efficiëntie, terwijl artsen deze waarden niet kunnen combineren met de waarden die zij vanuit hun professionele cultuur belangrijk vinden. Er kan dan sprake zijn van cognitieve dissonantie: een spanning die ervaren wordt als feiten of opvattingen strijdig zijn met de

eigen overtuiging of mening. Mensen hebben sterk de drang om dissonanties te verkleinen door hun opvattingen of gedrag aan te passen.

De normen en waarden die achter het DBC-systeem zitten, hebben namelijk veelal te maken met waarden als transparantie, efficiëntie en met kostenbesparing. Deze waarden hoeven niet noodzakelijkerwijs overeen te komen met wat medische professionals belangrijk vinden en kunnen daar zelfs in strijd mee zijn. Volgens de aangehaalde professionele theorieën in het vorige hoofdstuk, zijn heel andere waarden belangrijk voor professionals; zij vinden zaken als de belangen van de patiënt, hun eigen autonomie, een bepaalde mate van discretionaire ruimte om hun werk uit te voeren zoals zij dat wensen te doen en zelfcontrole belangrijk. Als het hoofddoel van medische instellingen, namelijk de patiënt behandelen zodat deze beter wordt, in strijd is met de normen en waarden achter het beleid van de overheid, kunnen medische professionals proberen het systeem tegen te werken door andere doeleinden na te streven dan de overheid van ze wenst.

Bovendien zijn medische behandelaren nu eenmaal niet opgeleid tot administrateurs, maar eerder praktisch opgeleid. Ze hebben een opleiding genoten die hen in staat stelt werk te doen dat in hoge mate gespecialiseerd is. Om die reden zou het zo kunnen zijn dat zij simpelweg niet goed overweg kunnen met complexe administratieve systemen waarin handelingen op basis van gedetailleerde en ingewikkelde regels geregistreerd dienen te worden. Bovendien kunnen zij de administratie van hun taken ook als niet belangrijk beschouwen. Immers: zijn zij er uiteindelijk niet om patiënten te behandelen? De complexiteit van het registratiesysteem gebaseerd op DBC's (zie: Van Santen, 2013) en het niet inzien van de nut en noodzaak van het systeem zouden wellicht verklaringen kunnen bieden voor het ontstane debat over vermeende zorgfraude. Dat medische professionals het nut van het systeem niet inzien, kan verklaard worden aan de hand van de notie dat het systeem niet geschikt is voor de geestelijke gezondheidszorg. Volgens Van den Berg (2013), is het denken in DBC's niet toepasbaar op de geestelijke gezondheidszorg vanwege het 'nosologisch denken' dat inherent is aan het systeem. Met 'nosologisch denken' wordt bedoeld dat er verondersteld wordt dat een ziekte één oorzaak, één beloop, één gevolg en één behandelwijze heeft. Nosologische eenheden komen echter slechts weinig voor in de psychiatrie (Van den Berg, 2013: 489). Dit kan ertoe leiden dat artsen zodanig declareren dat het systeem wordt gedwarsboemd omdat zij zichzelf niet kunnen vinden in het beleid en het nut ervan niet inzien. Dit wordt door Tummers (2005) aangeduid met de term 'beleidsvervreemding'.

Buiten deze verklaring zijn er nog andere verklaringen voor het declaratiegedrag van zorgprofessionals op basis van institutionele theorie denkbaar, te weten:

- dat artsen op een dusdanige manier declareren, zodat dat in het grootste voordeel is voor hun patiënten (degenen die voor hen vanuit de organisatiecultuur gezien belangrijker zijn dan beleid van bovenaf);

- dat artsen zodanig declareren zoals dat van hen verwacht wordt, bijvoorbeeld door het management van zorginstellingen;
- dat artsen zodanig declareren dat het de overlevingskansen van de organisatie waarin zij werken vergroot, bijvoorbeeld doordat er onzekerheid bestaat over de hoeveelheid financiële middelen die de organisatie tot zijn beschikking heeft voor het verlenen van zorg (zie bijvoorbeeld: GGZ Nederland, 2013a: 17).

5.4 Operationalisering van handelingsrationaliteiten gebaseerd op cognitief institutionalisme

Gelegenheidstheorie

Volgens de gelegenheidstheorie maakt de gelegenheid de dief. Dit zou betekenen dat artsen foutief declareren in hun eigen belang omdat dit nu eenmaal mogelijk is. Wanneer mensen de mogelijkheid krijgen om bijvoorbeeld te frauderen, is het normaal dat dit gebeurt, tenzij er bepaalde blokkades worden opgeworpen. Medische professionals zouden geen uitzondering op deze regel zijn, als de logica van deze theorie wordt gevolgd. De gelegenheidstheorie veronderstelt dat er sprake zal zijn van crimineel gedrag wanneer er doelen aanwezig zijn die als waardevol worden beschouwd en die bovendien zichtbaar en toegankelijk zijn omdat er geen of te weinig controle is. Bovendien moeten er ook potentiële daders aanwezig zijn. Dit kan echter iedereen zijn, omdat crimineel of afwijkend gedrag volgens de theorie als normaal gezien wordt en gepleegd kan worden door allerlei personen. Een ander kenmerk van de gelegenheidstheorie is dat de oorzaak van veranderingen in criminaliteitscijfers gezocht wordt in veranderingen die plaatsvinden in de maatschappij of in regelsystemen. De drie voorwaarden van criminaliteit of afwijkend gedrag die door Cohen en Felson (1979) onderscheiden zijn, namelijk de aanwezigheid van potentiële daders, aantrekkelijke doelwitten en geen of niet genoeg controle, kunnen volgens de theorie op basis van veranderingen op bepaalde plaatsen en specifieke tijden toenemen of afnemen, waardoor er ook veranderingen plaatsvinden in de mate waarin criminele delicten worden gepleegd. Hier zou sprake van kunnen zijn in het geval van het declaratiegedrag van zorgprofessionals. In verband met de recente veranderingen die het recentelijk geïntroduceerde DBC-systeem DOT met zich meebrengt, kunnen de drie voorwaarden voor criminaliteit zijn toegenomen waardoor er sinds de introductie van het nieuwe systeem meer zorgfraude plaatsvindt. Hierop aansluitend zou het nieuw geïntroduceerde zorgsysteem foutief declaratiegedrag kunnen uitlokken. Volgens Canoy (2013) is dit het geval omdat het zorgsysteem enerzijds heel complex is, en anderzijds geen goede rem heeft op oneigenlijk gebruik. Hierdoor geeft het systeem aanleiding tot misbruik, bijvoorbeeld doordat er een mogelijkheid is gecreëerd voor overdeclaratie, er creatief om kan worden gegaan met diagnoses en

er een prikkel is ontstaan tot overindicering. Bovendien lijkt controle op het zorgsysteem zo complex geworden, dat noch zorgverzekeraars, noch ziekenhuizen, noch hun accountants de juiste declaraties kunnen achterhalen (Van Lieshout, 2013).

Zoals vermeld leidt volgens de gelegenheidstheorie een gebrek aan controle tot een grotere kans op crimineel of afwijkend gedrag. Hiermee sluit het aan bij de principaal-agenttheorie. De gelegenheidstheorie onderscheidt echter een andere vorm van controle dan de principaal-agenttheorie. Laatstgenoemde beschrijft dat een gebrek aan controle door beleidsmakers leidt tot afwijkend gedrag, terwijl eerstgenoemde beschrijft dat de afwezigheid van toezichthouders hiertoe kan leiden. Onder de term toezichthouders worden niet alleen beleidsmakers of capabele controleurs geschaard, maar ook andere vormen van controle of controlemechanismen. Boetig (2006: 14-15) spreekt van mensen die niet per definitie in staat worden geacht een oordeel te kunnen geven over de aan- of afwezigheid van illegale handelingen of groepen die niet de intentie hebben om te dienen als beschermende kracht. In het geval van het declaratiegedrag van zorgprofessionals kunnen dit bijvoorbeeld patiënten zijn. Wellicht is de informatie richting de patiënt niet transparant genoeg, waardoor deze niet in staat is om de juistheid van declaraties te controleren. De afwezigheid van capabele toezichthouders zou frauderende medische behandelaars dan in de hand werken.

Labelingbenadering

Volgens de labelingbenadering is gedrag nooit vanzelfsprekend als crimineel of afwijkend aan te merken, op basis van de intrinsieke aard van de gedragingen. Gedrag wordt bestempeld als deviant door middel van de reactie van de samenleving hierop. Overeenstemming over de negatieve aard van bepaalde gedragingen komt tot stand op basis van interactie tussen sociale groepen. Dit zegt echter niet noodzakelijkerwijs iets over de gedragingen an sich. Volgens Hall (1997: 72) bepaalt de manier waarop er over onderwerpen gepraat wordt, wat voor kennis er over een onderwerp aanwezig is. Het is goed mogelijk dat er helemaal geen sprake is van zorgfraude of foutief declaratiegedrag. De studie van Hasaart (2011) heeft niet onomstotelijk aangetoond dat er sprake is van zorgfraude. Er is slechts aangetoond dat er meer geld is gedeclareerd in de zorg dan vooraf verondersteld kon worden. Het is echter goed mogelijk dat dit niet het resultaat is van zorgfraude. Sterker nog, het is zelfs mogelijk dat er te weinig gedeclareerd wordt in de zorg. Bijvoorbeeld wanneer artsen niet alle afzonderlijke handelingen die ze daadwerkelijk doen ook als zodanig declareren middels het DBC-systeem DOT. Zelfs de mate van overeenstemming over de aanwezigheid van foutief declaratiegedrag bij medische professionals die bij een grote schare aan organisaties aanwezig lijkt te zijn. Denk bijvoorbeeld aan de partijen die zitting hebben genomen in de Taskforce Integriteit Zorgsector (het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Nederlandse Zorgautoriteit, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, de

Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst, de Belastingdienst, het Openbaar Ministerie en het Centrum Indicatiestelling). Het bestaan van dit samenwerkingsverband wil niet automatisch zeggen dat er daadwerkelijk sprake is van een probleem. Er kan namelijk sprake zijn van een 'discourse coalition', een groep actoren die gezamenlijk een sociaal construct met elkaar delen en eenzelfde opvatting hebben over een probleem (zie Hajer, 1993: 45). Een dergelijke groep actoren hoeft niet noodzakelijkerwijs bijeen gebracht te zijn op basis van onweerlegbare feiten, of met andere woorden: de werkelijkheid.

Volgens Van Lieshout (2013), is er dan ook helemaal geen sprake van georganiseerde zorgfraude, maar wordt het publieke debat gedomineerd door schokkende verhalen over vele miljarden die gemoeid zijn met het vermeend foutieve declaratiegedrag, terwijl deze bedragen allerminst hard gemaakt kunnen worden. Dit heeft echter weinig met de realiteit te maken, aldus Van Lieshout (2013); de realiteit is volgens hem veel eenvoudiger: het vermeende complot is een dusdanig sappig verhaal waarover grote verontwaardiging heerst, dat verschillende partijen het verhaal aangrijpen om het te gebruiken voor eigen doeleinden.

De operationalisering van de handelingstheorieën, die gezamenlijk als een zoeklichttheorie gebruikt worden om de handelingsrationaliteit achter het declaratiegedrag van zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg te achterhalen, is schematisch weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 5.1: Schematische weergave van de operationalisering van handelingsrationaliteiten die mogelijk schuilgaan achter het declaratiegedrag van zorgprofessionals

Handelingstheorie	Operationalisering
Rationele keuze theorie	<ul style="list-style-type: none"> Zorgprofessionals kiezen voor de meest winstgevende opties bij het invoeren van DBC's, ook als deze niet noodzakelijk zijn voor de behandeling van een patiënt (upcoding). Zorgprofessionals registreren behandelingen op een dusdanige manier, zodat dat hen het meeste oplevert (bijvoorbeeld door overdeclaratie).
Principaal-agenttheorie	<ul style="list-style-type: none"> Zorgprofessionals declareren onjuist en op basis van hun eigen belang omdat dit tegengesteld is aan het belang van beleidsbepalers. Zorgprofessionals declareren onjuist omdat ze hiertoe in staat zijn doordat beleidsbepalers niet voldoende of geen effectieve controle kunnen organiseren.
Regelimplementatietheorie	<ul style="list-style-type: none"> Er zijn beperkingen in de implementatie of handhaving van wet- en regelgeving die hebben geleid tot onjuist declaratiegedrag. Dit is de normale gang van zaken rondom wetgeving, waardoor er in het kader van onjuist declaratiegedrag van zorgprofessionals niet gesproken kan

	worden van een afwijkende situatie.
Controletheorie	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgprofessionals voelen geen overtuiging voor de normen en waarden achter de regelgeving rondom DBC's, waardoor zij zich niet gebonden voelen aan deze regels en deze overtreden, wat resulteert in foutief declaratiegedrag. • Zorgprofessionals vinden dat er teveel controle wordt uitgeoefend op hen van buitenaf (door beleidsbepalers, autoriteiten, zorgverzekeraars etc.), wat in strijd is met waarden waar zij belang aan hechten (zoals autonomie, een grote discretionaire ruimte en zelfsturing en zelfcontrole), waardoor zij vervallen in foutief declaratiegedrag.
Normatief institutionele theorie	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgprofessionals declareren onjuist doordat zij niet gewend zijn rekening te houden met financiële en/of politieke belangen naast de belangen van de patiënt. • Zorgprofessionals declareren onjuist om het declaratiesysteem te dwarsbomen, omdat zij een incongruentie ervaren tussen waarden die schuilgaan achter het DBC-systeem en waarden die voor hen belangrijk zijn (beleidsvervreemding). • Zorgprofessionals declareren onjuist omdat zij dusdanig declareren, dat het in het voordeel is van hun patiënten, degenen die zij belangrijker vinden dan het volgen van regels. • Zorgprofessionals declareren onjuist omdat het declaratiesysteem te ingewikkeld is en zij niet opgeleid zijn om om te gaan met complexe administratieve systemen. • Zorgprofessionals declareren onjuist omdat dat van hen verlangd wordt van de organisatie waarin zij werkzaam zijn (bijvoorbeeld omdat het management dit van ze verwacht). • Zorgprofessionals declareren onjuist omdat zij dit nodig achten om de kans van het overleven van de organisatie waarin zij werken te vergroten.
Gelegenheidstheorie	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgprofessionals declareren onjuist omdat er doelen aanwezig zijn die als waardevol beschouwd kunnen worden en er tegelijkertijd een gelegenheid is om het te doen. • Zorgprofessionals declareren onjuist omdat toezichthouders (beleidsbepalers en autoriteiten maar ook zorgverzekeraars, etc.) niet of niet voldoende in staat zijn hen te controleren. • Zorgprofessionals declareren onjuist omdat de informatie over zorgkosten richting patiënten niet transparant genoeg is, waardoor deze niet in staat zijn controle uit te oefenen.
Labelingbenadering	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een misvatting over het declaratiegedrag van zorgprofessionals. Er is geen sprake van systematische en grootschalige zorgfraude of onjuist declaratiegedrag. In plaats daarvan is er een discourse

	ontstaan waarin een coalitie van een groot aantal partijen eenzelfde opvatting met elkaar delen over een probleem. Deze visie hoeft niet noodzakelijkerwijs gebaseerd te zijn op de werkelijkheid. Er kan mogelijk zelfs sprake zijn van onderdeclaratie, omdat artsen niet alle handelingen die ze uitvoeren declareren.
--	---

Het achterhalen van de handelingsrationaliteit achter het declaratiegedrag van zorgprofessionals heeft grote implicaties voor de praktijk. Het maakt immers een groot verschil in termen van maatregelen die genomen gaan worden en beleid in het algemeen of individuele artsen persoonlijk gewin nastreven of dat er andere oorzaken aan het onjuiste declaratiegedrag ten grondslag liggen.

Hoofdstuk 6

Onderzoeksstrategie

Teneinde de geformuleerde vragen te beantwoorden, is er een onderzoeksstrategie ontwikkeld. Om nader te onderzoeken welke oorzaken er ten grondslag liggen aan het declaratiegedrag van zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg, welke verklaringen hieraan ten grondslag liggen en wat de visie van zorgprofessionals binnen de geestelijke gezondheidszorg hierop is, worden de volgende methoden en technieken gebruikt.

6.1 Methoden en technieken

Zoals vermeld is dit onderzoek zowel exploratief, ofwel verkennend, als verklarend. Beide geformuleerde onderzoeksdoelstellingen kunnen het beste nagestreefd worden aan de hand van kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek richt zich namelijk, anders dan kwantitatief onderzoek, niet op een objectief meetbare externe werkelijkheid maar op de betekenisgeving en mening die mensen aan een situatie toekennen (Van Thiel, 2007: 41; Boeije, 2005: 20). De bevindingen die in dit onderzoek worden nagestreefd, zijn niet objectief, maar juist subjectief en doordrongen met waarden en ideeën omdat het onderwerp van studie menselijk gedrag betreft. Binnen het kwalitatieve onderzoek is er een stroming die zich richt op het begrijpen van betekenissen van gedrag (Boeije, 2005: 19), namelijk de interpretatieve benadering. Om die reden is deze benadering

uitermate geschikt voor dit onderzoek. De interpretatieve richting schrijft voor dat de beste manier van informatieverkrijging een methode omvat die van de onderzoeker inlevingsvermogen eist. In tegenstelling tot de kwantitatieve methode moet de onderzoeker juist niet waarde vrij en op afstand opereren, maar dicht bij het onderzoeksobject in de buurt blijven en er mee interacteren (Boeije, 2005: 20). Om die reden is er gekozen voor het afnemen van interviews enerzijds en het organiseren van focusgroepen anderzijds.

Allereerst zullen er interviews afgenomen worden bij organisaties, instellingen, autoriteiten en andere diensten die veel kennis hebben vergaard over de werking van het zorgstelsel en het DBC-systeem in het algemeen en het declaratiegedrag van zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg. Enerzijds dient een deel van deze interviews ter verkrijging van meer informatie over allerlei zaken die met het thema van dit onderzoek te maken hebben. Te denken valt aan achtergrondinformatie over het DBC-systeem. Anderzijds zullen er ook interviews worden afgenomen om te achterhalen in hoeverre vermeend onjuist declaratiegedrag voorkomt en in welke vormen het voorkomt. Deze interviews dienen bovendien om casusmateriaal te verzamelen ten behoeve van de volgende stap in het onderzoek, namelijk de focusgroepen. Deze casus bestaan uit voorbeelden van vermeend onjuist declaratiegedrag die in de praktijk zijn voorgekomen.

In het geval van deze interviews zal gebruik worden gemaakt van het zogenaamde halfgestructureerde interview. Bij dit type interview liggen de vragen en antwoorden niet vast, maar de onderwerpen waarover gepraat gaat worden wel (Baarda, De Goede en Van der Meer-Middelburg, 2007: 16). Dit semigestructureerde karakter past bij de onderzoeksdoelstelling. Omdat dit onderzoek (deels) verkennend van aard is, moet er genoeg speelruimte overgelaten worden aan de respondenten om allerlei informatie te kunnen geven. Het is daarbij niet mogelijk om, althans niet voordat een groot deel van de interviews is afgenomen, vooraf al op te stellen wat de exacte vragen zullen zijn. Als er gebruik zou worden gemaakt van vaststaande interviewvragen, zou het risico gelopen worden dat niet alle relevante vragen gesteld zouden worden aan de respondenten. Dit risico is kleiner wanneer er ruimte wordt gelaten aan de respondenten om zelf te kunnen vertellen wat zij belangrijk vinden rondom een bepaald thema. De onderwerpen waarover gepraat zal worden zijn uiteraard wel op voorhand vastgelegd, en wel in topiclijsten die bij de interviews gebruikt zullen worden. Deze topiclijsten staan opgenomen in appendix A.

Daarnaast zullen er focusgroepsessies georganiseerd worden met zorgprofessionals. Focusgroepen zijn groepen individuen die geselecteerd en samengebracht zijn om een onderzoeksonderwerp vanuit hun persoonlijke ervaringen te bediscussiëren en becommentariëren (Powell en Single, 1996, in Webb, 2002: 29-30). Ze worden gebruikt om meningen, standpunten en percepties van individuen in groepsverband te bespreken (Crawford en Acorn, 1997, in Webb, 2002: 29; Carey, 1994, in McLafferty, 2004: 188) teneinde de attitudes van mensen ten opzichte van sociale

vraagstukken te begrijpen (Bogardus, 1926 in McLafferty, 2004: 188). Het doel van het gebruik van de focusgroepen in dit onderzoek is het in kaart brengen van de visie van zorgprofessionals op het vermeende onjuiste declaratiegedrag van hun beroepsgroep. In deze focusgroepen zullen onderwerpen die hier betrekking op hebben zoals de casus die vanuit de interviews verzameld zijn voorgelegd worden aan de artsen om te bepalen hoe zij hier tegenaan kijken. Bovendien zal hen gevraagd worden welke redenen, motiveringen of verklaringen zij denken dat er schuilgaan achter vermeende onjuiste declaraties om de handelingsrationaliteit achter het declaratiegedrag te kunnen achterhalen. In de focusgroepsessies worden er vooraf opgestelde thema's en casus voorgelegd zodat zorgprofessionals niet zelf hoeven te vertellen over hun eigen ervaringen op het gebied van onjuist declaratiegedrag. Er worden gevallen besproken waarbij zij zelf niet verdacht worden gemaakt en bovendien worden er praktijkvoorbeelden gegeven die daadwerkelijk zijn voorgekomen. Daarnaast worden de zorgprofessionals uitgenodigd in kleine groepen, zodat zij met elkaar in discussie kunnen gaan over de onderwerpen. Het gaat daarbij niet om hun persoonlijke declaratiegedrag, maar slechts om hun mening of visie. Er is om verschillende redenen gekozen voor deze onderzoeksmethode. De verwachting is dat zorgprofessionals door het gebruik van focusgroepen het gevoel krijgen dat zij vrijuit kunnen praten, dat zij zelf niet het mikpunt van verdenking zijn en bovendien dat zij samen met collega's kunnen praten en niet uitsluitend met een onderzoeker die als buitenstaander betrokken is bij problemen die zich afspelen binnen de sector waarin zij werkzaam zijn. Bovendien zijn focusgroepen uitermate geschikt om te reflecteren op de sociale realiteit die leeft binnen een groep (Hughes en Dumont, 1993, in McLafferty, 2004: 189). Anders dan in interviews met individuen wordt met behulp van focusgroepen de sociale werkelijkheid als een groepsconstruct in kaart gebracht. Dit is relevanter dan de meningen van individuen over het onderwerp, omdat het in dit onderzoek gaat om de visie van behandelaren in de geestelijke gezondheidszorg als beroepsgroep en niet zozeer om individuele percepties.

Er zullen 3-5 focusgroepsessies gehouden worden met kleine groepen van ongeveer drie zorgprofessionals per groep¹. Volgens Morgan (1997: 43) komt het zelden voor dat er nog nieuwe inzichten verkregen worden nadat drie tot vijf focusgroepen hebben plaatsgevonden. Bovendien is dit aantal passend om praktische redenen, bijvoorbeeld in termen van de tijd die beschikbaar is voor de uitvoering van het onderzoek. Het kleine aantal individuen dat plaats zal nemen in elke focusgroep is gekozen omdat dit vermoedelijk zal leiden tot een grotere bijdrage van elk individu aan de discussie. Kleinere groepen geven individuen een grotere kans en meer tijd om bij te dragen aan het gesprek. Bovendien is er bij kleinere groepen minder sturing nodig vanuit de onderzoeker, die als

¹ Hoewel het de intentie was om de zorgprofessionals in focusgroepen bijeen te krijgen, is dit slechts in beperkte mate gelukt. In plaats daarvan is een deel van de focusgroepen vervangen met individuele interviews. Zie paragraaf 6.6 voor een nadere toelichting.

gespreksleider optreedt (Subramony, Lindsay, Middlebrook en Fosse, 2002: 42). Dat is wenselijk zodat de zorgprofessionals ruimte krijgen om met elkaar in gesprek te gaan, in plaats van met de onderzoeker.

De onderwerpen in de topiclijsten die gebruikt zullen worden bij de interviews, zijn voor een gedeelte gebaseerd op theorieën die voortkomen uit een uitvoerige deskstudy op basis waarvan de theoretische inleiding en het analysekader tot stand zijn gekomen. Dit kader bestaat enerzijds uit een uitwerking van academische literatuur over professionals en anderzijds uit handelingstheorieën die een verklaring kunnen bieden voor het declaratiegedrag van zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg (zie het voorgaande). Omdat er op voorhand theorieën zijn geselecteerd die ervoor zorgen dat er met een bepaald perspectief gekeken wordt naar bevindingen uit de praktijk, heeft dit onderzoek een deductief karakter. Bovendien wordt gedeeltelijk op basis van theoretisch bronmateriaal een uitwerking gegeven van het DBC-systeem en de opgestelde en wenselijke regels en procedures waarin vast is gesteld hoe er in de gezondheidszorg met DBC's gedeclareerd moet worden. Deze informatie zal voorafgaand aan de interviews worden verzameld en aangevuld worden met informatie die in een deel van de interviews naar voren wordt gebracht. Om die reden is documentstudie de eerste stap in het onderzoek, waarna de interviews en de focusgroepen als volgende stappen gezien kunnen worden. De stappen in dit onderzoek staan weergegeven in onderstaande figuur.

Figuur 6.1: De onderzoeksmethode in stappen



Vanwege de intensiteit die het voorbereiden, afnemen, uitwerken en analyseren van interviews en het materiaal dat verzameld is in de focusgroepen met zich meebrengt, is het niet mogelijk om een groot aantal respondenten te interviewen. Dat is echter ook niet nodig. Wanneer enkele onderzoeksobjecten volledig zijn onderzocht, is volgens Boeije (2005: 22) de werkelijkheid namelijk vaak al kenbaar geworden. Omdat het onderzoeksobject interacteert met andere eenheden binnen een groep, kan aangenomen worden dat zij dezelfde werkelijkheidsperceptie delen.

6.2 Selectie van respondenten

In het kader van de interviews zal, zoals eerder vermeld, gesproken worden met instanties die informatie hebben verzameld over het declaratiegedrag van zorgprofessionals. Het interviewen van partijen anders dan zorgprofessionals zelf, draagt vermoedelijk bij tot een beter beeld van wat er zich daadwerkelijk afspeelt rondom het thema. Bovendien wordt op deze manier voorkomen dat alleen de kant van de zorgprofessionals, en derhalve diens belangen, zullen worden belicht. Omdat zorgprofessionals worden verweten verkeerd om te gaan met het nieuwe declaratiesysteem, zouden gesprekken met louter deze groep een eenzijdig beeld op kunnen leveren. Bijvoorbeeld wanneer er in de gesprekken alleen maar sociaal wenselijke antwoorden gegeven worden over het declaratiegedrag. Als er sprake zou zijn van fraude zou dit heel goed mogelijk zijn. Om die reden is er gekozen voor een bredere selectie van respondenten. Bovendien kunnen de respondenten anders dan behandelaren in de geestelijke gezondheidszorg bijdragen aan een kenschets van het DBC-systeem en de context waarin dit systeem geïmplementeerd is.

Er zal derhalve gesproken worden met medewerkers van betrokken organisaties en partijen die veel kennis hebben opgedaan over het declaratiegedrag van zorgprofessionals (voor een overzicht van de personen waarmee gesproken is, zie appendix B). De veronderstelling dat deze partijen kennis hebben over het thema van dit onderzoek is gedaan op basis van het gegeven dat medewerkers van bovengenoemde partijen, met uitzondering van Geestelijke Gezondheidszorg Nederland, zitting hebben genomen in een door de Politieacademie in het leven geroepen kenniskring die zichzelf tot doel heeft gesteld kennis te vergaren en uit te wisselen met betrekking tot het onderwerp zorgfraude. Met de partijen wordt, zoals eerder aangegeven, enerzijds gesproken om achtergrondinformatie te verzamelen over het DBC-systeem en opgestelde en wenselijke regels en procedures die er zijn omtrent het systeem en enerzijds om in kaart te brengen in hoeverre onjuist declaratiegedrag voorkomt, in welke vormen het voorkomt en wat voorbeelden zijn van praktijksituaties die zich voordoen.

Wat betreft de groep zorgprofessionals waarmee gesproken zal worden, is er, zoals eerder vermeld, voor gekozen om de focus te leggen op één groep zorgprofessionals, en wel behandelaren in de geestelijke gezondheidszorg. Dit is gedaan om een consistent beeld te kunnen schetsen van het declaratiegedrag van zorgprofessionals rondom het DBC-systeem. Buiten het feit dat de geestelijke gezondheidszorg het snelst groeiende zorgsegment is waarbij het aantal diagnoses en bijbehorende behandelingen ieder jaar verder wordt uitgebreid (Zwart, 2012), is de geestelijke gezondheidszorg vanwege de geringe mate van transparantie in de behandelingen van psychische aandoeningen een logische keuze. Immers: het DBC-systeem is in de eerste plaats geïntroduceerd om zorgkosten transparanter te maken en in de geestelijke gezondheidszorg is transparantie slechts in geringe mate

aanwezig. Er kan bijvoorbeeld makkelijk over getwist worden hoeveel behandelingen een patiënt met bijvoorbeeld een psychose nodig heeft om nog niet te spreken over de verschillen tussen patiënten onderling. Hoewel dit valt te beargumenteren voor verschillende medische specialisaties, is er gekozen voor slechts één specialisatie omdat er binnen de geestelijke gezondheidszorg al voldoende variatie in kenmerken op de werkvloer zit, zodat het vermoedelijk al een hele opgave zal worden een consistent beeld te schetsen van deze specifieke groep zorgprofessionals. Gedacht kan worden aan verschillen in specifieke beroepen. In een onlangs door Tummers (2010) uitgevoerde grootschalige enquête onder zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg bleken naast het meest voorkomende beroep van psychiater ook psychotherapeuten, GZ-psychologen, klinisch psychologen, klinisch gerieters, kinder- en jeugdpsychiaters en cognitieve gedragstherapeuten aanwezig. Er zullen inspanningen worden gedaan om een variatie in het beroep van zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg onder de respondenten te bewerkstelligen.

Echter, nog belangrijker is het verschil in type instelling waarin de professionals werkzaam zijn. Zo valt een onderscheid te maken tussen zorgprofessionals in de GGZ die werkzaam zijn op afdelingen binnen academische ziekenhuizen, de zogenaamde Psychiatrische Universiteitsklinieken (PUK); op Psychiatrische Afdelingen in Algemene Ziekenhuizen (PAAZ); in geestelijke gezondheidszorginstellingen en in zelfstandig gevestigde (eenmans)praktijken. Laatstgenoemde type instelling wordt aangeduid met de term Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC). Omdat er in de GGZ nagenoeg niet gewerkt wordt met maatschappen, functioneren zorgprofessionals hoofdzakelijk in twee typen dienstverbanden: ofwel in loondienst van een PUK, PAAZ of GGZ-instelling, ofwel als zelfstandige gelieerd aan een GGZ-instelling of in een ZBC. Dit onderscheid kan mogelijk relevant zijn voor de handelingsrationaliteit die schuilgaat achter declaratiegedrag. Immers, of iemands salaris vaststaat (loondienstverband) of direct afhankelijk is van inkomsten (zelfstandige), kan van grote invloed zijn.

Omdat dit onderscheid vermoedelijk grote gevolgen kan hebben voor de manier waarop er omgegaan wordt met de administratie van de DBC-systemen, bijvoorbeeld in termen van controle en aansturing, maar ook in verband met de doorwerking van financiële middelen die geworven worden uit inkomsten naar aanleiding van zorgdeclaratie en de effecten daarvan op het salaris van behandelaars, zal ook dit onderscheid in de selectie van respondenten meegenomen worden, en wel doordat er inspanningen gedaan zullen worden om zowel respondenten te selecteren die in loondienst werkzaam zijn en respondenten te selecteren die functioneren als zelfstandige. Dit kan bijvoorbeeld door één focusgroep samen te stellen met zorgprofessionals die in loondienstverband functioneren en één focusgroep samen te stellen bestaande uit zorgprofessionals die in zelfstandig gevestigde instellingen werken. Mogelijk zal er ook een gemengde focusgroep bijeen worden gebracht. Op die manier kunnen de resultaten die verkregen worden uit de gesprekken nog

onderling vergeleken worden. Een overzicht van de respondenten waarmee gesproken is, staat opgenomen in appendix B.

6.3 Selectie van theoretisch bronmateriaal

Om het analysekader, bestaande uit handelingstheorieën die een mogelijke verklaring moeten bieden voor het declaratiegedrag van zorgprofessionals en om de theorie over de professionele identiteit van medische behandelaren vorm te geven werd er nagenoeg uitsluitend gebruik gemaakt van academische literatuur. De onderzoeksstrategie voor het vinden van geschikte literatuur bestaat uit het raadplegen van (de databases van) de Universiteitsbibliotheek van Tilburg University en de Universiteit Utrecht. Er werden relevante zoektermen ingegeven, waarna vervolgens zowel digitale als papieren bronnen globaal bestudeerd werden om een raakvlak met het onderwerp van deze studie te detecteren. Hierna werd gebruik gemaakt van een tweede methode van dataverzameling. Van de relevante artikelen werden namelijk de literatuurlijsten bestudeerd, waarbij gelet werd op raakvlakken met het onderwerp van dit onderzoek. Daarnaast werden er door de begeleiders van deze scriptie ook nog een hoop literatuursuggesties gedaan die relevant konden zijn. Bij het verzamelen van bronmateriaal werden zowel Nederlandstalige als Engelstalige bronnen verzameld. Het onderzoek beperkte zich tot bronmateriaal in deze twee talen.

Wat betreft de handelingstheorieën die een verklaring kunnen bieden voor het declaratiegedrag van zorgprofessionals moet opgemerkt worden dat deze theorieën zijn geselecteerd op basis van het vermoeden dat ze wel eens een goede verklaring zouden kunnen bieden voor wat er zich afspeelt rondom het declaratiegedrag van zorgprofessionals. Om die reden kunnen ze relevante inzichten opleveren wanneer ze toegepast worden op bevindingen uit de praktijk. De theorieën zullen gezamenlijk gebruikt worden als een 'zoeklichttheorie', die er op gericht is verschillende mogelijke verklaringen samen te brengen, teneinde een beter begrip te krijgen van het declaratiegedrag van zorgprofessionals. Om die reden zijn allerlei theorieën, waarvan vermoed wordt dat ze in het verband van dit onderzoek relevant zouden kunnen zijn, geselecteerd. Er is getracht zo volledig mogelijk te zijn in de selectie van relevante theorieën die de handelingen van actoren proberen te verklaren. Dit is gedaan op basis van de kennis die bij mij als onderzoeker voorhanden was op het moment dat dit onderzoek van start ging en op basis van aanbevelingen van degenen die dit onderzoek begeleid hebben. Hoewel het doel is geweest volledigheidshalve theorieën te selecteren, kan het zijn dat bepaalde handelingstheorieën over het hoofd zijn gezien. De focus bij de selectie van deze theorieën lag, vanwege de expertise van de begeleiders van dit onderzoek en van mijzelf, op theorieën die bekend zijn binnen de bestuurskunde en de criminologie. Om het DBC-systeem, de

bijbehorende regels en procedures en ook achtergrondinformatie die relevant is voor deze studie in kaart te brengen, zullen ook rapporten, richtlijnen, codes en nieuwsberichten geraadpleegd worden.

6.4 Data-analyse

De afgenomen interviews en de focusgroepsessies zullen met een recorder opgenomen worden, waarna ze vertaald zullen worden in letterlijke transcripten die aan de hand van het softwareprogramma NVivo 10, een data-analyseprogramma dat de mogelijkheid biedt interviews op een systematische wijze te analyseren, worden geanalyseerd. Om de verkregen data (in de vorm van transcripten) om te zetten in bevindingen, zullen tekstfragmenten herschikt worden aan de hand van een methode waarin onderscheid is gemaakt in drie stappen van codering: open, axiale en selectieve codering (zie: Strauss en Corbin, 2007, in Boeijs, 2010: 96-107). Ten behoeve van de open codering zullen de transcripten ten eerste zorgvuldig doorgelezen worden waarna deze worden opgedeeld in losse tekstfragmenten met bijbehorende codes. Deze codes worden toegekend op basis van de inhoud van de tekstfragmenten en bestaan uit enkele woorden die een korte samenvatting of weergave vormen van de inhoud van het betreffende tekstfragment. De losse tekstfragmenten worden onderling vergeleken en aan tekstfragmenten over hetzelfde onderwerp worden dezelfde codes toegekend. Hierna volgt, ten tweede, de axiale codering (zie Boeijs, 2010: 107-114), waarin de toegekende codes gegroepeerd worden in categorieën die over hetzelfde onderwerp gaan. Er zullen relaties gelegd worden tussen verschillende codes waardoor categorieën en subcategorieën ontstaan. Bovendien worden de in eerste instantie toegekende codes gecontroleerd en mogelijk aangepast. Bijvoorbeeld wanneer twee of meer tekstfragmenten met verschillende toegekende codes bij nader inzien toch over hetzelfde thema gaan. Ten derde, en tevens tenslotte, wordt de selectieve codering toegepast (zie Boeijs, 2010: 114-118), welke bestaat uit het zoeken van connecties tussen categorieën om te begrijpen wat belangrijk is gebleken in de interviews. Er kan bijvoorbeeld gekeken worden naar welke thema's herhaaldelijk terugkwamen in verschillende interviews en focusgroepsessies en wat de relatie van verschillende relevante thema's tot elkaar is. Op deze manier ontstaat er een overzichtelijk indexsysteem van toegekende codes en overkoepelende categorieën aan de hand waarvan een tekst eenvoudig geanalyseerd kan worden. Er is dan namelijk een codeboom ontstaan van alle relevante onderwerpen waarover in het geheel van alle interviews gesproken is, waarin de onderlinge relaties tussen de onderwerpen zichtbaar zijn gemaakt. Aan de hand van de codes en met behulp van het data-analyseprogramma NVivo 10 kunnen bovendien alle tekstfragmenten die tot eenzelfde categorie behoren eenvoudig teruggezocht worden waardoor er op een inzichtelijke wijze conclusies getrokken kunnen worden over de meningen van verschillende respondenten rondom eenzelfde thema.

6.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Uiteraard zijn de steekproef en de gekozen onderzoeksstrategie van wezenlijk belang voor de betrouwbaarheid en validiteit, of geldigheid, van een onderzoek (zie Van Thiel, 2007: 55). Omdat deze twee criteria van belang zijn voor wetenschappelijk onderzoek in het algemeen, zullen er tijdens het onderzoek bepaalde principes in acht worden genomen om deze te vergroten. Met betrekking tot de betrouwbaarheid zal er een zekere mate van nauwkeurigheid worden nagestreefd bij het afnemen van de interviews. Er zal bijvoorbeeld ten alle tijden een topiclijst worden gebruikt zodat de interviews op een systematische, en bovenal consistente, manier worden afgenomen. Bovendien zullen de interviews ook op een systematische manier worden geanalyseerd. Deze genoemde maatregelen garanderen echter nog niet voldoende dat dit onderzoek tot een betrouwbaar resultaat zal leiden. Het onderwerp van studie brengt namelijk een probleem met zich mee dat direct van invloed is op de betrouwbaarheid van het onderzoek. Rondom het thema dat centraal staat speelt namelijk een bepaalde controverse. Indien er sprake is van zorgfraude, zullen de respondenten niet graag toegeven dat zij zich met dergelijke praktijken bezighouden. Daarom is het van belang op voorhand na te denken over hoe er over het onderwerp gesproken zal worden. Om ervoor te zorgen dat de betrouwbaarheid van het onderzoek niet in het geding komt, zal er getracht worden objectief te blijven en geen normatieve waardeoordelen uit te spreken. Volgens Wildavsky (2010: 68) is een onderzoeker gelegitimeerd om een onderzoek op een dusdanige manier uit te leggen, dat het geen dreiging vormt voor de respondenten. Dit betekent overigens niet dat de uitleg niet waarheidsgetrouw hoeft te zijn, maar slechts dat er een situatie wordt gecreëerd waarin de geïnterviewden zich niet geremd hoeven te voelen bij het geven van antwoorden. Met de keuze voor de methode van focusgroepen waarbij zorgprofessionals telkens in groeps gesprekken worden geconsulteerd en er bovendien casusmateriaal voor wordt gelegd dat eerder al is verzameld, wordt getracht dit te bewerkstelligen. Er zal casusmateriaal voorgelegd worden dat betrekking heeft op de geestelijke gezondheidszorg, de sector waarin de zorgprofessionals werkzaam zijn, maar ook casusmateriaal dat betrekking heeft op praktijksituaties buiten de sector. Dit laatste wordt gedaan om te verzekeren dat er een situatie is gecreëerd waarin de zorgprofessional vrijuit kan spreken over wat er schuilgaat achter het declaratiegedrag. Het gaat immers niet meer over het declaratiegedrag van de arts zelf of zijn collega's, maar om medische professionals die verder van hem af staan. Bovendien zal aan de medische behandelaren volledige anonimiteit worden gegeven, waardoor deze op geen enkele wijze in de problemen kunnen komen.

Wat betreft de validiteit kan een onderscheid worden gemaakt tussen de interne validiteit (de geldigheid van een onderzoek, of er gemeten wordt wat de onderzoeker wil meten) en de externe validiteit (de generaliseerbaarheid van een onderzoek) (zie Van Thiel, 2007: 56-57). Zoals vermeld

zullen niet alleen medische professionals zelf worden geïnterviewd over hun declaratiegedrag, maar ook andere partijen. Deze methode van selectie van respondenten heeft tot doel om de interne validiteit van dit onderzoek te vergroten. Wat betreft de externe validiteit moet de kanttekening worden geplaatst dat dit onderzoek zich richt op een te beperkte steekproef om hier generaliseerbare conclusies aan te verbinden. Dit is echter ook niet de doelstelling en niet wat in kwalitatieve onderzoeken in het algemeen wordt nagestreefd. De relevantie van dit onderzoek zit eerder in het genereren van kennis over het declaratiegedrag van zorgprofessionals, een onderwerp waarover nog weinig bekend is, en verder in het zoeken naar een verklaring voor dit type gedrag met behulp van een analysekader dat gebaseerd is op verschillende theorieën. Met de kennis die momenteel voorhanden is over het betreffende onderwerp kunnen nog geen onderzoeken worden gedaan naar het declaratiegedrag van artsen die generaliseerbare uitkomsten nastreven. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen echter wel dienen als pilotstudie en input voor dergelijke onderzoeken.

Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van triangulatie, een beproefde manier om aantasting van de betrouwbaarheid en validiteit van een onderzoek tegen te gaan (Van Thiel, 2007: 59). Dit houdt in dat er op meerdere manieren informatie wordt verzameld of verwerkt betreffende een onderwerp. Zo worden er meerdere informatiebronnen gebruikt, namelijk respondenten die geïnterviewd worden, respondenten die geconsulteerd worden in focusgroepsessies en wetenschappelijke literatuur die door middel van deskstudy geraadpleegd wordt. Het gebruik van 'mixed methods', zoals triangulatie ook wel wordt aangeduid (Maso en Smaling, 1998: 69, 72 in: Van Thiel, 2007: 60), heeft tot doel om de betrouwbaarheid en geldigheid van dit onderzoek te vergroten.

6.6 Kanttekeningen

Hoewel het aanvankelijk de intentie was om zorgprofessionals bijeen te krijgen in focusgroepen, is dit vanwege praktische beperkingen slechts gedeeltelijk gelukt. Dit heeft te maken met de beperkte beschikbaarheid vanwege de drukbezette agenda's van zorgprofessionals en de beperkte mogelijkheid om de agenda vrij te maken voor een gesprek. De meeste zorgprofessionals waarmee gesproken werd, zaten volgepland met patiënten, waardoor het niet eenvoudig was om een gesprek ingepland te krijgen. Uiteindelijk hebben er hierdoor slechts twee groepsgesprekken plaatsgevonden, waarvan de ene met drie personen en de andere met twee personen. Wel is uiteindelijk met een groter aantal respondenten gesproken, dan vooraf werd voorzien. Er werd namelijk gesproken met twaalf zorgprofessionals uit de GGZ. De meeste gesprekken vonden dan ook plaats als individuele interviews.

Deel II: Bevindingen

Hoofdstuk 7

Het GGZ-stelsel en de DBC-systematiek

Om een beter begrip te krijgen van het declaratiegedrag van medische behandelaren in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), ofwel het object van studie van dit onderzoek, is het belangrijk om eerst meer kennis te hebben over de manier waarop zorg in de GGZ bekostigd wordt en over het DBC-systeem in het algemeen. In dit hoofdstuk wordt deze ‘context’ dan ook in beeld gebracht. Het hoofdstuk is gedeeltelijk gebaseerd op de bestudering van theoretisch bronmateriaal zoals rapporten die opgesteld zijn door autoriteiten en instanties die te maken hebben met zorgdeclaratie en is aangevuld met kennis verkregen uit de interviews met betrokken autoriteiten.

7.1 De organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland

De geestelijke gezondheidszorg is in Nederland gebaseerd op verschillende grondslagen. Ten eerste wordt er een onderscheid gemaakt tussen eerstelijns en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Eerstgenoemde is gericht op cliënten met lichte psychische klachten die behandeld worden door de huisarts, de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ), de gezondheidszorgpsycholoog of de eerstelijnspsycholoog. De tweedelijnszorg is gericht op

aandoeningen die zwaarder zijn dan lichte psychische klachten. Behandelingen in de tweedelijnszorg worden hoofdzakelijk uitgevoerd door gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters (NVVP, 2013), hoewel deze in de praktijk ondersteund kunnen worden door allerlei ander personeel, bijvoorbeeld sociaal maatschappelijk werkers of verpleegkundigen. Buiten het onderscheid tussen eerstelijns en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, wordt geestelijke gezondheidszorg gericht op langdurige chronische aandoeningen onderscheiden van geestelijke gezondheidszorg gericht op korter durende zorg met genezing als doel. Laatstgenoemde wordt aangeduid met de term 'curatieve geestelijke gezondheidszorg'. Dit type zorg valt onder de Zorgverzekeringswet en wordt, anders dan de langdurige gezondheidszorg, bekostigd door middel van de DBC-systematiek (DBC Onderhoud, 2013b: 5). Aangezien dit onderzoek gericht is op zorgdeclaratie door middel van DBC's, beperkt het zich tot deze laatste categorie.

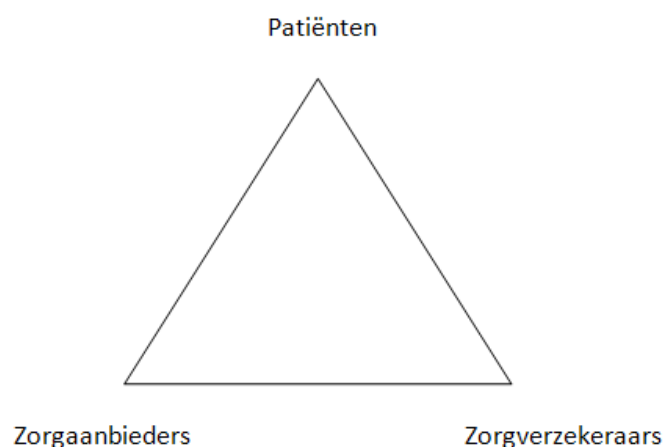
Binnen de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg zijn er vier verschillende verbanden waarin behandelaren werken: op afdelingen binnen academische ziekenhuizen, de zogenaamde Psychiatrische Universiteitsklinieken (PUK); op Psychiatrische Afdelingen in Algemene Ziekenhuizen (PAAZ); in geestelijke gezondheidszorginstellingen en als zelfstandig gevestigd behandelaar. Laatstgenoemd verband wordt ook wel aangeduid met de term Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC). Binnen de drie eerstgenoemde verbanden werken behandelaren hoofdzakelijk in loondienst. Anders dan bij sommige andere disciplines die in de ziekenhuizen gevestigd zijn, maken behandelaren in de geestelijke gezondheidszorg over het algemeen geen deel uit van maatschappen. De laatstgenoemde categorie, de zelfstandig gevestigde behandelaren, werken, zoals de term al doet vermoeden, als zelfstandige. Er zijn in Nederland in totaal acht Psychiatrische Universiteitsklinieken, ongeveer veertig Psychiatrische afdelingen in Algemene Ziekenhuizen en ongeveer 35 geestelijke gezondheidszorginstellingen. Daarnaast zijn er naar schatting ongeveer 2.000 zelfstandig behandelaren met een eigen praktijk. Volgens de NZa werkt over de gehele geestelijke gezondheidszorg bezien, ongeveer de helft van de behandelaren in loondienst en de andere helft combineert ofwel een loondienstfunctie met werk als een zelfstandig behandelaar of werkt geheel als zelfstandige. Naar schatting gaat er volgens GGZ Nederland, van de omstreeks vier miljard euro die er in totaal ongeveer omgaat in de GGZ, 3,5 miljard om in de PUK, PAAZ en de geestelijke gezondheidszorginstellingen gezamenlijk en ongeveer 0,5 miljard om in de zelfstandig gevestigde klinieken.

De tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg wordt zoals vermeld bekostigd op basis van de Zorgverzekeringswet (ZVW). Dit houdt in dat geestelijke gezondheidszorg deels wordt vergoed vanuit het zorgverzekeringsfonds (zie volgende paragraaf) en deels door de ziektekostenverzekeraar, waarbij iedereen in Nederland een zorgverzekering heeft afgesloten en waaraan iedereen dus premie betaalt. In de praktijk betekent dit dat wanneer er zorg wordt afgenomen bij een

behandelaar, deze zorg gedeclareerd kan worden bij de zorgverzekeraar waarbij de patiënt een ziektekostenverzekering heeft afgesloten, omdat de zorgverzekeraar zorg inkoopt namens de patiënten. Dat kan ofwel rechtstreeks, doordat ziektekostenverzekeraars direct uitbetalen aan de zorgverleners, ofwel via de patiënt. In het laatste geval krijgt de patiënt een rekening van een zorgverlener en kan deze de rekening doorsturen of achteraf declareren bij de ziektekostenverzekeraar. Patiënten, of eigenlijk cliënten (ook op het moment dat ze geen zorg nodig hebben en dus feitelijk geen patiënten zijn) betalen immers iedere maand zorgpremie aan deze zorgverzekeraars. Om die reden worden patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars gezien als de drie hoofdspelers als het gaat om de gezondheidszorg, en wordt er ook wel gesproken over 'de zorgdriehoek' (zie figuur 7.1). In Nederland zijn overigens negen verschillende verzekeringsconcerns, die onder meer dan 35 verschillende labels zorgverzekeringen aanbieden.

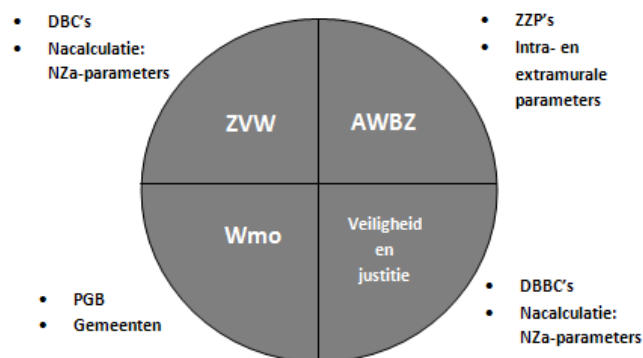
De zorgverzekeraars hebben dan ook een zorgplicht, die ze is opgelegd door middel van de Zorgverzekeringswet. Waar deze zorgplicht voorheen voor de zorginstellingen gold, geldt deze nu voor de zorgverzekeraars. De zorgplicht houdt in dat zorgverzekeraars verplicht zijn om zorg te leveren die kwalitatief goed is, die binnen het bereik is van verzekerden en die tijdig geleverd kan worden. Daarnaast dienen ziektekostenverzekeraars aan hun verzekerden een vergoeding voor zorg te verstrekken als zij daar recht op hebben. Hoe de zorgverzekeraar dat doet, moet de zorgverzekeraar zelf weten, hoewel er voor sommige typen zorg aparte normen gelden. Een voorbeeld is spoedeisende hulp, waarvoor geldt dat die binnen 45 minuten bereikbaar moet zijn. Een ander voorbeeld, dat specifiek geldt voor de GGZ, is zorg met een medische noodzaak. Bijvoorbeeld zorg die binnen de Wet Bijzondere Opnamen Ziekenhuizen valt; zorg gericht op individuen met een acuut psychisch probleem, die direct opgenomen moeten worden (voor meer informatie over de zorgplicht, zie: NZa, 2012a).

Figuur 7.1: De zorgdriehoek



Naast bekostiging op basis van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (in het geval van de langdurige geestelijke gezondheidszorg), kunnen instellingen in de GGZ inkomsten ontvangen vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), vanuit Persoonsgebonden Budgetten (PGB's) en van het Ministerie van Veiligheid en Justitie in het geval van forensische zorg (KPMG, 2011: 4). In onderstaande figuur staan de verschillende bekostigingsmogelijkheden gezamenlijk weergegeven.

Figuur 7.2: Bekostigingsmogelijkheden in de geestelijke gezondheidszorg



(Bron: KPMG, 2011: 4)

Overigens staat in deze figuur ook nog aangegeven dat er een bekostigingsmogelijkheid is vanuit nacalculatie op basis van NZa-parameters. De betekenis hiervan wordt in paragraaf 7.5 nader toegelicht.

7.2 Het zorgverzekeringsfonds en risicoverevening

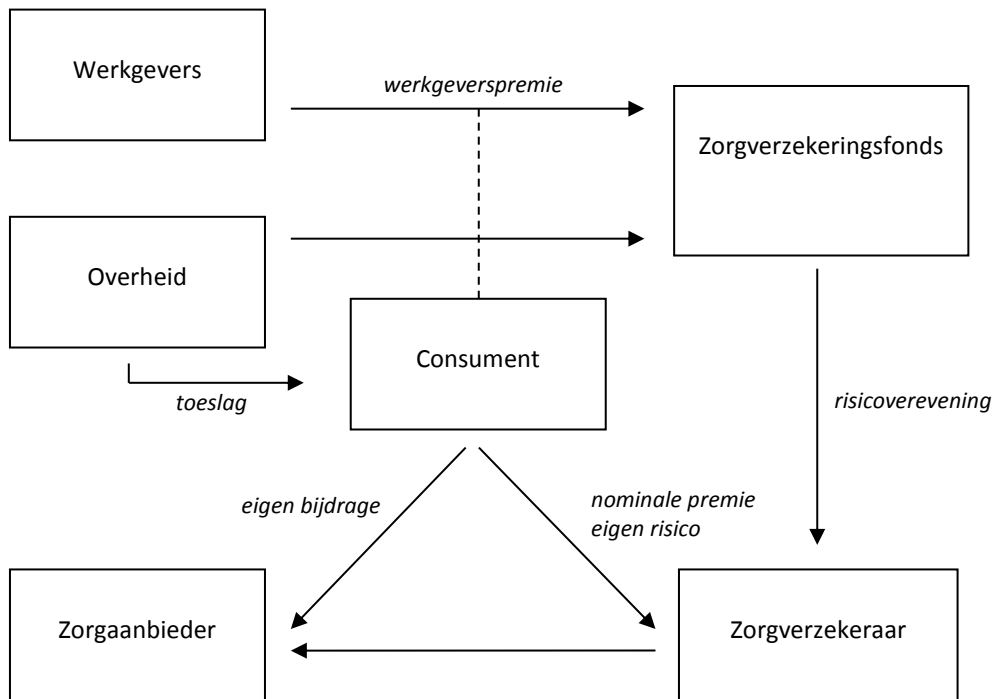
De geestelijke gezondheidszorg die gefinancierd wordt door middel van de Zorgverzekeringswet wordt gedeeltelijk betaald uit het Zorgverzekeringsfonds, een fonds dat beheerd wordt door het College van Zorgverzekeringen. In dit fonds worden de werkgeverspremies, die werkgevers in Nederland verplicht zijn te betalen voor alle werknemers die bij hen in dienst zijn, gestort en worden bijdragen door de overheid geleverd. Het fonds wordt aangewend om risico's voor zorgverzekeraars te mitigeren. Dat wil zeggen dat er twee vormen van zogenaamde risicoverevening plaatsvinden, namelijk de ex ante risicoverevening en de ex post risicoverevening.

Ex ante risicoverevening richt zich op risicoverschillen tussen verschillende personen. Op basis van bepaalde variabelen, bijvoorbeeld leeftijd, medicijngebruik, besteedbaar inkomen etc., is vooraf al een inschatting te maken van het risico dat zorgverzekeraars lopen, wanneer ze een individu een zorgverzekering bij hen laten afsluiten. De kans dat iemand hoge zorgkosten zal maken is uiteraard

vele malen groter bij iemand van tachtig jaar oud, dan bij een twintiger. Om te voorkomen dat zorgverzekeraars aan risicoselectie doen en individuen met bepaalde kenmerken (bijvoorbeeld iemand met een chronische ziekte) weigeren een zorgverzekering te verstrekken, wordt er vooraf een bedrag uit het zorgverzekeringsfonds versterkt aan zorgverzekeraars voor alle mensen die bij hen verzekerd zijn waarvan op voorhand te verwachten valt dat die meer kosten gaan maken dan gemiddeld. Andersom moeten zorgverzekeraars een bedrag in het zorgverzekeringsfonds storten voor personen waarvan op voorhand te verwachten valt dat zorgkosten beperkt zullen blijven. Dat is de ex ante risicoverevening. Bovendien geldt in Nederland een plicht voor zorgverzekeraars om ieder consument aan te nemen: de acceptatieplicht.

De ex post risicoverevening vindt achteraf plaats en houdt in dat zorgverzekeraars vanuit het zorgverzekeringsfonds worden gecompenseerd wanneer zij zogenaamde uitschieters moeten bekostigen. Daarmee worden patiënten bedoeld die zeer hoge zorgkosten maken. De vormgeving van deze ex post risicoverevening wordt momenteel heroverwogen, omdat het zorgverzekeraars niet aan zou zetten om na te denken over waar ze zorg het beste kunnen inkopen of over hoe ze om kunnen gaan met een preventieve aanpak, omdat ze achteraf toch wel gecompenseerd worden voor hoge kosten. Bovendien zou het kunnen voorkomen dat zorgaanbieders aangezet worden tot het nadenken over het controleren van declaraties van zorgaanbieders. Om de eigen risicodragendheid van zorgverzekeraars te vergroten, heeft het ministerie van VWS zich daarom voorgenomen om de ex post risicoverevening af te gaan bouwen, op voorwaarde dat de ex ante risicoverevening goed ontwikkeld is. Dit kan bijvoorbeeld door de voorspellende waarde van het model te vergroten door meer indicatoren toe te voegen, zodat nog nauwkeuriger ingeschat kan worden welke individuen een grotere kans lopen op hogere zorgkosten. Uit deze risicovereveningsbedragen die zorgverzekeraars voor hun verzekerden krijgen, gecombineerd met de zorgverzekeringspremies die ze maandelijks van al hun verzekerden krijgen, worden de zorgkosten voor zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet, inclusief zorg die gedeclareerd wordt door middel van DBC's, betaald. Volgens de NZa wordt naar schatting de helft van de kosten in de GGZ betaald uit het zorgverzekeringsfonds door middel van risicoverevening en de andere helft vanuit de zorgverzekeringspremies die ziektekostenverzekeraars ontvangen. In schema ziet deze bekostiging er als volgt uit:

Figuur 7.3: de bekostiging van zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet



7.3 Betrokken actoren

De drie partijen in de zorgdriehoek (zie figuur 7.1) zijn, ook in de geestelijke gezondheidszorg, de belangrijkste partijen, en zijn van elkaar afhankelijk. Op het moment dat er iets misgaat in deze driehoek, kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), een orgaan dat onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport functioneert, als toezichthouder en handhaver optreden. Buiten de NZa en het Ministerie van VWS, zijn er ook nog andere actoren betrokken bij de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Sommige van onderstaande actoren zijn betrokken bij de gezondheidszorg in het algemeen, andere specifiek in de geestelijke gezondheidszorg:

- het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), dat onder andere betrokken is bij het beheren van het Zorgverzekeringsfonds en het geven van advies aan het ministerie over het verzekerdenpakket en de behandelingen en andere vormen van zorg die tot het zorgverzekerdenpakket (de zorg die vergoed moet worden vanuit de basisverzekering) zouden moeten behoren;
- de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), die toezicht houdt op de kwaliteit en veiligheid in de zorg;
- de koepelorganisatie van de zorgverzekeraars: Zorgverzekeraars Nederland (ZN);
- de koepelorganisaties van de patiënten (patiënt- en consumentenorganisaties);

- de koepelorganisaties van zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg (bijvoorbeeld GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten en het Nederlands Instituut voor Psychologen);
- Vektis, een organisatie die de door behandelaren ingevoerde DBC-gegevens verzamelt en analyseert;
- de onafhankelijke Stichting Benchmark GGZ, een kenniscentrum voor GGZ-instellingen en zorgverzekeraars dat tot doel heeft om inzichtelijk te maken wat de behandelresultaten zijn van veelvoorkomende stoornissen in de GGZ, op basis van onder andere een evaluatie van patiëntenonderzoek (het zogenaamde Routine Outcome Measurement, kortweg ROM, waarin patiënten vooraf en na een behandeling gevraagd worden naar effecten van de behandeling);
- DBC Onderhoud, de systeemonderhouder van het digitale DBC-systeem waarmee gedeclareerd wordt, die formeel in opdracht van de NZa opereert, maar in de praktijk vrij zelfstandig functioneert.

Deze laatstgenoemde actor is ook betrokken bij het aanleveren van informatie op basis waarvan de markt samen met onder andere vertegenwoordigers van de beroepsgroepen, bepalen wat de inhoud is van zorg waar je geld voor mag rekenen, omdat zij nu eenmaal dicht op alle verzamelde informatie zitten en dus een goede kijk hebben op het collectief aan geleverde zorg, uitgedrukt in kwantitatieve gegevens.

7.4 Het DBC-systeem

Zoals vermeld wordt de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg in Nederland bekostigd door middel van DBC's. Het DBC-systeem is uiteindelijk ingevoerd om meer marktwerking in de zorg te introduceren, zodat de zorg in Nederland kwalitatief goed is, voor iedereen beschikbaar en betaalbaar is, en om prijzen en prestaties in de gezondheidszorg transparanter te maken, zodat zorginstellingen efficiënter werken (DBC Onderhoud, 2013a). Daarop aansluitend zijn kostenbesparing en kostenbeheersing van belang. Het DBC-systeem heeft tevens medische herkenbaarheid, kostenhomogeniteit en hanteerbaarheid als uitgangspunten (GGZ Nederland, 2011: 1). Er wordt in de GGZ sinds 2008 met DBC's gewerkt. Het systeem houdt een integraal bekostigingsmodel in waarbij kosten gedeclareerd worden voor het totale zorgtraject van een patiënt, van de diagnose gesteld door zorgverleners tot en met de behandelingen die plaatsvinden voor een aandoening, zelfs wanneer de behandelingen plaatsvinden bij verschillende zorgverleners en ongeacht het aantal behandelingen. DBC's omvatten het traject dat een patiënt doorloopt met

betrekking tot één aandoening (diagnose), waarbij een maximale periode van 365 dagen geldt. Na deze periode dient er een nieuwe DBC geregistreerd te worden, zelfs wanneer het dezelfde aandoening betreft. DBC's worden geregistreerd door zorgverleners en gelden als declaratiesysteem voor kosten bij de zorgverzekeraar van de patiënt (DBC Onderhoud, 2013b: 6). Ze bestaan in de geestelijke gezondheidszorg uit registratiegegevens over de gestelde diagnose, het aantal minuten geleverde zorg (direct en indirect) en het aantal verblijfsdagen van de patiënt in een instelling (KPMG, 2011: 4). Er zijn in de geestelijke gezondheidszorg omstreeks 150 verschillende DBC's die gefactureerd kunnen worden. Te denken valt aan DBC's zoals 'shizofrenie', 'depressie', enzovoorts.

Het openen of registeren van zorg door middel van een DBC is een administratieve handeling die door allerlei personen in de gezondheidszorg gedaan kan worden. Gedacht kan worden aan een medisch specialist, een verpleger, ander medisch personeel of zelfs administratief personeel. Sommige GGZ-instellingen huren zelfs een externe factureringsmaatschappij in en in het geval van zelfstandig behandelaren is het niet ondenkbaar dat bijvoorbeeld een echtgenoot deze registraties uitvoert. Echter, de hoofdbehandelaar, te weten de zorgverlener die in reactie op de zorgvraag van de patiënt de diagnose stelt en door wie of onder wiens verantwoordelijkheid de behandeling van een patiënt plaatsvindt, blijft te allen tijden verantwoordelijk voor de administratie van DBC's. Alle handelingen die hiertoe behoren, zoals het openen, typeren, registeren en sluiten van een DBC, vallen onder de verantwoordelijkheid van deze hoofdbehandelaar. Alleen zorgverleners die een beroep uitoefenen dat in het BIG-register is opgenomen kunnen als hoofdbehandelaar aangemerkt worden (DBC Onderhoud, 2013b: 8-9). Over de term hoofdbehandelaar is echter recentelijk veel te doen geweest in de politiek. Hier zal in het volgende hoofdstuk uitvoeriger op ingegaan worden.

Ten behoeve van de administratie in termen van DBC's, dienen er een aantal stappen doorlopen te worden. Zo moeten er identificatiegegevens ingevuld worden over de patiënt, moet het zorgtype geselecteerd worden en dient er een diagnose te worden gesteld. Met betrekking tot zowel het zorgtype als de diagnose kan er gekozen worden uit een beperkt aantal opgestelde codes. De verschillende zorgtypes en verschillende assen ten behoeve van het stellen van een diagnose waaruit een keuze gemaakt kan worden, staan weergegeven in tabellen in appendix C. (Een volledige lijst van de verschillende diagnoses waaruit een keuze gemaakt kan worden, is niet opgenomen omdat het om meer dan 1500 diagnoses gaat; voor een overzicht, zie: DBC Onderhoud, 2011). Nadat de registratie van zorg door middel van DBC's heeft plaatsgevonden, moet de registratie geautoriseerd worden door de hoofdbehandelaar (omdat deze de registratie niet noodzakelijkerwijs zelf heeft uitgevoerd), waarna de DBC nog gevalideerd wordt, alvorens deze gefactureerd kan worden (KPMG, 2011: 16). De ingevoerde DBC-gegevens worden niet alleen doorgestuurd naar de zorgverzekeraars ten behoeve van kostendeclaratie, maar ook opgeslagen in het DBC-informatiesysteem (DIS) (DBC Onderhoud, 2013b: 6).

Bij het registreren van zorg door middel van het DBC-systeem, kan er een onderscheid gemaakt worden in drie verschillende typen DBC's:

- de 'initiële DBC': een DBC die wordt geopend bij een nieuwe zorgvraag en derhalve altijd de eerste DBC is in een zorgtraject;
- de 'vervolg-DBC': een DBC die volgt op een initiële DBC en die gebaseerd is op dezelfde diagnose als de initiële DBC;
- de 'crisis-DBC': een DBC die wordt geopend wanneer er bij een patiënt sprake is van crisisinterventie.

Bovendien wordt er ook gesproken over de term 'zorgtraject': de initiële DBC en één of meerdere vervolg-DBC's die gezamenlijk het zorgtraject van de behandeling van één diagnose vormen. Voordat een initiële DBC geopend kan worden, moet een zorgtraject zijn gestart waarbij het verplicht is de aanmeldingsdatum van de patiënt vast te leggen. Deze aanmeldingsdatum is het eerste moment waarop er een patiëntgebonden activiteit plaatsvindt. Pas na de aanmelding van een zorgtraject kunnen DBC's geopend worden (DBC Onderhoud, 2013b: 8-9). Buiten deze verschillende vormen van DBC's, is het mogelijk dat patiënten zorg genieten die geregistreerd wordt in verschillende DBC's. Bijvoorbeeld wanneer een patiënt voor meerdere diagnoses wordt behandeld. Er zijn dan parallelle zorgtrajecten naast elkaar (DBC Onderhoud, 2013b: 8-9, 27). Voor de verschillende vormen van DBC's gelden nog nader gedefinieerde normen. Deze normen zijn opgenomen in kaders in appendix C.

Specifiek voor de GGZ geldt bovendien dat DBC's gebaseerd zijn op het schrijven van minuten. Anders dan bij de medisch specialistische ziekenhuiszorg, worden er namelijk geen andere kosten gemaakt dan de inzet van personeel. Om die reden moet er in de DBC's geregistreerd worden hoeveel minuten een behandelaar besteed aan de behandeling van één enkele patiënt. Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt in directe tijd (tijd die direct besteed wordt aan de patiënt, bijvoorbeeld in gesprekstherapie) en indirecte tijd (tijd die indirect besteed wordt aan de patiënt, bijvoorbeeld vergaderen met collega's over de patiënt of het bijwerken van het dossier, etc.). De zorg die geleverd wordt in de GGZ kan op verschillende manieren in het DBC-systeem worden gedeclareerd. Zo kan het systeem 'default' worden ingezet, wat inhoudt dat er automatisch wordt geregistreerd. Dat wil zeggen dat er vooraf is vastgesteld, bijvoorbeeld op basis van gemiddelden van de zorginstelling, dat er, in het geval van een consult met een patiënt, altijd 45 minuten met de patiënt wordt gesproken (directe tijd) en altijd 15 minuten worden gebruikt om het patiëntendossier bij te werken (indirecte tijd). In de praktijk worden er dan ook weleens 40 minuten met een patiënt gesproken en 20 minuten geadministreerd, maar de tijden worden altijd standaard geadministreerd. Anderzijds kan er ook gedeclareerd worden op basis van de tijd die daadwerkelijk aan directe en indirecte tijd besteed is.

7.5 Van budgetsystematiek naar prestatiebekostiging

Voordat de DBC-systematiek ingevoerd werd, was de financiering in de zorg gebaseerd op een budgetsystematiek. Dat wil zeggen dat vooraf vastgestelde budgetten werden toegekend aan zorginstellingen, waarmee ze het een heel jaar moesten doen. Er werden dus vooraf financiële middelen toegekend, waar er bij het nieuwe systeem, achteraf betaald wordt, op basis van de prestaties die zijn geleverd. Het budgetstelsel betekende onder andere dat de groei van kosten ten opzichte van een jaar eerder over de gehele zorgmarkt gezien beperkt bleef, maar leverde wel wachtlijsten op (zie bijvoorbeeld Bruinsma & Van Uffelen, 2001), vermoedelijk omdat instellingen aan het einde van het jaar minder patiënten gingen behandelen omdat de gemaakte kosten niet meer 'binnen het budget' pasten, en de vooraf verkregen financiële middelen aan het eind van het jaar 'op' waren. Daarnaast werden behandelaars, in elk geval door het systeem, niet aangespoord om zo veel mogelijk patiënten te behandelen en zodanig efficiënt met zorg om te gaan, omdat zorg niet per patiënt geregistreerd werd, maar er gefinancierd werd op basis van de totaalsom van alle behandelingen en andere activiteiten die gedaan werden, ongeacht het aantal patiënten dat werd behandeld. Hierdoor was het niet inzichtelijk hoeveel patiënten er nu eigenlijk behandeld werden in een instelling over een geheel jaar gezien (GGZ Nederland, 2011: 1). Omdat wachtlijsten gezien werden als een ernstig probleem en er schrijdende gevallen bij waren van mensen die zorg nodig hadden maar deze niet geleverd kregen en moesten wachten, bijvoorbeeld tot een nieuw kalenderjaar, kwam er veel berichtgeving in de media over dit probleem. Het oplossen van de wachtlijsten die naar aanleiding van het budgetstelsel dreigden te ontstaan, is een van de vooraf opgetelde doelstellingen geweest van het nieuwe DBC-systeem, dat op basis van prestatiebekostiging werkt.

Dat gezondheidszorg in de GGZ nu gedeclareerd wordt door middel van dit systeem, doet vermoeden dat er gewoon vrijuit kosten gedeclareerd kunnen worden zonder dat daar een begrenzing aan zit. Dit is echter niet het geval. Voorafgaand aan ieder jaar onderhandelen zorgaanbieders namelijk met de zorgverzekeraars over contracten waarin staat opgenomen hoeveel zorg er geleverd zal worden door een zorgaanbieder (dit houdt in hoeveel patiënten er behandeld zullen worden), en bovendien, tegen welk tarief dit door de zorgverzekeraars wordt vergoed. Beide zaken kan over onderhandeld worden. Hoewel er wel maximumtarieven gekoppeld zijn aan de DBC's (opgesteld door de NZa), kunnen zorgverzekeraars en zorginstellingen afspraken met elkaar maken over het tarief dat per individuele patiënt wordt uitgekeerd. De NZa heeft namelijk maximumtarieven opgesteld voor iedere DBC (de behandeling van een specifieke aandoening of diagnose) en zorgverzekeraars mogen niet meer betalen dan dit bedrag, maar wel minder. In ruil voor bijvoorbeeld hogere kwaliteitseisen of voorwaarden om informatie te delen met

zorgverzekeraars, kan het tarief door de zorgverzekeraars opgeschroefd worden. De zorginstelling krijgt dan meer betaald voor geleverde zorg. Er worden meestal percentages tussen de tachtig en honderd procent van het maximumtarief afgesproken in contractonderhandelingen, maar met zorginstellingen of behandelaren waar geen contract mee is afgesloten, zijn geen afspraken gemaakt over de prijs. Wel is overeengekomen dat er altijd een 'redelijk' tarief uitbetaald moet worden voor geleverde zorg. Ook hierover is veel te doen bij zorgaanbieders. Hierop wordt in het volgende hoofdstuk uitvoerig ingegaan. Overigens bestaat er naast het maximumtarief dat voor elke DBC is vastgesteld door de NZa, ook het zogenaamde max-maxtarief. Dat is een extra hoog tarief dat gericht is op zeer gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Daar waar de tarieven van gewone DBC's binnen de bandbreedte van nul tot honderd procent van het maximumtarief vallen, heeft het max-maxtarief een uitloop tot aan 110 procent.

Bovendien kunnen er ook nog bulkafspraken gemaakt worden tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen, waarbij zorgverzekeraars de wens uitspreken dat elke individuele patiënt wat betreft de kosten onder een bepaald tarief blijft. Hiervoor geldt dat het afgesproken bedrag gewoon wordt uitgekeerd op het moment dat de kosten die door een zorginstelling gemaakt worden voor de behandeling van één unieke patiënt onder het vooraf afgesproken bedrag blijven, maar dat bij een overschrijding van dit bedrag bij een unieke patiënt, het overschot van kosten voor rekening van de instelling zelf is, omdat die geleverde zorg buiten de afspraken in het contract vallen. Een voorbeeld van een bulkafpraak kan zijn dat er afgesproken wordt dat honderd patiënten worden behandeld tegen het maximale bedrag van 2500 euro per unieke patiënt, wat neerkomt op een maximum van 250.000 euro aan vergoedingen voor dat jaar. De gevallen waarin de behandelingen onder dit voorbeeldbedrag van 2500 euro blijven, worden gewoon uitbetaald, maar voor de gevallen waarin meer kosten worden gemaakt per unieke patiënt, krijgen de zorginstellingen toch maar (maximaal) 2500 euro uitbetaald. Dergelijke en ook andere contractafspraken zijn niet verplicht (het is namelijk niet verplicht om een contract af te sluiten met een ziektekostenverzekeraar), maar hebben wel gevolgen voor de tarieven die uitbetaald worden. In het algemeen kan gesteld worden dat gecontracteerde zorgaanbieders meer betaald krijgen. Deze krijgen namelijk een hoger percentage van het maximale tarief dat vastgesteld is door de NZa.

Dit systeem is, zoals eerder vermeld, ingevoerd in 2008. Echter, om ervoor te zorgen dat zorginstellingen eerst konden wennen aan het systeem van kostendeclaratie door middel van DBC's, is er de afgelopen jaren gewerkt met een transitie-model. Terwijl er in de medisch specialistische ziekenhuiszorg gekozen is voor een model dat gefaseerd ingevoerd werd (namelijk door steeds groter wordende percentages van de zorgsector onder het nieuwe systeem te laten vallen), wil dit in de GGZ zeggen dat er twee kostensystemen naast elkaar gevoerd werden. Enerzijds werden kosten gedeclareerd met het nieuwe DBC-systeem, maar de handelingen en activiteiten werden daarnaast

ook nog steeds geregistreerd op basis van parameters behorende tot het oude budgetsysteem. Bovendien werden de twee registratiesystemen aan het eind van elk jaar naast elkaar gelegd en konden zorginstellingen het verschil tussen de kosten die ze geregistreerd hadden in het nieuwe DBC-systeem en de kosten volgens het oude budgetsysteem laten verrekenen op basis van nacalculatie en alsnog krijgen, zodat de instellingen niet bang hoefden te zijn om kosten mis te lopen doordat ze nog niet gewend waren aan kostenregistratie met het nieuwe systeem. Het jaar 2013 is nog een overgangsjaar, en ook in 2014 kunnen verschillen in kosten nog deels verrekend worden op basis van nacalculatie, maar vanaf 2015 wordt er in de geestelijke gezondheidszorg uitsluitend overgegaan op het nieuwe declaratiesysteem op basis van DBC's. Er gelden nu dus nog enkele vangnetten die te grote inkomstenverschillen van het ene jaar in vergelijking met het andere jaar moeten opvangen, maar deze worden steeds verder ingeperkt. Overigens is er ook een categorie zorgaanbieders waarvoor dit transitie-model niet geldt. Dit zijn nieuwe toetreders, die pas zorg aan zijn gaan aanbieden vanaf 2008. Voor deze nieuwe toetreders gelden de vangnetten ten opzichte van het oude systeem niet. Zij werken volledig en uitsluitend volgens het 'nieuwe' DBC-declaratiesysteem.

Het is de bedoeling dat de contractonderhandelingen tussen zorginstellingen en zorgverzekeraars, waarin naast afspraken over tarieven per unieke patiënt en aantallen patiënten nog andere afspraken opgenomen kunnen worden, straks met iedere afzonderlijke zorgverzekeraar gedaan worden. Nu wordt er echter, in het kader van het transitiestelsel, gewerkt met een representatiemodel, waarbij twee zorgverzekeraars de contractonderhandelingen doen namens alle verzekeraars, waarna ze dit onderling met elkaar afstemmen. Per 1 januari 2014 is dit niet meer het geval en moeten zorgaanbieders afspraken gaan maken met alle individuele zorgverzekeraars waarvan zij patiënten behandelen. Volgens de NZa zijn dat er negen, met allerlei bijbehorende kleinere zorgverzekeraars die daaraan gelieerd zijn.

De invoering van het DBC-systeem valt te bezien in het licht van bredere maatregelen die marktwerking in de geestelijke gezondheidszorg moeten introduceren. Dat wil niet alleen zeggen dat er gelet wordt op kostenbeheersing, efficiency en aanverwante zaken, maar ook dat er een wens is om meer keuzevrijheid te organiseren bij patiënten. In het oude systeem, dat gebaseerd was op regiobudgetten die door zorgkantoren werden uitgekeerd, moesten patiënten naar bepaalde zorginstellingen om behandeld te worden, gerelateerd aan de regio waarin zij woonachtig waren. Het verzorgingsgebied werd dat genoemd. De introductie van het DBC-systeem is gebaseerd op vrije keuze ten aanzien van behandelingen. De regiobudgetten zijn compleet losgelaten, waardoor patiënten niet meer tot een bepaalde zak geld behoren, gebaseerd op hun postcode. Als gevolg kunnen patiënten voortaan zelf kiezen waar ze behandeld willen worden (mits hun zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten met de betreffende zorgaanbieder en mits het gaat om een naturapolis. In het geval van een restitutiepolis kunnen verzekerden ook zorg afnemen bij

zorgaanbieders waarmee hun verzekeraar geen contract heeft). Bovendien hebben ze ook een vrije keuze ten aanzien van de zorgverzekeraar.

7.6 Relevante wet- en regelgeving

Voor de gezondheidszorg in het algemeen, en de geestelijke gezondheidszorg in het bijzonder, geldt een groot aantal verschillende wetten waarin van alles geregeld is, zoals de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG), de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Met name de Wet Marktordening Gezondheidszorg is van belang. Deze wet bevat een bepaling die betrekking heeft op zorgfraude (zie onderstaand kader).

Kader 7.4: wetsartikel 35, eerste tot en met het derde lid, van de WMG

1. Het is een zorgaanbieder verboden een tarief in rekening te brengen:
 - A. dat niet overeenkomt met het tarief dat voor de betrokken prestatie op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel b, is vastgesteld;
 - B. dat niet ligt binnen de tariefruimte die op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel c, voor de betrokken prestatie is vastgesteld;
 - C. voor een prestatie waarvoor geen prestatiebeschrijving op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel d, is vastgesteld;
 - D. voor een prestatie waarvoor een andere prestatiebeschrijving wordt gehanteerd dan op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel d, is vastgesteld;
 - E. anders dan op de wijze die overeenkomstig deze wet is vastgesteld.
2. Het is een zorgaanbieder verboden een tarief als bedoeld in het eerste lid, te betalen aan een andere zorgaanbieder of aan derden te vergoeden.
3. Het is een ziektekostenverzekeraar verboden een tarief als bedoeld in het eerste lid, te betalen of aan derden te vergoeden.

In de Wet Economische Delicten (WED) staat namelijk opgenomen dat een overtreding van het voorschrift in artikel 35 van de WMG wordt gezien als een economisch delict (zie artikel 1, tweede lid WED). Bovendien is artikel 225 van het Wetboek van Strafrecht ook relevant als het gaat om zorgfraude. In dit betreffende artikel staat opgenomen dat valsheid in geschrift strafbaar is. Dit is relevant voor zorgfraude omdat er in het geval van gedeclareerde zorg die niet is geleverd, in feite valsheid in geschrift plaatsvindt. Op basis van dit artikel kan er tegen zorgfraude worden opgetreden op basis van het strafrecht.

De WMG is echter niet alleen van belang vanwege artikel 35, maar ook omdat het een instellingsbepaling voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevat, waarin staat wat de taken en bevoegdheden van de NZa zijn. Ook is in deze wet opgenomen dat het voor Zorgverzekeraars

verboden is om onjuist gedeclareerde zorg uit te betalen (zie artikel 35, lid 3 WMG). Een andere wet die van belang is voor de gezondheidszorg in het algemeen, en dus ook voor de GGZ en de aanpak van zorgfraude, is de Zorgverzekeringswet. In deze wet staan de bevoegdheden van de zorgverzekeraars uitgewerkt. Zorgverzekeraars hebben een plicht om zorgfraude te bestrijden en via de Zorgverzekeringswet is geregeld dat zorgverzekeraars declaraties moeten onderwerpen aan controles en aan welke voorwaarden die controles moeten voldoen.

Nog een belangrijk voorbeeld van relevante wetgeving is de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (kortweg, de Wet BIG). In deze wet staat geregeld wie zogenaamde 'voorbehouden handelingen' mag uitvoeren, zodat alleen zorgverleners met een beschermde titel beslissingen mogen nemen waarmee een groot risico voor de patiënt gemoeid is. Het is voor een aantal zorgverleners verplicht om zich te registreren in het BIG-register, zodat er voor patiënten duidelijkheid is over de bevoegdheden van een zorgverlener. Voor de GGZ geldt dat psychiaters, psychotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen en verpleegkundigen BIG-geregistreerd zijn. Door de registratie in het BIG-register, vallen zorgverleners ook onder het tuchtrecht (Rijksoverheid, 2013b), een van de mogelijkheden om zorgfraude aan te pakken (zie paragraaf 7.8).

Daarnaast is de Wet Toelating Zorginstellingen ook van belang voor de GGZ, want hierin staat geregeld hoe zorginstellingen toe kunnen treden tot het bestel. Buiten alle wetgeving die in het voorgaande besproken is, gelden er nog specifieke beleidsregels en nadere bepalingen bij de beleidsregels, die opgesteld zijn (en worden) door de NZa. Daarnaast zijn er nog DBC-GGZ-spelregels, die betrekking hebben op het concrete registreren van zorg door middel van DBC's. Buiten dat, kunnen er in het Bestuurlijk Akkoord GGZ nog bepalingen opgenomen worden die relevant zijn in het kader van zorgfraude, en worden er door allerlei belangenverenigingen soms ook nog gedragsregels en codes opgesteld. Een voorbeeld is de gedragsregel Correct Declareren van de Orde van Medisch Specialisten. Tenslotte kunnen zorgverzekeraars nog individuele afspraken opnemen in de contracten die zij afsluiten met zorgaanbieders en in de polisvoorwaarden die zij opstellen.

7.7 De controle van DBC-gegevens door zorgverzekeraars

De declaraties van geleverde zorg worden op allerlei manieren gecontroleerd. De zorgverzekeraars zijn hier verantwoordelijk voor, vanwege een plicht die zij hebben die inhoudt dat elke factuur die bij hen binnenkomt gecontroleerd wordt. Nadat behandelaars de verleende zorg geadministreerd hebben in het DBC-systeem, dat feitelijk een computersysteem is, wordt de ingevoerde zorg in de vorm van digitale codes, cijfers en gegevens bij Vektis verzameld en vervolgens uitgesplitst van het totaal aan ingevoerde gegevens per behandelaar of instelling, naar de gegevens per zorgverzekeraar. Omdat het niet is toegestaan deze gegevens (herleidbaar) aan derden te verstrekken (ook niet aan

andere verzekeraars), krijgt alleen de zorgverzekeraar waarbij een patiënt verzekerd is, de gegevens van die betreffende persoon doorgeleid. De zorgverzekeraars voeren vervolgens een serie controles uit op de binnengekregen DBC-gegevens.

Ten eerste worden zogenaamde technische controles uitgevoerd, waarin wordt gecontroleerd of een elektronische declaratie voldoet aan technische voorwaarden, zoals de vorm waarin een declaratie aangeleverd wordt en of alle verplichte velden zijn ingevuld (ZN, 2013). Ten tweede worden zogenaamde formele controles uitgevoerd. Dit zijn controles waarbij er gekeken wordt of de nota voldoet aan formele voorwaarden, wet- en regelgeving, zoals: of de code van de behandeling klopt; of het juiste bedrag wordt gedeclareerd; of de zorgaanbieder wel bestaat; of de verzekerde waarom het gaat daadwerkelijk verzekerd is bij de zorgverzekeraar waar het om gaat en ook voor de zorg waarom het gaat en of het überhaupt om verzekerde zorg gaat. Formele controles worden altijd standaard, dat wil zeggen in honderd procent van de gevallen, en zoveel mogelijk geautomatiseerd uitgevoerd, voorafgaand aan de uitbetaling aan patiënten en/of zorgverleners. Ten derde worden er vervolgens materiële controles uitgevoerd. Hierbij staat de vraag centraal of de gedeclareerde zorg werkelijk geleverd is en of de zorg ook passend was ten aanzien van de zorgvraag, of met andere woorden, of de zorg doelmatig was. Deze controles worden gedaan op basis van risico-analyses. Dat wil zeggen dat er vooraf risico's zijn opgesteld, op basis van omgevingsanalyses waarin gelet wordt op welke spelers er allemaal betrokken zijn, welke belangen er allemaal zijn, hoe financiële stromen lopen, wat er allemaal (in theorie) mis zou kunnen gaan, hoe er bijvoorbeeld teveel zou kunnen worden gedeclareerd of op andere manieren financiële middelen zouden kunnen worden onttrokken. Deze risico's hebben niet alleen betrekking op zorgfraude, maar ook op bijvoorbeeld kwaliteit van zorg. De materiële controles worden niet in honderd procent van de gevallen uitgevoerd, maar slechts in de gevallen waar (vooraf bepaalde) risico's een rol kunnen spelen. Het is daarbij natuurlijk altijd de vraag of alle risico's van te voren volledig benoemd zijn.

Voor de materiële controles worden verschillende technieken gebruikt, namelijk statistische analyse; verbandscontroles; steekproeven; enquêtes en detailcontroles (ZN, 2011: 5). Bij de statistische analyses wordt gekeken naar trends in gegevens en cijfers. Hiervoor worden gegevens van Vektis gebruikt. Dat kan inhouden dat trends van één bepaalde GGZ-instelling worden vergeleken met trends binnen een andere instelling, of met algemene gemiddelden over de hele sector bezien. Als een bepaalde instelling veel vaker voor een bepaald (mogelijk duurder) type behandeling kiest of altijd veel langere behandelingen uitvoert dan gemiddeld gezien kan dat bijvoorbeeld aanleiding zijn voor vervolgonderzoek bij die instelling. Een afwijking hoeft echter niet noodzakelijkerwijs iets te zeggen; er kunnen goede verklaringen aan ten grondslag liggen. Bij de verbandscontroles wordt gekeken naar de vraag of de behandelingen van een bepaalde patiënt 'logisch' zijn ten opzichte van bijvoorbeeld andere zorg die een patiënt heeft of heeft gehad. Een

voorbeeld kan zijn dat bij een patiënt die onder behandeling van een medisch specialist staat, wordt gekeken of deze ook bij een huisarts is langs geweest, omdat patiënten een doorverwijzing nodig hebben van de huisarts voor bepaalde typen specialistische zorg of dat er in het geval van een operatie nog een vervolgspraak is bij een huisarts of verpleegkundige om bijvoorbeeld hechtingen te laten verwijderen. Ook kunnen steekproefsgewijs patiënten worden benaderd ter controle of kunnen er enquêtes worden uitgezet onder een groep van patiënten. In een fraudevermoeden betreffende een concreet geval, kunnen zorgverzekeraars ook een detailcontrole doen. In dat geval kunnen ze, onder strikte voorwaarden en onder leiding van een medisch adviseur, dossiers van zorgaanbieders inzien. Voorwaarden die bijvoorbeeld gelden, zijn dat gegevens niet tot op verzekerdenniveau herleidbaar mogen zijn en dat er niet gekeken mag worden naar gegevens die puur medisch inhoudelijk zijn. Er mag alleen gekeken worden naar algemene gegevens, bijvoorbeeld naar de inplanning van patiënten in de agenda van een behandelaar. Voor de materiële controles geldt bovendien ook dat zorgverzekeraars zich moeten houden aan een bepaald protocol dat staat opgenomen in de Zorgverzekeringswet. Dat houdt in dat bepaalde stappen eerst doorlopen moeten zijn, voordat de volgende stap gezet mag worden. Behalve deze controles, die op basis van aangeleverde gegevens worden gedaan, kan er ook door zorgverzekeraars besloten worden over te gaan tot fraudeonderzoek wanneer er meldingen of signalen over mogelijke fraude binnenkomen.

7.8 Mogelijkheden voor de aanpak van zorgfraude

Er zijn een heleboel mogelijkheden om zorgfraude aan te pakken. Zoals vermeld kunnen zorgverzekeraars zelf fraudeonderzoek doen, waarbij ze zelfs over mogen gaan tot dossierinzage (onder de voorwaarde dat er een medisch adviseur bij betrokken is) wanneer uit hun controles is gebleken dat er sprake zou kunnen zijn van zorgfraude. Wanneer fraude vastgesteld is, kunnen er verschillende maatregelen genomen worden. Ten eerste kunnen zorgverzekeraars zelf maatregelen nemen, zoals het terugvorderen van het fraudebedrag en ook de extra gemaakte onderzoekskosten. Vervolgens kunnen ze besluiten in de toekomst verscherpte controle toe te passen of het contract met de zorgaanbieder stop te zetten, waardoor deze in de toekomst minder financiële middelen krijgt voor geleverd werk. Daarnaast kunnen ze de zorgaanbieder op zowel een interne als een externe zwarte lijst laten plaatsen. Het registreren van een zorgaanbieder als fraudeur, kan dan als waarschuwing gelden voor andere organisaties. Hierdoor maakt de zorgaanbieder een kleinere kans om nog een contract aangeboden te krijgen van andere zorgverzekeraars (in het geval van een interne zwarte lijst) of is de kans kleiner dat andere instellingen nog met de zorgaanbieder in zee willen gaan (in het geval van een externe zwarte lijst).

Ten tweede kunnen andere organisaties maatregelen nemen als er zorgfraude plaatsvindt. Wanneer zorgverzekeraars aangifte doen bij de politie, of er een melding wordt gemaakt van het voorval bij de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), kan er door het Openbaar Ministerie strafrechtelijk worden opgetreden. Daarnaast kan de Nederlandse Zorgautoriteit, op basis van een melding van een zorgverzekeraar of een ander partij (een rechtstreekse melding van een behandeld patiënt of een medewerker van een zorginstelling bij het meldloket van de NZa, een melding bij het door de PVV in het leven geroepen Loket Zorgfraude, dat automatisch doorgeleid wordt naar de NZa, etc.), bestuursrechtelijk optreden. Dat wil zeggen dat er bijvoorbeeld een boete opgelegd kan worden. Naast de mogelijkheid om strafrechtelijk en bestuursrechtelijk op te treden, kan er ook nog tuchtrechtelijk op worden getreden tegen zorgfraude. Dit kan worden gedaan als er een melding wordt gedaan bij de Inspectie Gezondheidszorg, bijvoorbeeld door zorgverzekeraars. Tuchtrechtelijk optreden kan leiden tot het schrappen van een medische beroepsbeoefenaar uit het BIG-register. Dat wil zeggen dat de betreffende behandelaar zijn beroep als zorgverlener niet meer mag uitoefenen. Vanzelfsprekend kan er alleen tuchtrechtelijk worden opgetreden tegen zorgverleners die onder de Wet BIG vallen. Voor de GGZ geldt dit voor psychiaters, psychotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen en verpleegkundigen (zie paragraaf 7.6). Bovendien kunnen er altijd nog andere actoren betrokken worden bij de aanpak van zorgfraude. Zo is de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid betrokken geweest bij de aanpak van (zorg)fraude met Persoonsgebonden Budgetten (PGB's), waarbij niet alleen fraude met middelen bestemd voor de zorg werd gepleegd, maar ook met middelen die in het kader van de sociale zekerheid kunnen worden aangewend.

Wanneer de zorgverzekeraar niet in staat is om onomstotelijk aan te tonen dat er sprake is geweest van zorgfraude, en andere maatregelen dus niet ingezet kunnen worden, kunnen zij nog altijd afspraken afdwingen door middel van de contractonderhandelingen die plaatsvinden met zorgaanbieders. Ze kunnen in het contract bijvoorbeeld laten opnemen dat bepaalde situaties niet meer mogen voorkomen in de toekomst (omdat er anders niet uitbetaald zal worden). Sommige verzekeraars laten zich bij het nemen van maatregelen leiden door een prioriteringslijstje dat door Zorgverzekeraars Nederland is opgesteld. Dit lijstje werkt op basis van punten die toegekend worden aan zorgaanbieders die oneigenlijk gebruik maken van het declaratiesysteem. Wanneer iemand al vaker een regel heeft overtreden, bijvoorbeeld bij een ander zorgverzekeraar, of wanneer het gaat om een groot bedrag, worden er bijvoorbeeld extra punten toegekend. Het totaal aantal punten dat een aanbieder heeft, bepaalt dan hoe zwaar de middelen zijn die ingezet gaan worden door de zorgverzekeraar. In gevallen met weinig punten (bijvoorbeeld een eerste overtreding waarbij het ook een klein bedrag betreft) blijft het wellicht bij het terugvorderen van kosten en aanvullende contractafspraken, terwijl er bij gevallen met veel punten bijvoorbeeld aangifte wordt gedaan of een

melding wordt gedaan bij de NZa of de IGZ. Het prioriteringslijstje is echter niet dwingend, dus verzekeraars mogen er vanaf wijken en de inzet van maatregelen ook anders organiseren.

Hoofdstuk 8

De visie van betrokken autoriteiten op declaratiegedrag dat geassocieerd wordt met de term ‘zorgfraude’

In dit hoofdstuk wordt de visie van autoriteiten die op enige wijze betrokken zijn bij (de aanpak van) zorgfraude nader uiteengezet. Dit hoofdstuk is hoofdzakelijk gebaseerd op interviews met deze autoriteiten.

8.1 Het beeld dat van zorgfraude in de geestelijke gezondheidszorg geschetst wordt

In de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg heeft de afgelopen tijd veel gespeeld dat aandacht heeft gekregen in de media en in de politiek. Er is bijvoorbeeld een aantal casus geweest, die enige bekendheid hebben gekregen. In de onderstaande kaders in deze paragraaf staat een drietal voorbeelden uitgewerkt.

Kader 8.1: Casus EuroPsyche

EuroPsyche

EuroPsyche was een ggz-instelling met een jaaromzet van naar schatting 14 miljoen euro. De instelling werkte als een soort zorgmakelaar waarbij patiënten en behandelaren bij elkaar gebracht werden en waar 1200 verschillende behandelaren maar ook verschillende typen behandelaren aan verbonden waren, zoals psychologen, verpleegkundigen en sociaal pedagogisch hulpverleners. Deze behandelaren voerden op basis van accorderingen van psychiaters op afstand (die nooit contact met de betreffende patiënten hadden gehad) eigenstandig behandelingen uit. Ook declareerde de stichting namens deze behandelaren. Naar aanleiding van strijdigheid van deze behandelconstructies met de polisvoorwaarden die zorgverzekeraar CZ had opgesteld, besloot deze zorgverzekeraar om 152 declaraties van de stichting, met een totaalbedrag van 700.000 euro, niet uit te betalen waarop de stichting naar de rechter is gestapt. De zorgverzekeraar vond het onjuist dat de zorg niet was verleend door psychiaters, maar door personeel met andere, in de visie van CZ ontoereikende kwalificaties om een behandeling min of meer eigenstandig uit te kunnen voeren. De rechter oordeelde in het gelijk van zorgverzekeraar CZ omdat deze het maatschappelijk belang van een goede en betaalbare gezondheidszorg belangrijker vond dan de liquiditeit van de stichting, waarop andere zorgverzekeraars volgden. Doordat andere zorgverzekeraars hun betalingen aan de instelling daarop ook stopzetten, ging de stichting failliet. Dat faillissement heeft grote gevolgen gehad voor de behandelaren en de patiënten die verbonden waren aan de instelling. Naar verluidt zijn 10.000 cliënten en 1200 behandelaars op straat komen te staan als gevolg van het sluiten van de instelling. Behandelaren hebben in juni 2012 dan ook uitvoerig geprotesteerd, bijvoorbeeld door actie te voeren in Den Haag om te pleiten voor de kans om lopende behandelingen af te kunnen maken. Ook is de casus uitvoerig besproken in de Tweede Kamer (Van den Elsdén, 2012a; Van Dorresteyn, 2012).

Opvallend aan de casus EuroPsyche is dat er nooit is aangetoond dat de stichting in strijd met wet- of regelgeving handelde. Toch zijn de betrokken partijen die in het kader van dit onderzoek geïnterviewd zijn het er over eens dat het nooit de bedoeling geweest is dat een psychiater, zonder een patiënt ooit gezien te hebben, bijvoorbeeld telefonisch, of door middel van een digitale accordering, een behandelplan van andere behandelaars goed zou kunnen keuren. Omdat hierover geen duidelijke regels gesteld waren in de geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld met betrekking tot wie de hoofdverantwoordelijke mag of moet zijn voor bepaalde behandelingen, konden dit soort zaken voorkomen, waarbij grote aantallen psychologen, verpleegkundigen, sociaal maatschappelijk hulpverleners en sociaal maatschappelijk werkers onder verantwoording van enkele psychiaters min of meer eigenstandig optraden om psychische aandoeningen te behandelen. De casus is dan ook veelvuldig ter sprake gekomen in de Tweede Kamer en naar aanleiding van dit voorbeeld is er in de GGZ een discussie losgebarsten over de term 'hoofdbehandelaar'. Deze discussie wordt verder uitgewerkt in paragraaf 8.6.

Kader 8.2: Casus Different

Different

Different is een orthodox-christelijke instelling die pastorale hulp biedt om homoseksuelen te helpen bij het onderdrukken van hun homoseksuele gevoelens. Omdat deze hulp lange tijd aangeboden werd als tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, konden de behandelingen gedeclareerd worden bij zorgverzekeraars. Minister Edith Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport besloot naar aanleiding van berichtgeving in de krant *Trouw* en een uitzending van televisieprogramma *Undercover in Nederland* (uitgezonden op SBS6) waarin journalist en programmamaker Alberto Stegeman incognito met een cameraploeg op bezoek ging bij de instelling, om de mogelijkheid van declaratie bij zorgverzekeraars voor dergelijke therapieën stop te zetten. Volgens de minister valt homoseksualiteit niet uit te leggen als een psychische stoornis met een medische diagnose en kan er derhalve ook geen sprake zijn van psychiatrische behandeling en verzekerde zorg. Ook artsenfederatie verwierp de stelling van Different dat homoseksualiteit een gerichtheid is van personen die geestelijk in de knoei zijn geraakt en dus behandeld kunnen worden tegen deze vorm van 'depressie'. Naar aanleiding van de uitgebreide publiciteit rondom deze casus heeft een andere aanbieder, de grootste aanbieder van 'homotherapie' in Nederland, namelijk Exodus, recentelijk aangekondigd op te houden met het aanbieden van de therapie waarbij op de website ook excuses worden gemaakt aan de homogemeenschap. Different blijft echter doorgaan met het aanbieden van deze vorm van therapie, hetzij zonder de mogelijkheid tot vergoeding op basis van de Zorgverzekeringswet. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in een ingesteld onderzoek naar Different namelijk niet vast kunnen stellen dat er therapie wordt aangeboden om homoseksuelen te 'genezen' maar dat de behandelingen gericht zijn op ondersteuning en begeleiding van cliënten met ongewenste homoseksuele gevoelens (ANP, 2012; De Wever, 2013; IGZ, 2012).

In de casus Different is er wederom geen sprake geweest van wetsovertredingen. De casus Different heeft echter wel geleid tot een discussie over de mogelijkheden van zorgdeclaratie op basis van het DBC-systeem en de Zorgverzekeringswet. Bovendien heeft de casus ook nog geleid tot een andere discussie, namelijk of het wel of niet geoorloofd is om 'homotherapie' aan te bieden. De IGZ heeft uiteindelijk geoordeeld dat de aangeboden therapieën bij Different geoorloofd zijn omdat niet is aangetoond dat er behandelingen worden aangeboden om cliënten te 'genezen' van homoseksualiteit, maar dat er slechts sprake is van begeleiding voor het omgaan met ongewenste gevoelens. Dat dit tot voor kort nog kon op basis van verzekerde zorg heeft veel stof doen opwaaien.

Een ander punt dat in de media veel aandacht heeft gekregen, is de fraude met Persoonsgebonden Budgetten, ofwel de zogenaamde PGB-fraude. Hoewel dit onderwerp buiten de scope van dit onderzoek valt omdat het niet gaat over fraude door middel van DBC's of zelfs fraude met betrekking tot financiële middelen behorende tot de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet, heeft het wel bijgedragen aan de beeldvorming die is ontstaan over fraude in de geestelijke

gezondheidszorg. Daarom worden de problemen die spelen ten aanzien van dit onderwerp toch even aangehaald. Onderstaande casus is een bekend voorbeeld.

Kader 8.3: Casus Jezus Centrum

Jezus Centrum

Het Jezus Centrum is een zorginstelling die mannen met psychosociale en verslavingsproblemen opvangt. De bestuurder alsmede vijf andere medewerkers van deze instelling worden ervan verdacht om tussen 2009 en 2011 allerlei vormen van economische delicten te hebben gepleegd, zoals uitkeringsfraude, belastingfraude, valsheid in geschrifte en witwassen. De instelling heeft op naam van de patiënten die het behandelt, die overigens opgenomen zijn in de instelling en er dus wonen, onterecht allerlei uitkeringen en toeslagen aangevraagd. Ook werd er gefraudeerd met persoonsgebonden budgetten en werden cliënten arbeidsongeschikt verklaard vanwege hun psychische aandoeningen, waardoor ze uitkeringen konden ontvangen, terwijl ze tegelijkertijd wel moesten werken. Bovendien werden de patiënten onder bewindvoering geplaatst, waardoor zij niet meer over hun eigen geld konden beschikken, maar de medewerkers van de instelling wel (Van den Elsdén, 2012b; De Stentor/Veluws Dagblad, 2012).

Er zijn meerdere voorbeelden van PGB-fraude die de afgelopen tijd de media gehaald hebben. Bij PGB-fraude speelt mee dat degene die een Persoonsgebonden Budget heeft, vrij is om te kiezen bij wie er zorg afgenomen wordt. Dat hoeft geen gecontracteerde zorg te zijn, omdat de zorg niet gefinancierd wordt door zorgverzekeraars. Sterker nog, het hoeft niet eens een erkende instelling te zijn, want het idee achter het PGB is dat mensen de zorg die ze nodig hebben zelf mogen inrichten, bijvoorbeeld ook door mensen die zij kennen, zoals een buurvrouw of familielid (bijvoorbeeld in het geval van functieondersteuning). Om die reden is controle op de besteding van het PGB erg lastig.

Buiten deze drie casus heeft een aantal andere zaken veel media-aandacht gekregen. Een voorbeeld heeft betrekking op het beginnen van een GGZ-instelling. Als het beeld dat geschetst wordt in de politiek en media geloofd moet worden, is het relatief gezien eenvoudig om een zorginstelling te beginnen, en, om vervolgens (foutieve) nota's te kunnen declareren bij zorgverzekeraars. Er zijn door de overheid aanvankelijk bewust geen hoge drempels gecreëerd voor het beginnen van een instelling, omdat een veelheid aan zorginstellingen concurrentie bevordert en de overheid mensen met nieuwe ideeën en mogelijk goede nieuwe concepten niet wilde belemmeren door administratieve rompslomp te creëren. Dit heeft als resultaat dat er op basis van de aanlevering van basisgegevens die ook nog eens eenvoudig te achterhalen of te vervalsen zijn, instellingscodes (AGB-codes) kunnen worden gebruikt waarmee vervolgens declaraties verstuurd

kunnen worden. Daardoor is het helaas gemakkelijk voor malafide mensen om een praktijk te starten. Zo is *De Volkskrant* er bijvoorbeeld recentelijk in geslaagd een fictieve GGZ-instelling te beginnen, die zogenaamd gericht was op verslavingszorg (Trommelen & De Visser, 2013) en hebben diverse media bericht over fraudezaken die daadwerkelijk plaats hebben gevonden. Een voorbeeld is een Rotterdamse vrouw die een GGZ-instelling wist te beginnen terwijl ze geen gediplomeerd behandelaar is en zelf lijdt aan psychische klachten. Toch ontving ze patiënten en stuurde ze rekeningen van ruim 20.000 euro per gesprek naar zorgverzekeraars (NRC, 2013).

Ook is gebleken dat er gefraudeerd wordt met al bestaande AGB-codes. Deze codes worden verstrekt door Vektis die in eerste instantie gegevens van een aanvrager controleert (bijvoorbeeld of iemand die een code aanvraagt daadwerkelijk een arts is). Als een AGB-code eenmaal verstrekt is, worden er echter geen nieuwe controles meer uitgevoerd, waardoor iemand anders bijvoorbeeld de code van een gepensioneerde, geschorste of overleden arts kan gebruiken. Fraudeurs die een dergelijke code onterecht in handen hebben gekregen vallen hierdoor niet op. Zo kunnen onbevoegde personen met deze code eenvoudig declaraties naar zorgverzekeraars sturen en geld uitgekeerd krijgen (NRC, 2013).

Naar aanleiding van de diversiteit aan gevallen in de media en de politiek die steevast het label 'zorgfraude' krijgen opgeplakt, is het stellen van de vraag wat 'zorgfraude' nu precies inhoudt en wanneer daar sprake van is, een logisch gevolg. Te meer omdat bij een aantal van deze casus gebleken is dat er formeel gezien geen wetten of regels overtreden zijn. Het is de vraag of er dan wel gesproken kan worden van zorgfraude. Om die reden zal in de volgende paragraaf gezocht worden naar een antwoord op deze gestelde vragen.

8.2 De definitie van zorgfraude en aanverwante begrippen

Hoewel de term 'zorgfraude' vaak gebruik wordt, mede in de politiek en de media, zijn er verschillende definities van in omloop. Omdat het begrip niet als zodanig voorkomt in wetgeving, kan er niet teruggevallen worden op een juridisch kader en hanteren verschillende betrokken partijen andere definities. Zo hanteert Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de koepelorganisatie van de Zorgverzekeraars, de volgende criteria: er moet een regel overtreden zijn; er moet een bepaald voordeel mee gekregen zijn (wederrechtelijk voordeel) en er moet sprake zijn van bewust handelen (opzet). Pas als aan alledrie criteria is voldaan, is er sprake van fraude. Daarnaast zijn er volgens ZN behalve fraude nog een aantal andere soorten onjuistheden wat betreft zorgdeclaratie (zie: ZN, 2013: 3):

- technische fouten: een declaratie voldoet niet aan alle gestelde technische voorwaarden, zoals een juiste vulling van alle digitale velden en wordt daarom teruggestuurd naar de zorgaanbieder;
- foutieve of onterechte declaraties: een declaratie had niet gedeclareerd mogen worden omdat het tarief niet juist is, een verwijzing ontbreekt, het niet aan de vergoedingsvoorwaarden voldoet of omdat de behandeling niet heeft plaatsgevonden, maar de declaratie onopzettelijk toch is gedeclareerd;
- oneigenlijk gebruik: een declaratie is volgens de regels wel toegestaan (naar de letter van de wet), maar de zorgverzekeraar is van mening dat de situatie niet de bedoeling is geweest van de regel (tegen de geest van de wet);
- ondoelmatig/ongepast gebruik: een declaratie is gebaseerd op zorg die heeft plaatsgevonden, maar het is de vraag of de zorg nodig was en of de patiënt niet met andere of mindere zorg geholpen had kunnen zijn.

Toch worden deze criteria niet door iedere zorgverzekeraar gehanteerd. ZN heeft slechts een advies hierover opgesteld, maar het is niet verplicht deze definitie aan te houden. Bij de Nederlandse Zorgautoriteit hanteren ze ook een ietwat andere definitie. Daar gaan ze puur en alleen uit van wet- en regelgeving en beperken ze zich derhalve tot het criterium van het wel of niet overtreden van een regel. Dat wil zeggen dat het voor de NZa niet uitmaakt of iets met opzet of niet met opzet wordt gedaan. Ook een administratieve fout zou in deze opvatting namelijk onder de term 'zorgfraude' geschaard kunnen worden.

Behalve het gebrek aan een eenduidige definitie die door verschillende partijen gehanteerd wordt, is het ook nog eens lastig om vast te stellen in hoeverre een regel overtreden is. Zoals in paragraaf 7.6 beschreven is, bevat artikel 35 van de Wet Marktordening Gezondheidszorg het belangrijkste juridische kader om vast te stellen of er wel of geen zorgfraude en/of andere onjuistheden plaatsvinden. Toch is deze wet niet heel specifiek geformuleerd. Immers: er staat in dat het voor een zorgaanbieder verboden is om een tarief in rekening te brengen dat niet conform het tarief is dat voor een prestatie is vastgesteld en dat er geen prestaties mogen worden gedeclareerd die afwijken van de vastgestelde prestatiebeschrijvingen. Het artikel zegt met andere woorden bijvoorbeeld niets over upcoding (het opzettelijk kiezen voor de meest lucratieve behandeling) of overdeclaratie (het vermeerderen van het aantal DBC's bij een patiënt om de inkomsten te vergroten), twee vormen van declaratiegedrag die veelvuldig geassocieerd worden met zorgfraude. Ook vindt er geen vermelding plaats van onnodige zorg die toch geleverd wordt in het wetsartikel. Om die reden wordt er momenteel nagedacht over eventuele aanpassingen aan artikel 35 van de Wet Marktordening Gezondheidszorg. Daarnaast is het in het geval van de term 'oneigenlijk gebruik', door ZN gedefinieerd als een declaratie die wel voldoet aan de letter van de wet, maar die tegen de

geest van een wet indruist, afhankelijk van interpretatie wat dan concreet gezien wel en niet ‘tegen de geest van de wet ingaat’, en ditzelfde geldt voor het beantwoorden van de vraag of er opzet in het spel is of niet. Dit zijn stuk voor stuk obstakels die de aanpak van zorgfraude bemoeilijken. Immers: als niet duidelijk is wat zorgfraude inhoudt, als wetten en regels niet scherp zijn geformuleerd en als het ook nog eens lastig is om criteria van zorgfraude en aanverwante begrippen vast te stellen en hier bovendien nog overeenstemming over te bereiken, wordt het ook lastiger om het probleem aan te pakken.

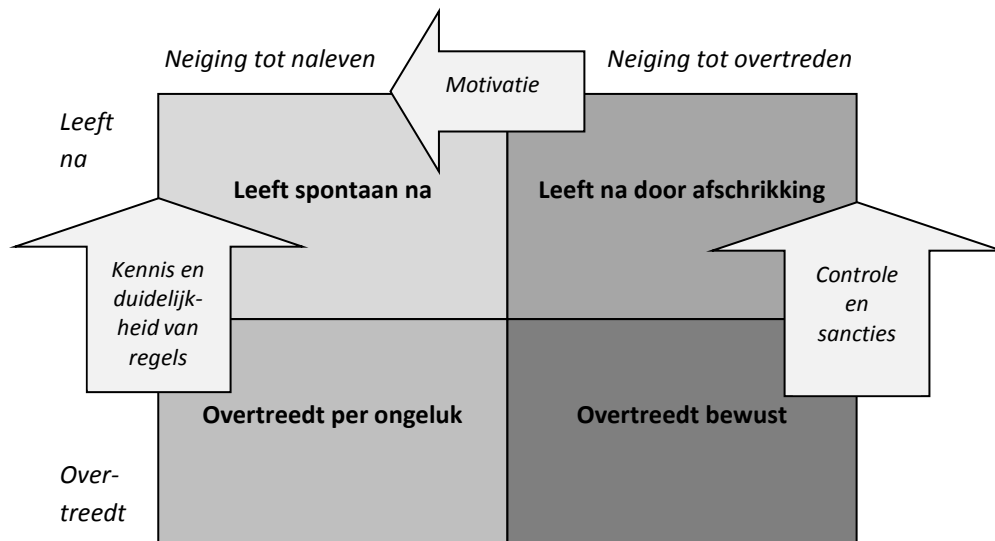
8.3 Door wie wordt zorgfraude (vermoedelijk) gepleegd?

In feite kan zorgfraude door verschillende personen gepleegd worden, bijvoorbeeld door patiënten of door zorgaanbieders. In het geval van de beeldvorming in de media en de politiek, wordt echter vaak de laatstgenoemde groep genoemd, namelijk de groep van de zorgprofessionals. Maar ook binnen de groep van zorgprofessionals wordt het risico op zorgfraude bij zelfstandig gevestigde behandelaren groter geacht dan bij behandelaren die werkzaam zijn in een instelling. Dit heeft veelal te maken met het feit dat zorgprofessionals in instellingen in loondienst functioneren en zorgprofessionals in Zelfstandig Behandel Centra direct afhankelijk zijn van hun inkomsten in de praktijk. Op het moment dat laatstgenoemde categorie dus meer inkomsten genereert, kan dit betekenen dat daar ook een hoger salaris aan wordt overgehouden, terwijl dit niet geldt voor zorgprofessionals met een vastgesteld inkomen. Hierdoor kan er sprake zijn van een prikkel om meer zorg te declareren dan daadwerkelijk geleverd is, of dan medisch noodzakelijk was gezien de zorgvraag van de patiënt. Achter deze redenering gaat de logica schuil dat hoe meer ruimte er is voor financieel gewin, hoe vaker mensen grenzen zullen opzoeken en overschrijden.

Hoewel er vanuit managementlagen in zorginstellingen net zo goed aangestuurd kan worden op principes als winstmaximalisatie, die mogelijk zouden kunnen leiden tot oneigenlijk gebruik of zorgfraude door zorgprofessionals, ligt het volgens de geïnterviewde autoriteiten niet voor de hand dat dit al op grote schaal gebeurt, omdat er enerzijds nog gewerkt wordt met een transitie-model waarbij zorginstellingen gecompenseerd worden als ze minder inkomsten genereren met het DBC-systeem dan ze zouden doen met het oude budgetstelsel (zie vorige hoofdstuk) en er anderzijds door de minister van VWS in 2012 een groeiplafond is ingevoerd, waarvoor geldt dat de jaarlijkse uitgavengroei in de GGZ als gehele zorgsector niet meer mag groeien dan 2,5 procent. Met andere woorden hebben zorginstellingen er niks aan om kosten te maximaliseren omdat ze toch gecompenseerd worden als ze minder inkomsten hebben gegenereerd dan ze in de voorgaande jaren hebben gedaan met het oude budgetstelsel en kunnen ze nauwelijks meer inkomsten genereren

vanwege het ingevoerde groeiplafond. Ondanks dat is de veronderstelling dat de kans op fraude bij zelfstandig gevestigde behandelaren groter is, niet aangetoond. Deze logica gaat overigens ook niet meer op zodra de vangnetten, zoals het transitie­model, opgeheven worden, hetgeen langzamerhand aan het gebeuren is. Dit zou kunnen betekenen dat de omvang van oneigenlijk gebruik en zorgfraude alleen maar gaan toenemen in de komende jaren.

Figuur 8.4: typologie van overtre­ders/nalevers met betrekking tot zorgfraude en ander onjuist gebruik



(Bron: CMC, 2001: 10)

Zoals uit de volgende paragrafen zal blijken, is het niet altijd eenvoudig om zorgfraude aan te tonen, mede vanwege de verschillende definities die gehanteerd worden. Het is lastig om vast te stellen in hoeverre er nu sprake is van fraude, en niet van een simpele administratieve fout. Om die reden is het ook lastig om te achterhalen door wie zorgfraude wordt gepleegd. Er is nog niet genoeg onderzoek naar overtre­ders van regels gedaan. Zorgverzekeraars Nederland (gebaseerd op een rapport van adviesbureau CMC, zie: CMC, 2001) onderscheidt echter wel vier typen overtre­ders met betrekking tot zorgfraude en oneigenlijk gebruik en drie mechanismen om overtre­ders te motiveren om gestelde regels na te leven (zie bovenstaand figuur).

8.4 Verschillende vormen van zorgfraude en/of ander onjuist gebruik

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk is al uitvoerig geschreven over zorgfraude en ander onjuist gebruik van het zorgsysteem, dat uitvoerig in de politiek en de media besproken is. Er werd bijvoorbeeld gesproken over fraude met het gebruik van onterechte of onterecht verkregen AGB-codes om valse nota's in te sturen. Ook werd de PGB-fraude genoemd en werden er casus besproken

(EuroPsyche en Different) waarin formeel geen wet- of regelgeving overtreden is. Buiten deze voorbeelden zijn er nog andere vormen van zorgfraude en/of ander onjuist of ongewenst gebruik te onderscheiden in de geestelijke gezondheidszorg, die wat minder breed zijn uitgemeten in de pers en de politiek. Deze vormen worden in het vervolg van deze paragraaf achtereenvolgens besproken.

Upcoding

Eén van de strategieën waaraan aandacht wordt besteed als het gaat om zorgfraude wordt 'upcoding' genoemd en kan worden gedefinieerd als het opzettelijk en systematisch kiezen voor de meest lucratieve behandeling (DBC) door een ziekenhuis of zorgprofessional, ook als dat medisch gezien niet noodzakelijk is (zie: Hasaart, 2011: 8, 13). Zo kunnen zorgverzekeraars bijvoorbeeld zien dat er een enorme praktijkvariatie is tussen zorgaanbieders onderling. Dat wil zeggen dat er veel meer behandelingen van een bepaald type gegeven worden in bepaalde instellingen of regio's dan in andere, terwijl het niet voor de hand ligt dat omgevingsfactoren hiervoor een aanleiding vormen. Het plaatsen van buisjes bij oorontstekingen is een voorbeeld uit de somatische zorg; dit vindt veel meer plaats in bepaalde regio's in Nederland dan in andere. Dit soort variatie levert bij zorgverzekeraars het vermoeden op dat op sommige plekken veel gemakkelijker over wordt gegaan op het uitvoeren van bepaalde behandelingen dan op andere plekken. Zorgverzekeraars Nederland spreekt in dit verband over 'gepast en ongepast gebruik' van zorg. Volgens Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (in een uitzending van televisieprogramma *Pauw & Witteman*, uitgezonden op 14 oktober 2013) worden er in Nederland door zorgprofessionals sowieso vaak onzinnige behandelingen uitgevoerd. Gedacht kan worden aan onnodige behandelingen, behandelingen met slechts een marginaal effect, behandelingen waarbij voordeligere opties ook tot de mogelijkheden behoorden of dat er onnodig lang wordt doorgedaan met behandelen (zie volgende subparagraaf).

Strategisch tijdschrijven

Eén van de meest besproken en wellicht meest omvangrijke vormen van zorgfraude en/of onjuist gebruik in de geestelijke gezondheidszorg heeft betrekking op het administreren van behandeltijd door middel van tijdschrijven. Zoals vermeld in hoofdstuk 7, is het DBC-systeem in de GGZ hoofdzakelijk gebaseerd op het administreren van directe tijd (directe gesprekken) en indirecte tijd (vergaderingen, overleggen, het dossier bijwerken, etc.). Bovendien is het systeem gebaseerd op zogenaamde 'staffels'. Dat wil zeggen dat er bedragen zijn vastgesteld die gelden voor een hele reeks aan minuten, bijvoorbeeld van 250 minuten tot aan 799 minuten. Onderstaand voorbeeld illustreert de staffels die bij de aandoening schizofrenie horen, met de daarbij behorende door de NZa vastgestelde maximumtarieven (tariefbeschikking geldend vanaf 1 januari 2013):

Tabel 8.5: Tariefbeschikking voor de aandoening schizofrenie (geldend in 2013)

Tijd in minuten (van - tot)	Bijbehorend maximumtarief (euro)
250-799	1.076,35
800-1.799	2.153,36
1.800-2.999	3.918,61
3.000-5.999	6.952,48
6.000-11.999	13.379,35
12.000-17.999	23.128,61
18.000-23.999	32.899,56
24.000-29.999	41.997,11
> 30.000	62.334,70

(Bron: NZa, 2013d: 6)

Aan de hand van dit voorbeeld wordt duidelijk dat er een enorme prikkel in het DBC-declaratiesysteem zit om strategisch om te gaan met het schrijven van minuten. Immers: voor bijvoorbeeld 799 minuten behandeltijd krijgt een zorgaanbieder een bepaald bedrag (een percentage van het maximumtarief, zie paragraaf 7.5), maar door de behandeling van een patiënt één minuut langer te laten duren, namelijk 800 minuten, wordt er meer dan het dubbele verdiend. Deze bedragen lopen bovendien snel op naarmate een behandeling langer duurt. In het geval van 29.999 minuten en 30.000 minuten, levert de extra minuut behandeltijd namelijk meer dan 20.000 euro op in het geval van het maximumtarief (zie het voorbeeld). Volgens zorgverzekeraars wordt er middels dit principe in de GGZ in Nederland dan ook veelvuldig gefraudeerd. Zij baseren zich daarvoor mede op de constatering dat er pieken te ontdekken zijn in de mate waarin minuten gedeclareerd worden. Deze pieken vallen volgens de zorgverzekeraars telkens net na een grens tussen twee staffels.

Een andere vorm van ongewenst gebruik is het registreren van het aantal ligdagen. Dat werkt in principe net als bij een hotel: als een persoon drie dagen in een zorginstelling verblijft, kunnen er twee nachten worden geregistreerd. Echter, er is een heftige discussie gaande over deze manier van registratie. Er zijn namelijk ook patiënten die op de opnamedag 's ochtends vroeg binnen zijn, en pas aan het eind van de volgende dag weg gaan. In die gevallen kan het voor zorginstellingen onrechtvaardig voelen als ze maar één nacht vergoed krijgen. Dit kan ertoe leiden dat behandelaren extra nachten gaan schrijven.

Of er echt sprake is van zorgfraude en/of onjuist declaratiegedrag, is echter niet onomstotelijk aan te tonen, omdat medische professionals vrij zijn om de behandelduur die zij nodig achten voor een patiënt te bepalen. Als een professional beweert dat het vanuit medisch oogpunt noodzakelijk

was om een behandeling iets langer te laten duren, dan kunnen zorgverzekeraars daar niet tegenin gaan omdat zij dergelijke (medische) afwegingen niet kunnen maken. Hoewel zorgverzekeraars constateren dat er stevast pieken te ontdekken zijn in de tijd die geschreven wordt, telkens net na een grens tussen een staffel en een daaropvolgende staffel, kunnen zij niet hard maken dat er onjuist declaratiegedrag optreedt. Zorgverzekeraars hebben wel de gewoonte ontwikkeld om hierover in gesprek te gaan met zorgaanbieders en er, indien mogelijk, contractafspraken over te maken. Op die manier proberen ze er toch invloed op uit te oefenen.

De inzet van software

Een ander punt dat veelvuldig terugkomt wanneer het om zorgfraude en/of oneigenlijk gebruik gaat, en dat bovendien aansluit bij strategisch tijdschrijven, is dat zorgaanbieders software inzetten om hun zorgproces te optimaliseren. Dat wil zeggen dat er bij de registratie van zorg gebruik wordt gemaakt van softwaresystemen die een signaal afgeven wanneer het handig zou zijn om nog even door te behandelen of om juist te stoppen met een behandeling. Er zijn bijvoorbeeld systemen bekend die piepjes afgeven of rood kleuren op het moment dat de volgende staffel bij het tijdschrijven bijna is bereikt, en het dus beter is om een patiënt nog een extra keer terug te laten komen. Ook zijn er allerlei bureaus die handelen in dergelijke softwaresystemen, of in andere producten die inkomsten van zorgaanbieders helpen te optimaliseren. Deze zouden zelfs als paddenstoelen uit de grond rijzen en bieden diensten aan in ruil voor winstpercentages. De inzet van software is echter niet verboden. Om die reden kunnen zorgverzekeraars alleen adviseren om er geen gebruik van te maken, maar kunnen zij niets verbieden. Enerzijds kan er dus gesteld worden dat het hier niet gaat om iets illegaals en derhalve dus niets aan de hand is dat aangepakt moet worden. Anderzijds werken de softwarepakketten wel oneigenlijk gebruik met tijdschrijven in de hand. Immers, ze geven aan wanneer het voor een behandelaar handig zou zijn om nog even door te behandelen. Wanneer een behandelaar zich laat leiden door dergelijke overwegingen, in plaats van de zorgvraag van de patiënt, is er in elk geval geen sprake van wenselijk gedrag, omdat er dan sprake is van overbehandeling: het leveren (en het declareren) van zorg die niet nodig is.

Geleverde zorg op een andere manier declareren

Volgens de zorgverzekeraars wordt veel zorg ten onrechte gedeclareerd doordat het op andere manieren wordt geregistreerd. Zo kunnen zorgaanbieders geleverde zorg die niet vergoed wordt vanuit de basisverzekering, registreren als een ander type zorg, waardoor zij het alsnog kunnen declareren. Dit principe wordt ook wel 'sidecoding' genoemd (zie bijvoorbeeld Ralston, 2012). Een voorbeeld dat veel genoemd wordt in dit kader is relatietherapie. Dat is sinds kort door het CVZ uit het basisverzekeringspakket gehaald, waarop sommige behandelaren gewoon doorgaan met het

geven van relatietherapie, maar dit bijvoorbeeld registreren als een depressie en het dan declareren op naam van één van de patiënten die relatietherapie ontvangen. Ditzelfde principe geldt ook voor andere typen zorg die recentelijk nog wel deel uitmaakten van het basisverzekeringspakket, maar inmiddels niet meer, zoals aanpassingsstoornissen en dyslexieonderzoek onder bepaalde voorwaarden.

Ook worden groepsessies door behandelaren soms gedeclareerd als individuele sessies en registreren sommige zorginstellingen via het budget van een andere zorginstelling, omdat het eigen budget vol is. Dan worden de patiënten nog steeds behandeld in dezelfde instelling, maar komt de declaratie via een andere zorginstelling binnen en worden de kosten alsnog vergoed door zorgverzekeraars. Ook dit is een vorm van oneigenlijk gebruik van het zorgsysteem. Hierop sluit aan dat dit probleem ook speelt in de eerstelijns GGZ, die gericht is op de lichtere psychische aandoeningen, maar dan in een ietwat andere vorm. In de eerstelijns GGZ geldt dat de eerste vijf sessies, bijvoorbeeld bij een eerstelijnspsycholoog, onder het basisverzekeringspakket vallen. Alle overige behandelingen worden echter niet meer vergoed vanuit de basisverzekering en zijn dus voor eigen rekening van de patiënt. Om deze eigen kosten te omzeilen, registreren behandelaren volgens zorgverzekeraars deze overige behandelingen op een andere naam, bijvoorbeeld op naam van een echtgenoot of kind. Hoewel dit voorbeeld strikt genomen niet behoort tot het object van studie in dit onderzoek (omdat het behoort tot de eerstelijns GGZ), heeft het wel betrekking op de tweedelijns curatieve GGZ, omdat de vraag gesteld kan worden of het wel om eerstelijns GGZ gaat, als er meer dan een klein aantal behandelingen nodig is voor de behandeling van een psychische klacht.

Dat er door behandelaren gelet wordt op dergelijke zaken, blijkt volgens zorgverzekeraars mede uit de constatering dat sommige diagnoses ineens veel minder vaak gesteld worden dan voorheen, op het moment dat ze uit de basisverzekering zijn gehaald en vindt er tegelijkertijd een toename plaats van andere gestelde diagnoses. Daarnaast is het de ervaring van zorgverzekeraars dat gegevens soms achteraf aangepast worden, als de declaratie in eerste instantie niet werd vergoed, zodat de nota in tweede instantie ineens wel vergoed moet worden. Soms bevatten deze nota's bijvoorbeeld compleet andere diagnoses, wat natuurlijk opmerkelijk is.

Andere vormen van zorgfraude

Een andere vorm van zorgfraude die daarnaast nog voorkomt is dat er zorg gedeclareerd wordt die helemaal niet plaatsgevonden heeft, soms zelfs achter de rug van een verzekerde om, zonder dat deze dus weet dat er op basis van zijn gegevens zorg wordt gedeclareerd bij diens zorgverzekeraar. Nog een voorbeeld is dat er verschillende DBC's voor eenzelfde patiënt worden geregistreerd, waarin soms overlap zit. Bijvoorbeeld wanneer een patiënt behandeld wordt bij verschillende instellingen, en beide instellingen een DBC hebben geopend, terwijl het eigenlijk om dezelfde of deels

overlappende zorg gaat. Voor parallele DBC's geldt dan ook dat er maximaal drie verschillende per patiënt mogen zijn. Deze vorm van oneigenlijk gebruik wordt ook wel aangeduid met de term 'overdeclaratie', gedefinieerd als het vermeerderen van het aantal DBC's bij een patiënt, om de inkomsten te vergroten (zie: Hasaart, 2011: 8, 13). Andere zaken die nog spelen hebben betrekking op wat door een gesprekspartner 'oneigenlijke zorg' genoemd werd: zorg die op zijn minst vraagtekens oproept. Een voorbeeld dat daarbij gegeven werd is dat patiënten door behandelaren mee naar het zwembad werden genomen waarna deze 'zwemtherapie' gedeclareerd werd bij de zorgverzekeraar.

Figuur 8.6: Verschillende vormen van zorgfraude en andere onjuiste zorgdeclaratie

Overtreedt per ongeluk <i>Neiging tot naleven</i>	Overtreedt bewust <i>Neiging tot overtreden</i>	
Administratieve fouten	<p>Het expliciet overtreden van wetten en regels</p> <p>Zorg declareren die niet geleverd is</p> <p>Zorg anders declareren dan geleverd is (bijv. groepsessies als individuele sessies declareren)</p> <p>Fraude met PGB's</p> <p>Een GGZ-instelling beginnen onder valse voorwendselen (bijv. een onjuist verkregen AGB-code) om vervolgens foutieve nota's te kunnen versturen naar zorgverzekeraars</p> <p>Sidecoding (een andere diagnose stellen omdat de werkelijke diagnose uit het verzekerdenpakket is gehaald)</p> <p>Zorg registreren op het budget van een andere instelling omdat het eigen budget vol is</p> <p>Behandelingen op naam van een andere patiënt declareren</p>	<p>Ander onjuist gebruik</p> <p>Overdeclaratie (het vermeerderen van het aantal DBC's om de inkomsten te vergroten)</p> <p>Upcoding (opzettelijk kiezen voor de meest lucratieve behandeling)</p> <p>Overbehandeling/onnodige behandelingen uitvoeren</p> <p>Inzet van software</p> <p>Behandelingen laten uitvoeren door minder gekwalificeerd personeel dan hoofdbehandelaren</p> <p>Strategisch tijdschrijven</p>

De verschillende vormen van zorgfraude en onjuiste zorgdeclaratie zijn in bovenstaande figuur overzichtelijk in beeld gebracht door gebruik te maken van de typologie van overtreders/nalevers zoals weergegeven in figuur 8.4, in paragraaf 8.3 (opgesteld door CMC, 2001). Hoewel door de makers van deze typologie niet duidelijk geformuleerd is wat er nu daadwerkelijk wordt overtreden, geldt in het geval van zorgfraude en ander onjuist gebruik dat respectievelijk ofwel expliciete wetten en regels zijn overtreden, ofwel normen die (in elk geval) gelden bij zorgverzekeraars en beleidsmakers.

Zoals blijkt uit bovenstaande figuur, valt er een onderscheid te maken tussen vormen van zorgfraude en/of onjuist gebruik waarbij expliciet geldende wetten en regels worden overtreden en vormen waarbij dit niet het geval is, maar die (bijvoorbeeld door de zorgverzekeraars) desondanks toch als onjuist worden gezien. Onder deze laatstgenoemde categorie vallen ook 'upcoding' en 'overdeclaratie'. Dit is opmerkelijk omdat deze strategieën door de betrokken autoriteiten vaak worden genoemd en vermoedelijk worden gezien als de meest voor de hand liggende vormen van zorgfraude. Toch zijn hierover geen expliciete nadere regels opgesteld. In het geval van upcoding, het opzettelijk kiezen voor de meest lucratieve behandeling, is dit ook een lastige opgave omdat het nu eenmaal onwerkbaar is om voor alle verschillende aandoeningen in de geestelijke gezondheidszorg (en overigens ook in de somatische zorg) op voorhand vast te leggen in protocollen welke behandelingen wel en niet mogen worden gegeven in specifieke gevallen en in welke gevallen de duurdere behandeling van de verschillende opties geoorloofd is of niet. Om die reden kan, althans op basis van opgestelde normen en regels, niet hard worden gemaakt of geleverde zorg wel of niet noodzakelijk was en moeten declaraties gewoon uitbetaald worden omdat de gedeclareerde zorg (al dan niet noodzakelijk) wel geleverd is. Voor overdeclaratie, het vermeerderen van het aantal DBC's om zo de inkomsten te vergroten, geldt een vergelijkbare redenering. Hoewel het logischerwijs niet de bedoeling is om zoveel mogelijk DBC's te openen per patiënt (het maximum is gesteld op drie DBC's per individuele patiënt), is het ook in dit geval lastig om vast te leggen in normen wanneer er sprake zou kunnen zijn van welke diagnose(s).

8.5 De omvang van zorgfraude

Er zijn verschillende schattingen gedaan als het gaat om de omvang van zorgfraude. Zo constateerde *De Telegraaf* onlangs dat er voor drie à vier miljard euro aan onterechte zorgdeclaratie bij zorgverzekeraars plaatsvindt. De krant baseert zich daarbij naar eigen zeggen 'op een rondgang langs een groot aantal ingewijden in de ziekenhuis- en zorgverzekeringswereld' (Boon & Steenhorst, 2013). Toch is dit specifieke cijfer in de gesprekken met de betrokken autoriteiten in het kader van dit

onderzoek niet naar voren gekomen. Sterker nog, de autoriteiten meldden steevast dat er niks concreets gezegd kan worden over de daadwerkelijke omvang van zorgfraude. Dat heeft verschillende oorzaken, waaronder het uitblijven van een grootschalig onderzoek waarbij een representatieve steekproef van zorgdeclaraties onderzocht wordt. Daarnaast vormt het ontbreken van een eenduidige definitie van de term 'zorgfraude' een obstakel voor het vaststellen van de omvang ervan. Immers: als er geen eenduidige definitie is, kan ook niet in kaart gebracht worden hoe vaak iets plaatsvindt. Daarnaast zijn er nog een aantal andere zaken die het bepalen van de omvang van zorgfraude bemoeilijken (zie paragraaf 8.6).

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft wel vastgesteld dat er in de jaren 2010, 2011 en 2012 respectievelijk 6,2 miljoen, 7,7 miljoen en 6 miljoen euro aan fraude werd vastgesteld door alle zorgverzekeraars gezamenlijk (ZN, 2012; Pronk, 2013). Hoeveel fraude er *niet* vast werd gesteld, maar wel plaatsvond, is om aangegeven redenen echter lastig te achterhalen. Om die reden wordt er bij geen enkele partij waarmee gesproken is vanuit gegaan dat deze cijfers iets zeggen over de totale omvang van zorgfraude. Bij ZN wordt er wel vanuit gegaan dat er vier typen overtreders/nalevers zijn (zie figuur 8.4), waarvan vermoedelijk de grootste groep zijn best doet om gestelde regels na te leven en er kleinere groepen zijn die ofwel door vergissingen regels overtreden ofwel regels naleven vanwege de controle en sancties die er op staan. Daarnaast is er vermoedelijk nog een vierde groep te onderscheiden, die relatief klein wordt geacht, maar die desalniettemin gaat voor eigen gewin en die kansen ziet om te frauderen. Echter, hoe klein, of hoe groot, deze groep daadwerkelijk is, is ook niet vastgesteld. Toch zijn ze bij ZN van mening dat, ook als het slechts om incidenten gaat, alles op alles gezet moet worden om deze groep aan te pakken. En ook bij de NZa wordt er stevig ingezet op de aanpak van zorgfraude, omdat er maar een klein aantal overtreders voor nodig is om het hele systeem van de financiering van de gezondheidszorg dwars te bomen. Hoewel het erg lastig is om een inschatting te maken van de omvang van zorgfraude, heeft de Minister van VWS onlangs opdracht gegeven aan de NZa om onderzoek te doen naar de omvang (en aard) van fraude die onder de Zorgverzekeringswet (inclusief de geestelijke gezondheidszorg) en de AWBZ plaatsvindt. Een tussenrapportage hierover wordt in december van dit jaar verwacht en het eindrapport in juli 2014 (NZa, 2013b).

Wel staat vast dat de NZa steeds meer meldingen binnen krijgt van misstanden in de zorg. In de eerste helft van dit jaar kwamen er al meer meldingen (namelijk 1177) binnen dan in heel 2012 (1000), en ook in dat jaar was er meer dan een verdubbeling van het aantal meldingen ten opzichte van 2011 (417). Bij het Meldloket Zorgfraude dat door de PVV in het leven is geroepen zijn ook nog eens 545 signalen binnengekomen. Sinds begin september van dit jaar is de NZa uitgeroepen tot beheerder van het Verzamelpunt Fraude. Bij dit punt komen alle fraudesignalen van Zorgverzekeraars Nederland en opsporingsorganisaties zoals de Inspectie Sociale Zaken en

Werkgelegenheid (ISZW), de Fiscale Inlichten en Opsporingsdienst (FIOD) de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) en de NZa zelf binnen. Deze worden doorgestuurd naar de aangewezen organisaties die zich bezighouden met de aanpak van fraude. Echter, het gaat hierbij om allerlei meldingen van misstanden in de zorg, niet alleen in het kader van zorgfraude of onjuist gebruik. Bovendien kan niet uitgesloten worden dat er dubbellingen in de meldingen zitten en deze aantallen zeggen daarnaast weinig over het daadwerkelijk voorkomen van zorgfraude en/of onjuist gebruik omdat deze eerst nader onderzocht dienen te worden voordat daar uitspraken over gedaan kunnen worden.

8.6 Obstakels die de aanpak van zorgfraude bemoeilijken

Zoals vermeld is het om verschillende redenen lastig om de omvang van zorgfraude in kaart te brengen. Deels om dezelfde redenen is het ook moeilijk om te bepalen in welke gevallen er nu wel of geen sprake is van zorgfraude. Er is dus een aantal obstakels die de aanpak van zorgfraude bemoeilijken. Deze worden in deze paragraaf één voor één besproken.

Het zorgstelsel werkt niet als een optimale markt

Eén van de knelpunten in de aanpak van zorgfraude is de werking van het zorgstelsel. Die is in veel opzichten te beschouwen als niet optimaal, omdat verschillende actoren niet handelen zoals in een optimale situatie van ze verwacht zou worden. Zo kunnen zorgverzekeraars niet kostenoptimaal werken omdat er allerlei regels zijn opgesteld die dit bemoeilijken. Het kan vanwege de zorgplicht bijvoorbeeld onwenselijk zijn voor een zorgverzekeraar om een zorginstelling aan te pakken als er vermoedelijk fraude wordt gepleegd. Zorgverzekeraars hebben namelijk de plicht om voldoende zorg in te kopen voor hun cliënten. Als ze besluiten geen contract meer aan te gaan met een grote instelling, kunnen zij wellicht niet meer voldoen aan deze zorgplicht, omdat er dan te weinig zorgleveranciers zijn waar cliënten terecht kunnen. Dit is een voorbeeld waaruit blijkt dat zorgverzekeraars soms beperkt worden door regelgeving.

Hoewel zorgverzekeraars op basis van een marktlogica zouden moeten kunnen opereren om zo efficiënt en doelmatig mogelijke zorg in te kopen, ontbreekt het ze bovendien ook veelal aan informatie. Ten opzichte van medische behandelaren hebben ze een informatieachterstand als het aankomt op het kunnen inschatten van het nut en de noodzaak van geleverde zorg, maar daarnaast willen behandelaren ook zo min mogelijk informatie met ze delen, bijvoorbeeld omwille van de privacy van hun patiënten, maar ook omdat ze niet al te transparant willen zijn. Zorgverzekeraars willen op hun beurt juist een hoge mate van transparantie bij zorgaanbieders, zodat ze beter kunnen inschatten hoe efficiënt, doelmatig en effectief behandelaren te werk gaan en aangeboden

behandelingen van zorgaanbieders bovendien door middel van benchmarks met elkaar kunnen vergelijken. Zorgverzekeraars onderhandelen namelijk met allerlei zorginstellingen en hebben er belang bij om bijvoorbeeld alleen de beste, goedkoopste, of effectiefste zorgaanbieders te contracteren. In de geestelijke gezondheidszorg speelt echter mee dat zorgverzekeraars niet zo zeer specifieke behandelingen inkopen (vergeleken met bijvoorbeeld de behandeling voor een gebroken been in de somatische zorg), maar minuten aan geleverde zorg, terwijl zij eigenlijk liever wel specifieke behandelingen zouden willen inkopen, zodat ze beter kunnen zien wat er gebeurt, beter kunnen onderhandelen en een betere onderlinge vergelijking kunnen maken tussen verschillende zorginstellingen. Voor de GGZ worden echter veelal containerbegrippen als diagnoses gebruikt in de DBC's. Dat heeft onder andere te maken met het karakter van de GGZ, namelijk dat er veel variatie zit in patiënten die onder dezelfde diagnose worden geschaard. De ene patiënt met een depressie hoeft namelijk minder lang behandeld te worden dan een andere patiënt met diezelfde diagnose.

Terwijl de Minister van VWS op termijn graag de risicoverevening zou willen inperken om de risico's voor zorgverzekeraars groter te maken, beweren de zorgverzekeraars dat de risico's niet groter gemaakt kunnen worden, omdat zij niet helemaal precies kunnen zien wat ze inkopen in de geestelijke gezondheidszorg. Ze kopen minuten behandeltijd in, maar wat er nu specifiek wordt gedaan, en belangrijker nog, hoe verschillend de behandeling van de ene aandoening nu daadwerkelijk is ten opzichte van de andere aandoening, valt in sommige gevallen te verwaarlozen. Een gesprekspersoon illustreert dit als volgt: *'In de geestelijke gezondheidszorg gaat het om praten en pillen. Dat is het, meer niet. En de ene patiënt moet eerst tekenen voordat hij kan praten, en de andere moet eerst op een trommel slaan, of wat anders, maar uiteindelijk komt het neer op praten en pillen'*. Hiermee is overigens niet gezegd dat het geven van behandelingen in de GGZ een eenvoudig klusje is. Integendeel, deze opmerking houdt slechts in dat zorg niet meer zo specifiek lijkt voor een enkele aandoening, wanneer het gereduceerd wordt tot een standaardproduct. Omdat zorgverzekeraars stevast aangeven dat ze meer informatie nodig hebben over de geestelijke gezondheidszorg, wordt er nagedacht over het vergroten van hun controlemogelijkheden. Anderzijds zouden verregaande controlebevoegdheden mogelijk in kunnen druisen tegen de privacy van patiënten.

Zorgverzekeraars worden daarnaast ook beperkt doordat zij verplicht zijn om aan ongecontracteerde zorgaanbieders minimaal 75 procent van het door de NZa vastgestelde maximumtarief te betalen voor geleverde zorg. Volgens de zorgverzekeraars zijn hier ook bureaus bij die bewust geld aan het maken zijn; die bijvoorbeeld vijf jaar lang in de markt zijn en dan weer weg. Dit soort bureaus schieten als paddenstoelen uit de grond en laten mensen bijvoorbeeld in het buitenland behandelen. Vanwege de recentelijke gerechtelijke uitspraak waarin het minimale percentage van het tarief dat ongecontracteerde zorgaanbieders moeten krijgen van

zorgverzekeraars is vastgesteld, zijn de zorgverzekeraars verplicht de soms fikse bedragen uit te betalen. Ook wanneer er bijvoorbeeld nota's van 40.000 euro binnenkomen voor zorg die geleverd is in Zuid-Afrika. Omdat er geen capaciteit is om iemand persoonlijk naar het buitenland te sturen om daar te controleren, kan niet vastgesteld worden of de geleverde zorg wel rechtmatig was en zijn verzekeraars toch verplicht om geld uit te keren, ook als ze geen contract zijn aangegaan met een dergelijke aanbieder. Bovendien versterken zaken als de acceptatieplicht en de risicoverevening (zie paragraaf 7.2) de marktlogica en winstgerichtheid van zorgverzekeraars ook niet, omdat de risico's van zorgverzekeraars nu gemitigeerd worden door de constructie van de risicoverevening. In dat opzicht willen zorgverzekeraars wellicht liever minder marktwerking, want dan krijgen ze meer vergoed uit de risicoverevening (bij hogere uitschieters aan kosten krijgen ze namelijk meer uit het zorgverzekeringsfonds).

Buiten de zorgverzekeraars, geldt daarnaast ook voor de zorginstellingen dat zij niet kunnen functioneren zoals in een optimale markt gewenst zou zijn. Zij zijn vermoedelijk namelijk helemaal niet in staat om contractonderhandelingen met alle verschillende zorgverzekeraars die er zijn te voeren. Dit zijn er namelijk meer dan 35, hoewel verschillende labels uiteindelijk onder negen verzekeringsconcerns vallen. Met name kleine instellingen of ZBC's zullen niet in staat zijn om onderhandelingsgesprekken te voeren, terwijl het de bedoeling is dat dit vanaf 1 januari 2014 toch zal gaan gebeuren. De inrichting van het systeem heeft er bovendien mogelijk toe geleid dat mensen grenzen opzoeken van wat nog wel en niet gedeclareerd kan worden, wat mogelijk op zijn beurt weer leidt tot zorgfraude en oneigenlijk gebruik. Toch gaat volgens het ministerie van VWS de kwaliteit van zorg wel omhoog met dit systeem en worden wachtlijsten eerder voorkomen.

Zorgverzekeraars kunnen zich niet als schadeverzekeraar gedragen

Aansluitend bij de vorige subparagraaf, kunnen zorgverzekeraars zich ook niet gedragen als schadeverzekeraar. Een schadeverzekeraar kan namelijk een kostenafweging maken wanneer er een beslissing wordt genomen over het al dan niet controleren van een ingediende schadeclaim. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt een zonnebril verliest, kan de schadeverzekeraar besluiten dit ofwel gelijk uit te keren, ofwel eerst te onderzoeken. Omdat laatstgenoemde optie vele malen duurder is dan het (wellicht onterecht) uitkeren van schadeclaims, wordt er vaak voor de eerste optie gekozen. Zorgverzekeraars kunnen zich echter niet als schadeverzekeraar gedragen, omdat zij een wettelijke plicht hebben om alle binnengekomen declaraties aan controles te onderwerpen. Omdat het in de zorgsector om publiek geld gaat, is deze plicht gesteld. In tegenstelling tot zorgverzekeraars, mogen schadeverzekeraars, die veelal werken met commerciële gelden, ervoor kiezen om niet alle schadeclaims te controleren alvorens ze uit te betalen. Dit is niet conform de logica van een optimale

marktsituatie en zet zorgverzekeraars dus ook niet aan om hun controlemogelijkheden stevig te organiseren.

Er is een prikkel bij zorgverzekeraars om fraude niet te voorkomen

Het optuigen van een controlehuis bij zorgverzekeraars kost enorm veel geld. Er moet heel veel personeel ingezet worden om een klein beetje fraude op te kunnen sporen. Het rendement van de aanpak van zorgfraude kan daarom heel laag zijn, terwijl zorgverzekeraars wel organisaties zijn die gericht zijn op het behalen van winsten. Om bedrijfsmatige redenen zouden zorgverzekeraars er daarom logischerwijs voor kunnen kiezen om fraudebestrijding te beperken. Het kost namelijk meer geld dan het oplevert. Hoewel dit in strijd is met hun plicht om alle declaraties te onderwerpen aan controle, wordt hierdoor geen prikkel gecreëerd om zorgfraude op te sporen. Bovendien versterkt artikel 35 van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) deze prikkel nog eens, vanwege een regeling die daarin is opgenomen. In deze regel staat dat het, behalve voor zorgaanbieders verboden is om onrechtmatige zorg te declareren, voor zorgverzekeraars ook verboden is om onrechtmatige zorg uit te keren (zie artikel 35 WMG, derde lid). Hierdoor overtreden zorgverzekeraars zelf de wet als ze een declaratie uitbetalen die onrechtmatig was en zit er in deze regeling een prikkel verborgen voor zorgverzekeraars om fraude niet te constateren. Wellicht hanteren sommige zorgverzekeraars om die reden een definitie van fraude waarin staat opgenomen dat er alleen sprake is van fraude als er (onder andere) sprake is van opzet bij de behandelaar. Omdat dit lastig is vast te stellen, hoeft de zorgverzekeraar dan immers minder vaak zorgfraude vast te stellen. Het idee dat dit een reëel probleem is, wordt versterkt door een recente aankondiging van de NZa, waarin een zevental zorgverzekeraars is opgeroepen om op korte termijn te laten zien hoe zij hun controles van declaraties gaan verbeteren. De NZa vindt dat de opzet van controles en moderne controletechnieken nog te langzaam hun intrede doen bij zorgverzekeraars en dat de controle moet verbeteren. Als zorgverzekeraars hun controles niet verbeteren, kan de NZa zelfs boetes gaan opleggen (NZa, 2013c).

Onduidelijkheden rondom de term hoofdbehandelaar

Over de term hoofdbehandelaar is recentelijk veel te doen geweest in de geestelijke gezondheidszorg. Met name door de casus EuroPsyche (zie paragraaf 8.1), waarin grote aantallen werknemers, met uiteenlopende opleidingsniveaus en kwalificaties, onder de verantwoordelijkheid van een gering aantal hoofdbehandelaars functioneerden, is er een grote discussie ontstaan rondom deze term. Het kon bijvoorbeeld voorkomen dat een sociaal pedagogisch werker (een mbo-opleiding) min of meer zelfstandig behandelingen uitvoerde, die slechts de goedkeuring hadden gekregen van een psychiater zonder dat deze de patiënt ooit had gezien. Vanwege deze goedkeuring konden

behandelingen vervolgens wel gedeclareerd worden. Omdat dit principe wordt gezien als oneigenlijk gebruik van het zorgsysteem, heeft de minister recentelijk aangekondigd tot een beter gedefinieerde veldnorm te willen komen, vastgelegd in een beleidsregel. Hoewel het niet de bedoeling was om licht gekwalificeerd personeel behandelingen te laten uitvoeren die eigenlijk voorbehouden zijn aan personen die geregistreerd zijn in het BIG-register, bijvoorbeeld psychiaters, GZ-psychologen, klinisch psychologen en psychotherapeuten, kon er van onvoldoende scherpe regelgeving geprofiteerd worden.

Het is erg lastig om zorgfraude aan te tonen

Hoewel zorgverzekeraars beweren dat uit hun registratiesystemen steevast zaken naar voren komen die vraagtekens opwerpen, bijvoorbeeld praktijkvariatie en pieken in tijdschrijven (zie paragraaf 8.4) blijkt het niet altijd makkelijk te zijn om zorgfraude aan te tonen. Behandelaren kunnen zich dan ook altijd verschuilen achter een administratieve fout. Omdat er gedeclareerd wordt met digitale systemen, kunnen zorginstellingen, al dan niet terecht, beweren dat er een 'vinkje' fout staat in het systeem waardoor zorg uiteindelijk verkeerd wordt gedeclareerd. In het geval van tijdschrijven, kan er bovendien gekozen worden voor 'default' systemen die automatisch registreren op basis van tijden die gemiddeld gelden voor bepaalde behandelingen. Op die manier kunnen behandelaren, zelfs als is vastgesteld dat zij niet de gehele geregistreerde tijd aan een patiënt hebben besteed (bijvoorbeeld omdat er meer tijd is geregistreerd dan er feitelijk in een dag zit), beweren dat dat komt doordat er een fout in de software van het registratiesysteem zit. Bovendien ontbreekt in sommige gevallen de wettelijke grondslag om op te treden (zie paragraaf 8.2). Bij het opstellen van een valse nota is duidelijk een regel overtreden, maar in het geval van upcoding (opzettelijk kiezen voor de meest lucratieve behandeling) of overdeclaratie (het vermeerderen van het aantal DBC's bij een patiënt om de inkomsten te vergroten), twee vormen van declaratiegedrag die veelvuldig geassocieerd worden met zorgfraude, niet. Als niet duidelijk is wat zorgfraude inhoudt, als wetten en regels niet scherp zijn geformuleerd en als het ook nog eens lastig is om criteria van zorgfraude en aanverwante begrippen vast te stellen, wordt het uiteraard ook lastiger om het probleem aan te pakken.

Hoewel zorgverzekeraars dus constateren dat er steevast pieken te ontdekken zijn in de tijd die geschreven wordt, telkens net na een grens tussen een staffel en een daaropvolgende (meer uitbetalende) staffel, kunnen zij in dergelijke gevallen ook niet hard maken dat er onjuist declaratiegedrag optreedt. Medische professionals zijn namelijk vrij om de behandelduur die zij nodig achten voor de behandeling van een patiënt te bepalen. Als een professional beweert dat het vanuit medisch oogpunt noodzakelijk was om een behandeling iets langer te laten duren, dan kunnen zorgverzekeraars daar niet tegenin gaan omdat zij dergelijke (medische) afwegingen niet

kunnen maken. Mede doordat er niet alleen directe tijd geschreven kan worden, maar ook indirecte tijd, hoeft het schrijven van extra tijd bovendien niet op te vallen. Indirecte tijd kan ook bestaan uit het nadenken over een patiënt, of het bespreken van een patiënt met een collega, etc. Behandelaren kunnen zich eenvoudig verschuilen achter dergelijke activiteiten, terwijl die feitelijk misschien niet hebben plaatsgevonden. Zorgverzekeraars hebben wel de gewoonte ontwikkeld om hierover in gesprek te gaan met zorgaanbieders en er, indien mogelijk, contractafspraken over te maken. Op die manier proberen ze er toch invloed op uit te oefenen.

Zoals eerder vermeld, moeten zorgverzekeraars zich daarnaast bij het uitvoeren van de materiële controles (één van de controlemogelijkheden die zij hebben), houden aan bepaalde stappen, opgenomen in de Zorgverzekeringswet. Hoewel een gericht fraudeonderzoek (bijvoorbeeld naar aanleiding van een melding of een klacht) formeel niet gerekend wordt tot de materiële controle, worden de aanklachten in de rechtszaal soms toch afgeserveerd omdat bij de constatering van zorgfraude niet voldaan is aan dit protocol. Dit wordt door de zorgverzekeraars ervaren als een lastig obstakel in de aanpak van zorgfraude. Het feit dat er ook verschillende definities van de term 'zorgfraude' in omloop zijn, helpt bovendien ook niet om het vaststellen ervan te vergemakkelijken.

Er zijn voldoende mogelijkheden om fraude aan te pakken, maar die worden nauwelijks ingezet

Zoals vermeld in paragraaf 7.8 zijn er verschillende mogelijkheden om zorgfraude aan te pakken, mits het eenmaal geconstateerd is. Zo kan er door het Openbaar Ministerie (OM) en de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD) strafrechtelijk worden opgetreden, kan er door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bestuursrechtelijk worden opgetreden en door de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) tuchtrechtelijk. Toch worden deze middelen niet vaak ingezet; te denken valt aan enkele gevallen in de gehele zorgsector (waarvan de GGZ slechts een onderdeel vormt) en volgens Zorgverzekeraars Nederland is er bijvoorbeeld nog nooit een tuchtrechtelijke uitspraak geweest voor zorgfraude. Er zijn verschillende redenen waarom deze middelen niet vaak worden ingezet. Zo geldt voor het strafrecht dat de bewijslast erg hoog is en niet altijd rond te krijgen is. Bovendien is er bij de verschillende organisaties over het algemeen niet genoeg personeelsinzet aanwezig om in alle gevallen van zorgfraude een (juridische) procedure in te stellen. Voor zorgfraude geldt dat het vaak veel meer kost om over te gaan op een juridische procedure, dan er daadwerkelijk aan financiële middelen wordt teruggewonnen. Dit bemoeilijkt de aanpak van zorgfraude.

8.7 Nieuwe beleidsmaatregelen

Op korte termijn gaat er van alles veranderen in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland, mede om zorgfraude en ander onjuist gebruik te voorkomen of achteraf beter te kunnen bestrijden. Momenteel zijn de volgende beleidsmaatregelen aangekondigd.

Eerstelijns en tweedelijns GGZ worden omgezet in basis generalistische en gespecialiseerde GGZ

De Minister van VWS heeft recentelijk aangekondigd om de eerstelijns GGZ en de tweedelijns curatieve GGZ om te zetten in respectievelijk de basis generalistische GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Er zullen met name wijzigingen plaatsvinden in het bekostigingssysteem gericht op de meer eenvoudige hulpvragen die nu nog in de tweedelijns curatieve ggz behandeld worden. Het is namelijk de bedoeling dat twintig procent van de patiënten die nu nog behandeld worden in de tweedelijns GGZ, terug gaat naar de basis generalistische GGZ (de nieuwe versie van de eerstelijns GGZ), omdat van deze patiënten wordt ingeschat dat ze nu nog worden behandeld op de verkeerde plek. Dan gaat het met name om aandoeningen met betrekking tot lichte en milde problematiek (Min VWS, 2013b; Van Dorresteyn, 2013a: 5).

Toetreden tot het zorgbestel wordt minder eenvoudig

De regels voor het beginnen van een nieuwe zorginstelling worden daarnaast verscherpt. De Wet Toetreding Zorginstellingen (WTZI) wordt hiertoe aangepast. Omdat het relatief eenvoudig was om een instellingscode aan te vragen, konden malafide zorgaanbieders namelijk gemakkelijk toetreden tot de markt en (valse) nota's versturen naar zorgverzekeraars.

Aanvullende informatie op de declaratie

Met het oog op de inzichtelijkheid en controleerbaarheid, komt er bovendien aanvullende informatie op de declaratie. Vanaf 1 januari 2014 wordt het verplicht om de AGB-code (de administratiecode) van de hoofdbehandelaar en diens beroep te vermelden op de declaratie, alsmede de tijd en het beroep van andere behandelaren die betrokken waren bij de behandeling en ook het totaal aan bestede tijd, met een nadere uitsplitsing in directe en indirecte tijd (Ministerie VWS, 2013a). Bovendien moeten zorgverzekeraars vanaf volgend jaar een mogelijkheid scheppen voor hun verzekerden om de rekening van de zorgaanbieder in te kunnen zien. Dit is gedaan om het kostenbewustzijn onder patiënten te vergroten, doordat ze zien wat een bepaalde behandeling daadwerkelijk kost, maar ook zodat een consument beter kan controleren of zorg die op zijn naam gedeclareerd is bij een zorgverzekeraar, ook daadwerkelijk verstrekt is. In feite levert het grote hoeveelheden extra controleurs op.

Bovendien komt vanaf 1 januari 2014 wellicht ook de zogenaamde 'zorgvraagzwaarte indicator' op de declaratie te staan. Deze indicator die voorheen nog niet werd opgesteld, wordt gedefinieerd als de uitkomstmaat van "patiëntkenmerken die bij aanmelding/intake voorspellend zijn voor wat betreft de behandelinzet en zorgkosten" (GGZ Nederland, 2013b: 15). Deze waarde wordt uitgedrukt in een getal tussen 1-7. Dit wordt, mits het College Bescherming Persoonsgegevens instemt, aan de declaratie toegevoegd zodat zorgverzekeraars, maar ook patiënten, iets meer duiding hebben over de ernst van een aandoening. Op die manier kunnen ze achteraf beter controleren of geleverde zorg past bij de aandoening en de zwaarte daarvan, waarvan op voorhand een inschatting gemaakt is. Op die manier wordt gepoogd overbehandeling tegen te gaan.

Nadere definiëring van de term 'hoofdbehandelaar'

Vanwege onvoldoende scherpte rondom de term 'hoofdbehandelaar', heeft de minister van VWS recentelijk ook aangekondigd tot een betere veldnorm te willen komen met betrekking tot deze term. Volgens de huidige declaratiebepalingen van de NZa mogen zorgverleners in de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg alleen hoofdbehandelaar zijn als ze een beroep hebben dat is opgenomen in de Wet BIG en als ze bekwaam zijn om diagnoses te stellen volgens de DSM-IV-classificatie. Omdat dit wordt ervaren als onduidelijk en onvoldoende controleerbaar, komt er een beleidsregel, die onder andere moet regelen wie er in de GGZ aangemerkt kan worden als hoofdbehandelaar en wat de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar zijn. Hoewel de Minister van VWS meent dat er pas in 2015 een concrete veldnorm kan worden opgesteld die vanaf 2016 moet gaan gelden, vanwege de ingrijpende veranderingen die te gebeuren staan in de GGZ, wil zij per 1 januari 2014 dat de NZa onder andere in beleidsregels laat opnemen dat de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor het vaststellen van de diagnose, waarbij de hoofdbehandelaar direct contact moet hebben gehad met de patiënt. Bovendien heeft de minister in een brief aan de Tweede Kamer laten weten dat de term 'hoofdbehandelaar' voorlopig, dat wil zeggen tot na de invoering van de ingrijpende veranderingen in de GGZ, verruimd blijft tot de volgende zeven beroepen: psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts, klinisch geriater, verpleegkundig specialist GGZ en GZ-psycholoog (zie: Ministerie VWS, 2013a). Op 2 september jongstleden heeft de minister bovendien de beroepen orthopedagoog generalist en kinder- en jeugdpsycholoog aan dit lijstje toegevoegd (NVP, 2013). Daarnaast is aangekondigd dat er een onderscheid mag worden gemaakt in de hoofdbehandelaar die verantwoordelijk is voor het stellen van de diagnose en de hoofdbehandelaar die verantwoordelijk is voor de behandeling. Dit betekent dat er in het behandeltraject van een individuele patiënt, twee hoofdbehandelaren kunnen zijn (Ministerie VWS, 2013a).

Hoewel het voorheen ook niet de bedoeling was dat licht gekwalificeerd personeel nagenoeg eigenstandig behandelingen uitvoerde, konden en kunnen zorgverzekeraars nog steeds in bepaalde gevallen wel toestaan dat ander personeel dan een hoofdbehandelaar behandelingen uitvoert. Maar dan alleen onder de voorwaarde dat er afspraken over gemaakt zijn in het contract. In het geval van EuroPsyche waren dergelijke afspraken niet gemaakt.

De inzet van nieuwe inspecteurs om zorgfraude te bestrijden

Daarnaast heeft de minister aangekondigd dat er extra inspecteurs, in totaal neerkomend op 100 voltijd banen, worden ingesteld die zorgfraude moeten gaan opsporen. Deze inspecteurs worden ondergebracht in een speciale eenheid binnen de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid, die zich richt op zorgfraude. Deze inspectie heeft ook een eenheid die zich richt op de aanpak van PGB-fraude (Nederlands Dagblad, 2013). Ook komt er een Expertisecentrum Zorgfraude Bestrijding (EZB) die digitale gegevens gaat verwerken teneinde fraude in de zorg beter op te kunnen sporen en wordt de mogelijkheid geschapen om het medisch beroepsgeheim te doorbreken bij ernstige vermoedens van fraude (Van Dorresteijn, 2013b).

8.8 Conclusies en analyse aan de hand van handelingsrationaliteiten

In dit hoofdstuk is naar voren gekomen dat er bij de betrokken autoriteiten, maar ook in de media en de politiek, een beeld aanwezig is van grootschalige en systematische zorgfraude, gepleegd door behandelaren, waaronder ook behandelaren in de geestelijke gezondheidszorg. Verschillende casus die media-aandacht hebben gekregen bevestigen en versterken dit beeld. Toch is ook gebleken dat er geen eenduidige definitie van de term 'zorgfraude' bij de verschillende betrokken autoriteiten is. Waar de ene actor er bijvoorbeeld vanuit gaat dat er sprake is van zorgfraude wanneer een regel is overtreden, vindt de andere actor dat hier pas sprake van is als er ook opzet in het spel (bewust handelen) is. Om deze en andere redenen kan er geen goed onderscheid worden gemaakt tussen zorgfraude en ander onjuist declaratiegedrag. Dit leidt er vanzelfsprekend toe dat ook niet goed in kaart gebracht kan worden op wat voor schaal de problemen rondom zorgfraude en andere vormen van onjuiste zorgdeclaratie nu spelen. Dit is bovendien ook lastig omdat het moeilijk is om aan te tonen of er sprake is van zorgfraude, zelfs als hier ernstige vermoedens van bestaan. Er zijn dan ook verschillende schattingen gedaan naar de omvang van zorgfraude variërend van zeven miljoen euro tot vier miljard euro. De eerste schatting is gebaseerd op cijfers van Zorgverzekeraars Nederland, die zich baseert op de signalering van zorgfraude bij alle afzonderlijke zorgverzekeraars in Nederland gezamenlijk. Echter, alle betrokken autoriteiten zijn het er over eens dat dit getal geen juiste

weergave is van de daadwerkelijke omvang van zorgfraude. Het getal omvat namelijk alleen de gevallen van zorgfraude die aangetoond is, terwijl er vermoedelijk veel meer gevallen zijn waarbij dit niet aangetoond kon worden of die niet eens gesignaleerd zijn. Het getal van vier miljard euro, overeenkomstig met tien procent van het totale bedrag dat omgaat in de gezondheidssector, is een schatting gemaakt door *De Telegraaf*, naar eigen zeggen gebaseerd op een rondgang bij actoren die te maken hebben met zorgfraude en de aanpak daarvan. Uit de interviews die in het kader van dit onderzoek hebben plaatsgevonden, is echter naar voren gekomen dat er geen onderzoek of gegevens aanwezig zijn om een juiste schatting van het totaalbedrag dat te maken heeft met zorgfraude te maken. Wel is bekend welke vormen van zorgfraude en/of onjuiste zorgdeclaratie voorkomen in de geestelijke gezondheidszorg. Deze zijn zeer uiteenlopend. Eén van de meest belangrijke heeft betrekking op fraude met tijdschrijven. De DBC's in de geestelijke gezondheidszorg zijn namelijk gebaseerd op het registreren van minuten. Bij de betrokken autoriteiten bestaat het vermoeden dat zorgprofessionals zich op grote schaal bezighouden met het onjuist registreren van tijd die ze besteed hebben aan hun werk, zodat hen dat grotere winsten oplevert.

Echter, er spelen nog andere problemen ten aanzien van zorgfraude en de voorkoming daarvan. Zo geven betrokken autoriteiten aan dat het zorgstelsel niet als een optimale markt kan functioneren vanwege bepaalde ingestelde voorzieningen zoals de *zorgplicht* (de plicht van zorgverzekeraars om genoeg zorg in te kopen voor alle verzekerden) en de *acceptatieplicht* (het verbod dat geldt voor verzekeraars om mensen niet te mogen weigeren bij het verstrekken van een basisverzekering). Ook geven ze aan dat het een beperking is dat zorgverzekeraars zich niet als schadeverzekeraar kunnen gedragen; dat er bij de zorgverzekeraars een prikkel aanwezig is om fraude niet te voorkomen, enerzijds vanwege een wetsartikel, anderzijds omdat het hen meer kost om fraude op te sporen dan het ze oplevert; is het erg lastig om zorgfraude aan te tonen en heerst er veel onduidelijkheid rondom de term 'hoofdbehandelaar', waardoor niet duidelijk is vastgelegd welke behandelaars zich in de geestelijke gezondheidszorg mogen bezighouden met specifieke taken.

Uit de gesprekken met de betrokken autoriteiten is daarnaast gebleken dat in elk geval bij de organisaties die zich bezighouden met het maken van beleid (bijvoorbeeld het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), met toezicht en handhaving (bijvoorbeeld de Nederlandse Zorgautoriteit) en met het uitvoeren van controles (bijvoorbeeld zorgverzekeraars), het beeld overheerst dat zorgfraude gepleegd wordt met het oog op winstmaximalisatie. Deze organisaties lijken er hoofdzakelijk van uit te gaan dat er in de geestelijke gezondheidszorg zorgprofessionals zijn die uit zijn op het behalen van zo groot mogelijke financiële winsten en die derhalve handelingen verrichten die tot doel hebben om hun nut, op te vatten als persoonlijk gewin, te maximaliseren. Dit beeld sluit aan bij rationele keuze theorie, waarin wordt uitgegaan van rationeel handelende actoren die acteren op basis van de calculatie van eigenbelang. Ten aanzien van zorgdeclaratie in de

geestelijke gezondheidszorg zou dit inhouden dat zorgprofessionals mechanismen hanteren die hen in staat stellen hun winsten te vergroten. Hierop voortbordurend zouden zorgprofessionals daarom altijd kiezen voor opties die hen het meeste opleveren en hen tegelijkertijd het minste (bijvoorbeeld aan geleverd werk) kosten. Bovendien zouden zorgprofessionals als autonome individuen handelen die keuzes maken gebaseerd op hun eigen persoonlijke gewin, in plaats van keuzes die in het belang zijn van een collectief, zoals de beroepsgroep waartoe zij behoren of 'de maatschappij' als geheel.

De veronderstelling dat zorgprofessionals handelen op basis van rationele keuze, uit zich volgens de autoriteiten in de praktijk op verschillende manieren. Eén van die manieren houdt in dat er bij de registratie van zorg door middel van DBC's, in die DBC's gekozen wordt voor de meest lucratieve behandeloptie, ook als dat medisch gezien niet noodzakelijk is. Deze strategie wordt, zoals eerder vermeld, 'upcoding' genoemd. Ook streven zorgprofessionals er volgens deze visie naar om behandelingen op een dusdanige manier te registreren, dat het hen het meeste oplevert en zullen ze derhalve bij de registratie van zorg keuzes maken die leiden tot een duurder declarabel product.

De notie dat behandelingen uitgevoerd worden zonder medische noodzaak, is opvallend omdat dit indruist tegen de medische beroepsethiek die volgens theorieën over professionalisme bij professionals sterk ontwikkeld is. Het negatieve beeld dat sommige autoriteiten van zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg hebben, sluit daarom ook aan bij kritische benaderingen van professionals waarover in de wetenschappelijke literatuur wordt geschreven. Zoals in hoofdstuk 3 vermeld staat, zijn er perspectieven die beschrijven dat professionals te veel macht hebben gekregen vanwege de mogelijkheid om in hun werk autonome beslissingen te maken, bijvoorbeeld over welke behandelingen wel of niet passend zouden zijn en hoe lang behandelingen zouden moeten duren. Vanwege deze hoge mate van autonomie en vanwege mogelijkheden om zelfsturend en zelfregulerend op te treden, wordt er binnen deze benaderingen vanuit gegaan dat professionals beschikken over machtsmiddelen die als tactisch instrument ingezet kunnen worden. Hierdoor kunnen artsen zich bijvoorbeeld gemakkelijk verschuilen achter hun medische beroepsgeheim, om geen openheid van zaken te hoeven geven en om zo de indruk te wekken dat ze het beste voor hebben met hun patiënten, terwijl ze eigenlijk uit zijn op financieel gewin (zie: Dwarswaard & Trappenburg, 2012: 504). Om deze redenen wordt in kritische perspectieven verondersteld dat professionals nauwlettend in de gaten gehouden moeten worden. Dit uitgangspunt lijkt in grote mate aanwezig bij sommige betrokken autoriteiten waarmee gesproken is.

Ook uit de aangekondigde nieuwe beleidsmaatregelen blijkt dat de handelingsrationaliteit gebaseerd op rationele keuze als de dominante logica voor het handelen van zorgprofessionals wordt gezien. Zo wil de Nederlandse Zorgautoriteit bijvoorbeeld dat zorgverzekeraars zorgdeclaraties nog meer en beter gaan controleren (zie: NZa, 2013c), komt er aanvullende informatie op de declaratie om controlemogelijkheden beter te faciliteren en heeft de minister van VWS recentelijk

aangekondigd dat er een groot aantal nieuwe inspecteurs komt, namelijk in totaal neerkomend op honderd voltijdbanen, om zorgfraude op te sporen. Uit dergelijke beleidsmaatregelen blijkt dat men inzet op stevige controle- en beheersmogelijkheden, die kennelijk nodig geacht worden omdat men denkt dat er zich onder zorgprofessionals veel overtreders bevinden.

Hoofdstuk 9

De visie van zorgprofessionals op declaratiegedrag dat geassocieerd wordt met de term ‘zorgfraude’

Zoals duidelijk zal worden uit dit hoofdstuk, zien zorgprofessionals zorgfraude als één van de effecten van de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem op basis van DBC's. Om die reden worden eerst algemenere onderwerpen besproken die betrekking hebben op bezwaren tegen het werken met het DBC-systeem in het algemeen (paragraaf 9.1), in het kader van privacy (paragraaf 9.2), met betrekking tot contractonderhandelingen en tarieven (paragraaf 9.3) en met betrekking tot de term ‘hoofdbehandelaar’ (paragraaf 9.4). Deze informatie is noodzakelijk om de visie van zorgprofessionals op het thema zorgfraude te begrijpen (hierover gaan paragraaf 9.5 en 9.6). Daarnaast wordt in paragraaf 9.7 kort geschetst hoe de zorgprofessionals aankijken tegen de toekomst van het DBC-systeem, worden in paragraaf 9.8 enkele kanttekeningen geplaatst en wordt

in paragraaf 9.9 tenslotte nader ingegaan op de handelingsrationaliteiten die volgens zorgprofessionals een rol spelen bij zorgfraude en/of andere vormen van onjuiste zorgdeclaratie.

Dit hoofdstuk is hoofdzakelijk gebaseerd op de focusgroepen en interviews die met zorgprofessionals uit de geestelijke gezondheidszorg hebben plaatsgevonden en schetst derhalve hoe degenen die werken met het DBC-systeem en op wie de gestelde wetten en regels van toepassing zijn, tegen het systeem in het algemeen en tegen zorgfraude in het bijzonder aankijken. Om die reden komen de zorgprofessionals zoveel mogelijk zelf aan het woord.

9.1 Bezwaren tegen werken met het DBC-systeem

Ten aanzien van werken met het geïntroduceerde DBC-systeem wordt er door zorgprofessionals een aantal kanttekeningen geplaatst bij de werking van het systeem. De thema's die in deze paragraaf aan bod zullen komen, weergeven deze kanttekeningen, die los van het thema zorgfraude in beginsel al geplaatst kunnen worden bij het systeem en de optuiging ervan. Deze thema's hebben volgens de zorgprofessionals echter een doorwerking op problemen die te maken hebben met zorgfraude en/of onjuist gebruik van het zorgsysteem.

Het systeem sluit niet aan bij de praktijk

Volgens de zorgprofessionals sluit het DBC-systeem niet altijd aan bij de praktijk. Zo is het DBC-systeem gebaseerd op de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, kortweg DSM. De diagnose in DBC-systeem zijn gebaseerd op de vierde editie van dit handboek: de DSM-IV. Dit handboek is opgesteld met als doel om een internationaal geldende en consequente taal te hebben over diagnose en statistiek met betrekking tot psychische aandoeningen. In allerlei landen werden psychische aandoeningen namelijk anders genoemd en geclassificeerd, waardoor er spraakverwarring was, bijvoorbeeld in de literatuur en in onderzoek. Ook konden er verschillende interpretaties van eenzelfde patiënt naast elkaar bestaan. Het handboek levert een classificatiesysteem waardoor verschillende aandoeningen van elkaar onderscheiden en gedefinieerd kunnen worden.

Verschillende zorgprofessionals hebben er bezwaren tegen dat de diagnoses in de DBC's gebaseerd zijn op DSM-classificaties. Zij vinden namelijk dat het puur een classificatiesysteem is, 'een samenraapsel van kenmerken', waarbij de werkelijkheid fors wordt gereduceerd. Om die reden kunnen er geen diagnoses aan gekoppeld worden. Daar is het handboek niet voor bedoeld: *'Hersenen en mensen zijn gewoon een buitengewoon complex verhaal. En het is nu nog niet zo, en de vraag is in hoeverre dat in de toekomst wel zo zal zijn, dat je een classificatiesysteem kunt bouwen op basis van oorzaken, zoals in de geneeskunde in het algemeen wordt gedaan. De meeste*

classificatiesystemen zijn gebouwd op bekende oorzakelijkheid van die aandoening. We weten waar bepaalde vormen van kanker door worden veroorzaakt, we weten hoe genetische afwijkingen er uit zien, waar die zitten, nou ja, en zo worden ze als het ware ingedeeld. Dit kan echter niet bij psychische aandoeningen'. De DSM-IV is slechts bedoeld als globale indeling van aandoeningen, waarbij fenomenen min of meer samen gegroepeerd worden. Voor de psychiatrie geldt echter een bepaalde heterogeniteit; dat twee personen dezelfde aandoening (en derhalve dezelfde diagnose) hebben, zegt niets over de zorgvraag en de zorgduur waar behoefte aan is. De ene patiënt kan in een paar sessies van een depressie af zijn, terwijl een andere patiënt in de gedwongen opname belandt en jarenlang intensief begeleid moet worden. Geïnterviewden zeggen hier nog het volgende over: 'Een erkende en veel gehoorde kritiek vanuit de GGZ op het DBC-systeem is dat het een reductie geeft en het dus niet de complexiteit van alledag weerspiegelt. Het is voor de GGZ gewoon veel moeilijker om een eenduidige valide kwalificatie te maken die representatief zou zijn.' en 'Het woord diagnose suggereert dat er een soort exactheid is in de psychiatrie en die is er niet. We zijn op het niveau van aderlaten in de Middeleeuwen met de psychiatrie. Dat er allerlei biologische determinanten zijn van psychiatrische aandoeningen en dat we weten hoe het brein precies werkt, dat is niet zo. In feite weten we er eigenlijk nog maar heel weinig van'. Deze problemen zijn kenmerkend voor de geestelijke gezondheidszorg, omdat in de somatische zorg toch iets meer generaliseerbaarheid in aandoeningen is (voor een gebroken been kan vooraf grofweg ingeschat worden hoe lang de behandeling zal gaan duren, dit geldt voor de GGZ niet), omdat er altijd nog andere factoren mee kunnen wegen, zoals sociale omstandigheden, chronische aandoeningen, de steunstructuur vanuit de omgeving van een patiënt en bovendien ook gewoon de complexiteit van sommige aandoeningen.

Al met al zien de zorgprofessionals de basiscomponenten van de DBC's, zoals de diagnoses, als problematisch. Ze vinden dat de DBC's en het systeem waarin deze zijn ingebed niet op een goede manier zijn ontwikkeld en, wellicht nog belangrijker, dat op basis van de DBC's niets zinnigs gezegd kan worden over het behandeltraject of de duur daarvan. Dat op basis van dit declaratiesysteem de rol van medische behandelaren wordt geverifieerd, is volgens Smullen (2013: 120) problematisch. Om die reden kunnen de DBC's als controversieel worden beschouwd. Ondanks dat de medische professionals het DBC-systeem dus niet bij de praktijk vinden aansluiten, zal het DBC-systeem op sommige punten gewijzigd worden conform een nieuwe editie van de DSM, genaamd DSM-V, die dit jaar in mei verschenen is.

Bovendien vindt een deel van de medische professionals dat er met een bepaald perspectief wordt gekeken vanuit de DSM-IV. Volgens één van de gesprekspartners komt dit doordat er in de jaren negentig van de vorige eeuw een periode is geweest waarin een specifieke visie onder psychiaters populair was, namelijk de gedachte van 'wij zijn ons brein': dat alles een gevolg is van biologische processen die zich in de hersenen afspelen, zo ook stoornissen. Dat wil zeggen dat er een

idee is over de herkomst van psychische aandoeningen, en dat dit wordt gezien als het resultaat van iets dat niet naar behoren werkt in de hersenen; er wordt bijvoorbeeld een bepaald stofje niet aangemaakt. Niet iedere behandelaar kan zich echter vinden in deze ideologie. Om die reden is er weerstand tegen deze manier van kijken. Er zijn bijvoorbeeld psychologen en psychotherapeuten die zich absoluut niet in het perspectief van de DSM-IV kunnen vinden en eerder uitgaan van bijvoorbeeld omgevingsfactoren als oorzaak voor psychische klachten. De DSM-IV heeft een specifieke werkelijkheidsopvatting die behandelaren dwingt om met een bepaald perspectief te kijken. Volgens sommige zorgprofessionals bevoordeelt dit bepaalde vormen van geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld benaderingen die de diagnose als uitgangspunt zien, zoals gedragstherapie die zich richt op specifieke aandoeningen, angststoornissen, fobieën en depressies. Behandelaren die vanuit andere benaderingen werken, zoals gezinstherapeuten, systeemtherapeuten, of humanistisch gebaseerde therapeuten, zijn dan in het nadeel omdat de concepten waarmee zij werken niet goed in het DBC-model passen, terwijl dit niks zegt over de kwaliteit van de behandelingen die aangeboden worden.

Behandelaren zijn niet betrokken geweest bij de opbouw van het systeem

Er valt volgens de zorgprofessionals veel aan te merken op de DBC's. Zo zijn deze volgens hen, anders dan het Ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit beweren, niet tot stand gekomen in samenspraak met wetenschappelijke verenigingen en beroepsgroepen. Een respondent zegt hierover: *'Ik denk dat het daar in de basis is misgegaan. Als er meer tijd was genomen om de gehele beroepsgroep te betrekken en een beter fundament te leggen, dan hadden zowel beleidsmakers, als zorgverzekeraars en professionals samen aan de ontwikkeling gewerkt en had het systeem meer kans van slagen gehad'*. Er heerst een grote overeenstemming over dit punt onder de zorgprofessionals waarmee gesproken is. Zij vragen zich af in hoeverre het kleine aantal professionals dat wel betrokken is geweest bij het vormgeven van het systeem, vrij is geweest om te zeggen wat ze wilde zeggen en hoeveel ze inhoudelijk mocht bijdragen.

Sommige behandelaren beweren zelfs dat er politieke spelletjes zijn gespeeld, met name ten aanzien van zorg die uit de basisverzekering is gehaald: *'Ze hebben gewoon twee hoogleraren psychiatrie geïnterviewd met de vraag welke stoornissen er eventueel uit het pakket kunnen. Die hebben een aantal dingen genoemd. Die zijn er in getuind, wisten niet waar het voor was en hebben dit bovendien op persoonlijke titel gezegd. Vervolgens zegt het College van Verzekeringen dat ze deze zorg uit het basispakket halen op basis van goed overleg met de hoogleraren. Het waren er slechts twee!'*. Als dit werkelijk zo gegaan is, lijkt dit op zijn minst een vreemde gang van zaken, want normaliter worden dergelijke zaken kortgesloten met de verenigingen, zoals de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie, en niet met (beperkte aantallen) individuele behandelaren. Bovendien

vinden de zorgprofessionals dat het College van Verzekeringen, en soms ook zorgverzekeraars, ten aanzien van hun contracten, in sommige gevallen teveel op de stoel van de medische professional gaat zitten; hiermee doelen ze op het feit dat er uitspraken worden gedaan over inhoudelijke medische zorg, terwijl zij daar niet de juiste kennis voor in huis hebben. Zo wordt er volgens één van de geïnterviewden door zorgverzekeraars een 'red list' opgesteld van behandelingen die zij wel en niet accepteren en dus al dan niet vergoeden. De zorgprofessionals vinden echter dat zorgverzekeraars hier helemaal niet toe bekwaam zijn.

Het systeem levert een administratieve rompslomp op

De registraties die met het nieuwe systeem gedaan moeten worden, vergen veel tijd. Alles wat de zorgprofessionals doen moet geregistreerd worden: directe tijd en indirecte tijd, inclusief vergaderingen, overleggen, telefoongesprekken, en zelfs het nadenken over patiënten moet in feite geregistreerd worden. De zorgprofessionals vinden dat er nu wel heel gedetailleerd doorgegeven moet worden wat ze allemaal doen. Het systeem is aan het doorschieten. De professionals ervaren het als 'overdreven' wat ze allemaal moeten laten zien in het kader van transparantie.

Dubbele registraties

Een ander punt van irritatie die zorgprofessionals hebben ten aanzien van het nieuw ingevoerde DBC-systeem, is dat zij jarenlang hebben moeten werken met dubbele registraties, waardoor de administratielasten voor hun gevoel onnodig hoog waren. Omdat er gewerkt werd met een transitie-model, waarbij twee systemen naast elkaar gehanteerd werden, moesten de behandelaren er twee registraties op na houden: één in termen van DBC's en één in termen van het oude budgetstelsel. Hoewel het transitie-model met de daarbij behorende dubbele administratieve lasten wel erg lang van kracht is geweest (sinds de invoering in 2008 tot en met het heden), is een kanttekening hier wel op zijn plaats. De zorginstellingen kregen dankzij deze maatregel namelijk wel de kans om misgelopen kosten in het nieuwe systeem aan het einde van het jaar te laten verrekenen op basis van nacalculatie. Hierbij werden verschillen tussen inkomsten in het nieuwe systeem ten opzichte van het oude systeem alsnog uitgekeerd. Aan de andere kant kan de lange duur van het transitie-model tegelijkertijd wel geleid hebben tot een lastige situatie voor zorgaanbieders om gewend te raken aan het nieuwe systeem; ze werden hier immers al die jaren niet op afgerekend. Vanaf 2015 worden alle vangnetten ten aanzien van het nieuwe DBC-systeem opgeheven. Dit kan grote gevolgen hebben voor de financiële stromen van zorgaanbieders in de GGZ, omdat is gebleken dat de meeste zorgaanbieders die registreren met beide systemen, met het nieuwe DBC-systeem op lagere kosten uitkomen dan wanneer zij volgens het oude budgetstelsel administreren. Dit

betekent dat hun administratie ten aanzien van het nieuwe systeem nu nog niet helemaal nauwkeurig is.

De tarieven zijn verkeerd vastgesteld

Daarnaast geven sommige zorgprofessionals aan dat er in het begin fouten zijn gemaakt ten aanzien van de gestelde maximumtarieven. Deze tarieven worden jaarlijks door de NZa vastgesteld op basis van gegevens over alle registraties die verzameld zijn. Bij de registratie van tijden die besteed werden aan de behandeling van patiënten is er echter onnauwkeurig geregistreerd, omdat zorginstellingen nog niet afgerekend werden op het nieuwe DBC-systeem. Dit blijkt uit het feit dat de geregistreeerde zorg door middel van DBC's nog duidelijk achter is gebleven ten opzichte van de zorg die nog in de oude parameters wordt geregistreerd (er werden tot voor kort dubbele systemen gehanteerd, zie vorige subparagraaf). Omdat er is uitgegaan van onnauwkeurige registraties, zijn de tarieven nu structureel verkeerd vastgesteld. Volgens de zorgprofessionals heeft de NZa onlangs zelf een kostprijsonderzoek uitgevoerd, waaruit is gebleken dat de vastgestelde maximumtarieven die gelden voor 2013 twintig procent te laag zijn vastgesteld.

Het systeem voelt aan als een verplichting

Een ander punt dat sommige zorgprofessionals steekt, is dat ze direct na de invoering van het systeem verplicht werden er mee te werken. Het nieuwe DBC-systeem werd als het ware opgedrongen en er was voor sommige professionals geen enkele ander mogelijkheid meer om zorg te declareren. Voor zelfstandig gevestigde behandelaren gold namelijk, anders dan voor de instellingen, dat ze gelijk en in het geheel overgingen op het nieuwe DBC-declaratiesysteem (zonder vangnetten of mogelijkheden om te declareren via het oude systeem). Hierdoor hebben sommige professionals het gevoel dat ze niet zo zeer *kunnen* declareren met het systeem, maar *moeten*. Er was daarnaast geen mogelijkheid om (tijdelijk) nog via een andere weg declaraties in te dienen, bijvoorbeeld terwijl er bezwaarprocedures tegen de invoering het systeem liepen. Hierdoor hebben personen die bezwaren hadden tegen het systeem en bijvoorbeeld bezwaarprocedures hadden aangespannen, gedurende een lange periode geen declaraties in kunnen dienen.

Een voorbeeld van een behandelaar die bij de introductie van het systeem bezwaar maakte tegen het vermelden van de diagnose en de behandeling op een declaratie, iets dat verplicht was gesteld door de NZa, en om die reden op de 'oude manier' declaraties instuurde, is de Amsterdamse psychiater Willem Malkus. Het resultaat hiervan was dat de NZa middels een beschikking aan de psychiater te kennen gaf dat er, indien de behandelaar niet conform het DBC-systeem zou gaan declareren, ambtelijke boetes of dwangsommen opgelegd zouden worden. Over deze boete werd bovendien door de NZa beweerd dat deze op zou kunnen lopen tot een half miljoen euro.

Uiteindelijk spande dhr. Malkus een rechtszaak aan tegen de NZa omdat hij zich als crimineel bestempeld voelde en werd de beschikking van de NZa door de rechter vernietigd op grond van buitensporigheid (PBB, 2010).

Tegenstrijdige belangen

Een ander punt dat een rol speelt bij het werken met het systeem, is dat zorgprofessionals soms een tegenstrijdigheid ervaren tussen de belangen van patiënten en de belangen van de zorgverzekeraars. Het is bijvoorbeeld in het belang van een patiënt om een optimale behandeling te krijgen, terwijl het het belang is van de zorgverzekeraars om zorglasten te beperken. Die belangen kunnen strijdig zijn met elkaar. Een voorbeeld dat dat illustreert is het voorschrijven van medicatie; er bestaat valium van een A-merk en van een B-merk. Sommige patiënten geven aan dat ze een verschil merken en hebben bijvoorbeeld een voorkeur voor het duurdere A-merk. Wanneer ze dat aangeven, wil je als arts het beste doen voor je patiënt, maar dan wil de zorgverzekeraar het soms toch niet vergoeden. Om die reden zegt één van de respondenten: *'Ik wil helemaal geen contract met een zorgverzekeraar. Ik dien de belangen van een patiënt, geen andere belangen. Je kunt niet twee heren dienen, je moet één heer dienen en dat is de patiënt'*. Voor een medische behandelaar zullen patiëntenbelangen altijd prevaleren boven andere belangen, zoals financiële overwegingen. Omdat de zorgprofessional altijd primair naar de patiënt kijkt, zullen kostenmotieven überhaupt een veel minder grote rol spelen. Bovendien zijn er ook zorgprofessionals die zich niet willen conformeren aan nieuw beleid of kostenoverwegingen en die bij voorbaat al een houding hebben van: *'Ik doe het op mijn eigen manier, zoals ik dat altijd heb gedaan'*.

Ongelijke behandeling

Zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg hebben het gevoel dat zij anders worden behandeld dan bijvoorbeeld medisch specialisten in de somatische (lichamelijke) gezondheidszorg. Zo kunnen in de GGZ allerlei behandelaren een DBC openen en scoren, terwijl dat in de somatische zorg alleen door een medisch specialist gedaan kan worden. Daarnaast hebben medisch specialisten in de somatische zorg allemaal eigen DBC-codes. Dat wil zeggen dat DBC's uitsluitend gebaseerd zijn op het honorarium van een medisch specialist. Zo is er bijvoorbeeld een aparte DBC voor chirurgen. In de GGZ is dit niet het geval. Daar zijn de DBC's gebaseerd op een combinatie van de honoraria van verschillende behandelaren, zoals verschillende zorgprofessionals, maar ook verpleegkundigen en ander personeel. Dit levert allerlei ongelijke situaties op, bijvoorbeeld in gevallen waarbij slechts één type behandelaar, bijvoorbeeld een psychiater, betrokken is. Deze psychiater krijgt dan namelijk een tarief vanuit de DBC dat niet gebaseerd is op honderd procent zijn eigen honorarium, maar bijvoorbeeld gebaseerd is op twintig procent psychiatertarief, veertig procent GZ-psychologentarief

en veertig procent verpleegkundigentarief. Op die manier krijgen ze eigenlijk betaald op basis van salarissen van mensen met een ander opleidingsniveau. Dit geldt natuurlijk des te meer voor de Zelfstandige Behandel Centra, waarin individuele behandelaren werken zonder ander personeel. Ook deze professionals worden namelijk gefinancierd op basis van dezelfde DBC's. Om die reden hebben sommige behandelaren het gevoel dat ze worden achtergesteld ten opzichte van de zorginstellingen en bovendien ook nog eens ten opzichte van behandelaren in de somatische zorg: *'Wij worden op één hoop gegooid met psychotherapeuten, met SPW'ers, met verpleegkundigen en dramatherapeuten. En een orthopeed wordt echt niet op één hoop gegooid met de fysiotherapeut'*. Dit voelt nog eens extra onrechtvaardig voor de zelfstandig gevestigde behandelaren, omdat zij vinden dat je bij hen 'krijgt wat je ziet', in tegenstelling tot een zorginstelling, waarbij zoveel verschillend personeel werkt, dat een patiënt behandeld kan worden door allerlei medewerkers, waaronder verpleegkundigen, SPH'ers en SPW'ers. Dit laatste levert overigens ook een ongelijke behandeling voor patiënten op, ten opzichte van andere zorginstellingen, omdat de zorg daar weer anders georganiseerd kan zijn.

Het gevoel van onrechtvaardigheid en ongelijke behandeling dat bij zorgprofessionals in de GGZ speelt, kan volgens de professionals bovendien gezien worden vanuit een bredere ontwikkeling van stigmatisering van behandelaren in de GGZ. De zorgprofessionals hebben het idee dat de psychiatrische zorg gezien wordt als een professie met een lage status, waar, anders dan tegen de ziekenhuiszorg, met de lange nek tegenaan gekeken wordt. In de literatuur is hierover ook veelvuldig geschreven (zie bijvoorbeeld: Smullen, 2013; Buchanan & Bhugra, 1992; Shorter, 1997; Lakoff, 2005). Volgens Smullen (2013: 109-110) wordt de psychiatrie, vanuit historisch oogpunt, gemarginaliseerd ten opzichte van de ziekenhuiszorg. De uitoefening van psychische behandelingen werd, en wordt nog steeds, bijvoorbeeld ondergebracht op andere plekken, namelijk aparte klinieken, dan de ziekenhuizen, waarin voor andere vormen van gezondheidszorg wel een plek gereserveerd wordt. In dit verband wordt door Smullen (2013: 110) het volgende opgemerkt: "Even today psychiatrists work in a range of organizational settings and struggle with attaining a common professional identity that is equivalent to other medical specialists". Dit wordt nog verder bemoeilijkt door de controverse die in veel gevallen aanwezig is rondom wat in de geestelijke gezondheidszorg wordt gezien als de oorzaak van aandoeningen en de daarbij behorende behandelingen die het meest geschikt worden geacht.

Het systeem haalt de doelstellingen niet

Een stevig kritiekpunt van zorgprofessionals op het ingevoerde DBC-systeem is daarnaast dat het systeem doelstellingen waarvoor het in het leven geroepen is niet haalt. Volgens de zorgprofessionals faalt het systeem in de doelstelling van kostenbeheersing en wordt deze opvatting

onderschreven door een recentelijk ingevoerde maatregel; de minister heeft namelijk in juni 2012 besloten om de jaarlijkse uitgavengroei in de GGZ te beperken tot 2,5 procent, omdat de afgelopen jaren de groei telkens lag op ruim 5 procent (zie: Rijksoverheid, 2012). Hoewel het de bedoeling was dat er aanvankelijk geen groeiplafond zou worden ingevoerd ten aanzien van het macrokader van de GGZ (de totale kosten die omgaan in de GGZ), zag de minister zich naar aanleiding van de jarenlange uitgavengroei toch genoodzaakt om in te grijpen. Wellicht is het oude budgetstelsel dan ook geschikter om kosten te beheersen dan het nieuwe prestatiebekostigingssysteem. In het oude systeem, dat tientallen jaren heeft dienstgedaan, was er namelijk zelden sprake van uitgavengroei. Dat is ook logisch, omdat er een budgetstelsel was, wat wil zeggen dat er gewoon bepaalde budgetten waren gesteld, waarmee het werk in de zorg gedaan moest worden. Meer geld werd er gewoon niet beschikbaar gesteld. Een gevolg van het oude systeem was echter wel dat er wachtlijsten dreigden te ontstaan. Zorginstellingen hielden aan het einde van het jaar op met het behandelen van patiënten, omdat het budget op was en er was bovendien geen prikkel tot het doelmatiger organiseren van zorg omdat er niet op basis van prestaties (zoals het aantal behandelde patiënten) werd afgerekend. Bovendien was er nog geen sprake van economische schaarste toen het DBC-systeem ingevoerd werd (dit was voor de medisch specialistische zorg namelijk al in 2005). De invoering van het DBC-systeem en de bijbehorende marktwerkingsprincipes die niet aan budgetten gebonden zijn, verhouden zich wellicht minder goed tot een periode waarin middelen schaars zijn. Dit kan een belangrijke reden zijn waarom het systeem niet voldoet aan het criterium van kostenbeheersing.

Onduidelijke wet- en regelgeving

Volgens de zorgprofessionals speelt in het verhaal van zorgfraude en onjuist gebruik mee dat er sprake is van onduidelijke wetten en regels. Een respondent zegt hierover: *‘Ze hebben er een administratieve toren van Babel van gemaakt’*. Ook speelt volgens een andere geïnterviewde het volgende een rol: *‘Wat daarnaast speelt is dat het systeem zich ontwikkelt en dat de behandellaag altijd als laatste op de hoogte is van alles. Dan zie je ineens weer van alles langskomen over dat je het zo moet registreren en omdat je telkens achter de feiten aanloopt, ja, dan gaan dingen fout. Nu moet daar een handtekening op staan, nu moet daar een vinkje op staan, dat zijn allemaal van die praktische dingen en er wordt ook nog van alles met terugwerkende kracht gewijzigd. Bovendien veranderen ze de regels ieder jaar opnieuw’*.

Het systeem levert onzekerheid op

Het is duidelijk gebleken dat de zorgprofessionals in het algemeen geen voorstanders zijn van het geïntroduceerde DBC-systeem. Ze geven bijvoorbeeld aan liever betaald te krijgen wat ze

daadwerkelijk aan zorg leveren, dan de standaardtarieven die gekoppeld zijn aan de DBC's. De DBC's zijn namelijk gebaseerd op gemiddelden, waardoor er in sommige gevallen meer zorg geleverd is dan er gedeclareerd kan worden. Ditzelfde geldt echter ook vice versa. De zorgprofessionals zouden bovendien liever terugwillen naar het oude systeem, waarbij ze een budget kregen en wisten wat ze de rest van het jaar te wachten stond. Nu is er veel onzekerheid: *'Wij hebben 2200 werknemers, waarvan er 1300 actief met patiënten bezig zijn. De rest is ondersteunend en dan moeten er ook nog andere kosten, zoals het gebouw, betaald worden. Dat betekent dat iedere medicus twee keer zijn eigen salaris moet verdienen omdat anders het geheel niet kan blijven bestaan. Het is echter niet van te voren bekend wat mijn geleverde werk aan het einde van het jaar zal gaan opleveren, waardoor het moeilijk is om mijn rendement uit te rekenen. Dan heb je als organisatie al een probleem'*. Om die reden stellen steeds meer GGZ-instellingen zogenaamde 'zorgpaden' op. Dit zijn door de zorginstellingen opgestelde 'paden' die de behandeling van specifieke aandoeningen op voorhand in kaart brengen op basis van wat voor de hand liggend zou zijn om te doen. Deze zorgpaden kunnen volgens één van de geïnterviewden ook wel gezien worden als kookboeken met recepten over hoe een patiënt idealiter behandeld zou moeten of kunnen worden, en zijn in samenspraak met de GGZ-behandelaren, en dus op basis van inhoudelijke, medische kennis, opgesteld. Indien de behandelaren zouden willen afwijken van deze paden, zou dat gewoon kunnen, maar dan moet dat wel inhoudelijk beargumenteerd worden. Instellingen doen dit om op voorhand te kunnen voorspellen wat de behandeling van een patiënt de organisatie uiteindelijk aan kosten en inkomsten zal gaan opleveren.

Hoewel er nu wel meer mogelijkheden zijn om onderscheidend te zijn, bijvoorbeeld met onderscheidend academisch onderzoek van hoog niveau, gerichte zorg aan een specifieke patiëntengroep of andere mogelijkheden om je als zorginstelling te profileren, prefereren veel zorgprofessionals het oude systeem of een ander systeem dan het huidige. De kanttekening moet echter wel geplaatst worden dat bijna alle zorgprofessionals wel de noodzaak van *een* systeem begrijpen, alleen niet van dit systeem. De zorgprofessionals hebben er over het algemeen alle begrip voor dat er een integraal systeem moet zijn om kosten mee te declareren en dat daar enige vorm van transparantie in moet zitten. Ze zijn echter niet te spreken over de huidige vormgeving van het systeem.

Een ander probleem dat sommige zorgprofessionals voorzien voor de GGZ in Nederland, is dat instellingen zich steeds meer zullen gaan richten op de uitvoering van zoveel mogelijk eenduidige behandelingen, omdat dat goed en redelijk te organiseren is, waardoor er nog enigszins voorspelbare inkomsten binnenkomen. Het nadeel hiervan is dat er dan steeds minder ruimte beschikbaar is voor de complexe patiënten, die bijvoorbeeld meerdere diagnoses naast elkaar hebben. In dat opzicht gaat de beheerslogica de zorglogica overheersen; immers, het belangrijkste doel van zorginstellingen is nog steeds om mensen die hulpbehoevend zijn te helpen. Als degenen die het meeste

hulpbehoevend zijn niet meer behandeld worden, vanwege te hoge kosten, te weinig opbrengsten of een te groot risico voor de zorgorganisaties, dan druist dat in feite in tegen één van de basisprincipes waarop de zorg gebaseerd is. Volgens een respondent is deze ontwikkeling nu al aan de gang: *‘Je ziet bijvoorbeeld dat, in de afgelopen jaren, allerlei instellingen uit de grond zijn gestampt die de kersen van de taart, dus alleen de lichte problematiek, behandelen. Die gaan voor winstmaximalisatie en dan blijft er dus een groep hulpbehoevenden over die dus nergens anders terecht kan. Tegelijkertijd wordt door die organisaties zoveel geld afgeroomd in de zorg dat dat resulteert in minder middelen om die moeilijke groepen te behandelen’.*

9.2 Bezwaren tegen het DBC-systeem met het oog op privacy

Aansluitend bij de vorige paragraaf, bestaan er bij zorgprofessionals ook grote bezwaren tegen het DBC-systeem ten aanzien van privacy. Deze bezwaren worden gekenmerkt door het motto *‘Een diagnose op een declaratie is een lek uit de spreekkamer’*. Er zijn diverse bezwaren geuit tegen het DBC-systeem die te maken hebben met de privacy van patiënten. Hoewel het in de somatische zorg (de lichamelijke zorg) wel gebruikelijk is om een diagnose te vermelden op een declaratie, geldt dat voor de GGZ niet. In de GGZ heeft het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) namelijk bezwaren geuit tegen een aantal maatregelen voor de uitwisseling van informatie, vanwege het stigmatiserende karakter die sommige diagnoses kunnen hebben. Om deze reden moet er veel terughoudender met informatie worden omgegaan. Zo geldt voor alle kortdurende behandelingen in de GGZ, dat wil zeggen behandelingen met een directe tijd die korter is dan 250 minuten, en die door middel van het digitale systeem afgeleid worden naar een zogenaamde ‘korte DBC’, dat er geen diagnose hoeft te worden vermeld op de declaratie. Wat echter opmerkelijk is, is dat dit slechts geldt voor de kortdurende behandelingen. Waarom er een onderscheid wordt gemaakt tussen korte en langere behandelingen in het kader van het vermelden van de diagnose is echter onduidelijk.

De bezwaren die geuit worden tegen het DBC-systeem in het kader van privacy zijn volgens verschillende zorgprofessionals te herleiden tot de eed van Hippocrates. Deze eed moet door alle artsen afgelegd worden voordat zij met de uitoefening van hun beroep beginnen en houdt een gezworen eed of een afgelegde belofte in over toewijding, gedrag ten opzichte van patiënten en ethische opvattingen (KNMG, 2009: 4). Volgens een respondent druist werken met het DBC-systeem in tegen deze eed, en wel om de volgende reden: *‘Een eerste fundament van de medische eed is dat de arts zijn best doet om de patiënt zo goed mogelijk te behandelen en een tweede is heel simpel: je houdt je mond over wat er in de spreekkamer gebeurt. Dat is het medische beroepsgeheim en dat geldt voor alle artsen, ook diegenen die een ingegroeide teennagel behandelen, maar dat geldt des te meer voor psychiaters en psychotherapeuten.’* Laatstgenoemd punt wordt herkend door veel van de

zorgprofessionals waarmee gesproken is. Zij zijn het er over eens dat het heel belangrijk is voor patiënten met psychische aandoeningen omdat deze patiënten vaak binnenkomen met beschamende, pijnlijke, moeilijke en ingewikkelde dingen, en het daarom fundamenteel is voor dergelijke patiënten om volledig openhartig over hun problemen te kunnen praten. Dit is voor de behandeling van psychische problemen noodzakelijk en om die reden moet aan patiënten met psychische problemen volledige discretie beloofd kunnen worden. De zorgprofessionals hebben het idee dat dat principe, althans voor een deel, overboord wordt gegooid doordat er allerlei gegevens doorgegeven moeten worden bij het registreren van DBC's. Verder wordt opgemerkt dat er met name bezwaren worden gemaakt tegen het feit dat er informatie moet worden gedeeld met mensen die geen medici zijn (administrateurs van zorgverzekeraars en andere instellingen) en die dus geen geheimhoudingsplicht hebben. *'Ik heb er geen bezwaar tegen om, als de patiënt dat goed vindt, daarover naar buiten toe mededelingen te doen onder medisch beroepsgeheim, aan een collega medicus of aan een collega psychotherapeut of psycholoog, maar onder medisch beroepsgeheim, want de adressant van een dergelijke mededelingen die heeft ook een medisch beroepsgeheim en die moet hetgeen dat hij hoort dus net zo geheimhouden'*. Aangezien verzekeringsmaatschappijen ook medische adviseurs in dienst hebben (die bijvoorbeeld de inhoudelijke dossiercontrole mogen doen als er een gericht signaal van zorgfraude binnen is gekomen), wordt er door de zorgprofessionals opgetekend dat ze de informatie gerust willen delen met deze persoon, maar niet met andere werknemers van de zorgverzekeraars, of van administratieve organisaties die deze gegevens beheren. Temeer omdat dit beheer veelal door grote internationale organisaties wordt gedaan en er geen zicht is op wat er met de gegevens wordt gedaan op het moment dat ze eenmaal doorgestuurd zijn en in digitale systemen verzeild zijn geraakt.

Omwille van de privacy van patiënten heeft er een reeks bezwaarprocedures en rechtszaken tegen het DBC-systeem plaatsgevonden vanaf het moment dat dit systeem werd geïntroduceerd (zie onderstaand kader). Deze rechtszaken hebben er in 2012 uiteindelijk toe geleid dat er een zogenaamde privacy opt-out regeling is gecreëerd: een mogelijkheid om bezwaar te maken tegen diagnostische gegevens op de rekening die doorgestuurd wordt naar de verzekeraar en om daarbij bezwaar aan te tekenen tegen het doorsturen van de gegevens naar het DIS (DBC Informatie Systeem). Ook werd de verplichting om gegevens aan zorgverzekeraars en aan DIS te verstrekken voor zelfbetalende patiënten (die dus geen kosten declareren bij zorgverzekeraars) ingetrokken.

Kader 9.1: Rechtszaken en bezwaarprocedures in het kader van privacy

Rechtszaken en bezwaarprocedures tegen het DBC-systeem in het kader van privacy

Vanaf het moment dat het DBC-declaratiesysteem geïntroduceerd werd, zijn er onmiddellijk bezwaren aangetekend tegen het besluit van de Nederlandse Zorgautoriteit waarop deze introductie werd gebaseerd. Begin 2008 werden er in totaal 148 bezwaarschriften ingediend, sommige namens verenigingen, zoals de Nederlandse Vereniging van Psycho-analyse. Deze bezwaren werden allemaal ongegrond verklaard door de NZa in een beslissing op bezwaar, waarop de Koepel van DBC-Vrije Praktijken (KDVP) en De VrijePsych, belangengroepen van GGZ-behandelaren onder leiding van dhr. Kaspar Mengelberg, een psychiater en psychotherapeut uit Amsterdam in samenwerking met drie collega's, in beroep gingen tegen deze beslissing bij de voorzieningenrechter van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven. Hoewel in eerste instantie het beroep werd afgewezen in een kort geding, werden de GGZ-behandelaren in een daaropvolgende bodemprocedure voor een groot deel in het gelijk gesteld. De rechter oordeelde namelijk dat het verstrekken van gegevens van individuele patiënten aan zorgverzekeraars indruist tegen hun medische privacy en bovendien dat diagnoses de kern van het privéleven van een persoon raken. Daarnaast erkende de rechter het belang van vertrouwelijkheid en geheimhouding bij de behandeling van psychische klachten. Hierop heeft de NZa gepoogd een aantal wijzigingen aan te brengen in regelgeving, maar na een nieuw aangespannen beroepsprocedure door bovengenoemde partijen, oordeelde de rechter dat de NZa nog steeds dezelfde beslissingen nam, alleen ditmaal beter uitgewerkt, terwijl de rechter de NZa in eerste instantie had opgedragen veranderingen aan te brengen in regelgeving. Nadat de beslissing van de NZa ongegrond werd verklaard en er een nieuwe beslissing gemaakt moest worden, resulteerden de wijzigingen aangebracht door de NZa ditmaal in een privacy opt-out regeling. Deze beslissing werd genomen in juni 2012. De regeling houdt in dat, wanneer een patiënt ernstige bezwaren heeft tegen de kenbaarheid van een gestelde diagnose op de declaratie, deze gebruik kan maken van de zogenaamde privacy opt-out regeling, een verklaring die zij moeten ondertekenen, waarna zorgverzekeraars toch verplicht zijn de geleverde zorg te vergoeden. Op basis van de opt-out regeling kan ook bezwaar worden gemaakt tegen het delen van de behandelinformatie met het informatiesysteem DIS, waarin alle registraties van behandelingen worden opgeslagen. Ook is de diagnosevermelding op de declaratie bij zelfbetalende patiënten, die de geleverde zorg niet via de zorgverzekeraars declareren maar dus zelf betalen, niet langer verplicht gesteld (De VrijePsych, 2013).

Hoewel de zorgprofessionals erg te spreken zijn over deze, na herhaaldelijke bezwaar- en rechtsprocedures, door de NZa in het leven geroepen mogelijkheid, wordt deze regeling volgens de professionals door de zorgverzekeraars niet geaccepteerd: *'Die regel functioneert buitengewoon slecht. In feite wordt die opt-outregeling door de ziektekostenverzekeraars gesaboteerd. In mijn praktijk is het tot nu toe maar één patient, en na herhaaldelijk schrijven en twee maanden lang aandringen, gelukt om uitbetaald te krijgen door de ziektekostenverzekeraar. De regel wordt in feite met voeten getreden'*. Hierover is momenteel dan ook een discussie gaande.

Ten aanzien van privacy wordt daarnaast door behandelaren ervaren dat zij onder druk worden gezet om informatie aan te leveren aan de zorgverzekeraars. Zo hebben behandelaren in de gesprekken aangegeven dat zij het niet de zaak van zorgverzekeraars vinden om te weten hoeveel van hun patiënten verzekerd zijn bij die specifieke zorgverzekeraar. Toch staat, in tegenstelling tot de wil van de zorgprofessionals, in contracten opgenomen dat de behandelaar of instelling moet melden wat het aandeel van patiënten is die verzekerd zijn bij de desbetreffende zorgverzekeraar.

Een ander punt dat speelt in de GGZ ten aanzien van de uitwisseling van gegevens, is dat sommige zorgprofessionals het idee hebben dat gegevens die geleverd worden aan de zorgverzekeraars, niet alleen gebruikt worden voor de doelen waarvoor ze afgegeven zijn, namelijk de controle op zorgdeclaratie en geleverde zorg. Zo beweren twee geïnterviewde zorgprofessionals dat er signalen zijn waaruit blijkt dat gegevens van cliënten door zorgverzekeraars gebruikt worden voor andere doeleinden dan waarvoor ze bedoeld zijn. Zo zouden verschillende takken binnen eenzelfde overkoepelende verzekeraar, bijvoorbeeld een zorgverzekeringstak en een verzuimtak, informatie met elkaar delen over cliënten, bijvoorbeeld als iemand bij een verzekeraar doorgeeft arbeidsongeschikt te zijn, dat er dan op basis van doorgesluisde gegevens gezegd kan worden: dat klopt niet, want dit komt niet overeen met de diagnose die bij u gesteld is. Ook kan gedacht worden aan dergelijke constructies met hypotheeken of levensverzekeringen. Het is een kwalijke zaak dat dergelijke informatie zonder medeweten en toestemming van patiënten gedeeld wordt.

9.3 Bezwaren tegen het DBC-systeem met het oog op contractonderhandelingen en tarieven

Volgens de zorgprofessionals speelt er nog een aantal andere problemen ten aanzien van het DBC-systeem. Bijvoorbeeld in het kader van de contractonderhandelingen met zorgverzekeraars. Ten eerste hebben de zorgverzekeraars vermoedelijk helemaal geen zin om daadwerkelijk te onderhandelen met de naar schatting 2.000 zelfstandig gevestigde behandelaren die in de GGZ werkzaam zijn. Dit betekent dat zij ofwel een standaardcontract opgestuurd krijgen, waarover formeel gezien wel een mogelijkheid is om te onderhandelen, maar in de praktijk niet, ofwel dat ze geen contract krijgen. Een gevolg van eerstgenoemde situatie is dat zorgprofessionals geen inspraak hebben in het contract dat dus eenzijdig wordt opgelegd. De zorgprofessionals geven aan zich 'afgeknepen' te voelen door de zorgverzekeraars. Een voorbeeld dat hierbij wordt gegeven is dat zorgverzekeraars van zelfstandig gevestigde behandelaren middels standaardcontracten eisen dat zij niet meer dan veertig uur werken. Dit sluit niet aan bij de werkpraktijk van een dergelijke behandelaar, omdat zij gewend zijn om gemiddeld 55 uur per week te werken. Hoewel zorgverzekeraars aangegeven dat het hen te doen is om kwaliteit en veiligheid, vermoeden de

behandelaren dat zorgverzekeraars hun kosten proberen te beperken. Zij zijn hier dan ook ontstemd over: *'Het is toch te gek voor woorden dat je als zelfstandige niet zelf mag bepalen hoeveel uur je werkt?'*. Bovendien voelen zorgprofessionals zich door middel van de contracten soms verplicht om zaken te ondertekenen waar ze het eigenlijk niet mee eens zijn: *'Nu schrijft zorgverzekeraar [...] in zijn contract dat een persoonlijkheidsstoornis n.a.o. (niet anders omschreven, red.) een subklinisch syndroom is. Of met andere woorden: dat het geen aandoening is die te behandelen is. Maar dat is complete flauwekul. Het is wel degelijk een aandoening, maar dat moet je dan ondertekenen, want dat staat in het contract. Take it or leave it'*. Middels dergelijke formuleringen in contracten proberen zorgverzekeraars af te dwingen dat behandelaren bepaalde behandelingen niet uitvoeren in hun behandelcentrum. Zorgprofessionals ervaren dit als een onterechte bemoeienis. Zij vinden dat zorgverzekeraars zonder inhoudelijke medische kennis op de stoel van medische professionals proberen te zitten. Vanwege dergelijke formuleringen weigeren sommige behandelaren deze contracten te ondertekenen. Een gevolg hiervan is echter dat het tarief dat zij voor hun geleverde werk krijgen, omlaag gaat.

Daarop aansluitend, speelt er een probleem ten aanzien van de tarieven die uitgekeerd worden aan behandelaren die ongecontracteerd zijn. Er is geen tarief voor ongecontracteerde zorgaanbieders opgesteld; er geldt slechts een afspraak dat zij naar redelijkheid betaald moeten krijgen. Dit komt er in de praktijk op neer dat sommige zorgverzekeraars maar vijftig of zestig procent van het maximumtarief dat gesteld is door de NZa (zie paragraaf 7.5 voor een uitwerking van dit begrip) aan willen bieden aan behandelaren, die hier op hun beurt erg op tegen zijn. Recentelijk is er zelfs een gerechtelijke uitspraak geweest, waarin is bepaald dat in de GGZ tenminste 75 procent van het tarief betaald moet worden, ook aan ongecontracteerde zorgaanbieders (zie: NRC, 2013). Desondanks houden verzekeraars zich hier volgens de zorgprofessionals niet aan en proberen sommige alsnog weg te komen met tarieven van zestig procent of zelfs lager. Ook in het geval van de contractvoorwaarden en polisvoorwaarden ten aanzien van 2014, waarover momenteel, althans met de zorginstellingen, druk onderhandeld wordt, staan in de nieuwe polisvoorwaarden van sommige zorgverzekeraars wederom tarieven lager dan 75 procent opgenomen voor ongecontracteerde zorgaanbieders. Dit betekent in de praktijk dat zorgprofessionals ofwel onderbetaald krijgen, ofwel dat patiënten die zorg hebben afgenomen bij ongecontracteerde aanbieders, het deel dat niet betaald wordt door de ziektekostenverzekeraars, zelf moeten vergoeden.

Hierop gebaseerde overwegingen liggen ook ten grondslag aan een onlangs verschenen nieuwsbericht (in: DVHN, 2013). Dit nieuwsbericht meldde namelijk dat een psycholoog, naast de normale tarieven, een extra bijdrage aan patiënten vroeg voor geleverde therapie. Deze bedragen inde hij zwart. Deze therapeut vond dat hij recht had op een hoger tarief dan hij betaald kreeg vanwege zijn ervaring van meer dan dertig jaar en zijn extra opleiding (hij was gespecialiseerd in

perso-psychotherapie) en stoorde zich aan de beperkte onderhandelingsruimte van de zorgverzekeraars. De extra bijdrage vond hij behoren tot een soort vrije marktwerking (DVHN, 2013).

Aan de andere kant vinden (sommige) zorgverzekeraars het onterecht dat zij ongecontracteerde zorg moeten vergoeden voor 75 procent van het tarief. Hierdoor kunnen zorgaanbieders die voor zorgverzekeraars onbekend zijn, en die zij dus blind moeten vertrouwen, aanzienlijke kosten declareren en hebben de zorgverzekeraars ook nog de plicht om deze instellingen te controleren in het kader van zorgfraude en oneigenlijk gebruik. Zij vrezen daarom voor onbeheersbare zorgkosten (NRC, 2013) en bovendien gelden er zonder contract ook geen voorwaarden en restricties voor zorgaanbieders. Zorgprofessionals brengen hier dan weer tegenin dat de zorgverzekeraars een aantal jaren geleden zelf geroepen hebben dat ze graag gebruik maken van nieuwe toetreders en zelfstandig gevestigde behandelaren (de grote GGZ-instellingen en afdelingen in ziekenhuizen hebben gewoonlijk wel contractafspraken), omdat zij de concurrentie zouden versterken en daarmee prijzen omlaag zouden kunnen drijven.

9.4 Bezwaren tegen het DBC-systeem met het oog op hoofdbehandelaarschap

Behalve het oneigenlijk gebruik dat door middel van onduidelijkheden rondom de term 'hoofdbehandelaar' kon plaatsvinden, is er meer aan de hand rondom deze term. Enerzijds vindt een deel van de zorgprofessionals dat de term voorbehouden zou moeten blijven aan een beperkt en select groepje van zorgprofessionals dat over kwalificaties beschikt die het mogelijk maken dat zij een diagnose kunnen stellen op basis van de DSM-IV, het classificatiesysteem waarop diagnoses in de DBC's gebaseerd zijn. Anderzijds vindt een andere groep zorgprofessionals, bijvoorbeeld psychotherapeuten, dat zij vanwege de aard van hun werkzaamheden, zoals specialistische diagnostiek en behandeling, niet onder doen voor andere specialisten in de geestelijke gezondheidszorg (zie: NVP, 2012: 4). Hieruit vloeit voort dat ook deze groep behandelaren wellicht geaccepteerd zou moeten worden als hoofdbehandelaar. Er zijn dus tegelijkertijd lobby's aan de gang voor een uitbreiding van het begrip als voor een versmalling ervan. Met name zorgverzekeraars pleiten voor een versmalling en vertegenwoordigende organisaties van specifieke beroepen, pleiten voor het toevoegen van hun beroepsgroep aan de lijst. Een gevolg van het niet accepteren van bepaalde groepen behandelaren, is niet alleen dat bepaalde groepen ontevreden zijn omdat ze niet op de lijst voorkomen en vanwege statusverlies, maar kan ook inhouden dat hun werk bemoeilijkt wordt doordat zij niet zelfstandig diagnoses mogen stellen en ook niet de hoofdverantwoordelijke mogen zijn bij het behandelen van een patiënt. In sommige gevallen betekent dat dat een groep behandelaren het beroep niet meer kan uitoefenen, bijvoorbeeld in het geval van zelfstandig gevestigden.

Een deel van de zorgprofessionals vindt het bovendien vreemd dat de minister recentelijk heeft aangekondigd dat per 1 januari 2014 negen verschillende typen behandelaren als hoofdbehandelaar mogen optreden (zie: Ministerie VWS, 2013a). Dat heeft tot gevolg dat ook een GGZ-verpleegkundige een diagnose mag stellen of hoofdverantwoordelijke mag zijn voor de gehele behandeling van een patiënt in de GGZ. Hierover wordt door de zorgprofessionals aangegeven dat zij dit ongehoord vinden, zeker als ze de situatie vergelijken met de medisch specialistische ziekenhuiszorg; daarin zou het niet kunnen dat een verpleegkundige (in plaats van een arts) bijvoorbeeld vaststelt dat iemands been gebroken is. Bovendien heeft de minister van VWS recentelijk ook nog laten weten dat er twee hoofdbehandelaren betrokken kunnen zijn bij het zorgtraject van een patiënt, namelijk één die verantwoordelijk is voor het stellen van de diagnose en één voor de behandeling (zie: Ministerie VWS, 2013a). De NZa geeft aan dat de betrokkenheid van twee hoofdbehandelaren bij het behandeltraject van eenzelfde patiënt mogelijk problematisch kan zijn met het oog op controle en toezicht, omdat er dan twee verantwoordelijken aan te wijzen zijn in plaats van één.

Zoals de voorgaande paragrafen al doen vermoeden, staan de zorgprofessionals niet al te positief tegenover het geïntroduceerde DBC-systeem. Dit wordt onderschreven door de veelheid aan bezwaar- en beroepsprocedures die tegen het systeem zijn gevoerd (zie kader 9.1), maar ook door de oprichting van allerlei belangengroepen die in het verleden hebben geprotesteerd tegen de invoering van het DBC-systeem en nu nog steeds hun bezwaren er tegen uiten, zoals 'De Koepel van DBC-Vrije Praktijken' (KDVP), 'De VrijePsych' en 'De GGZ laat zich horen'. Inmiddels hebben zich al meer dan 5000 leden aangemeld bij laatstgenoemde groep. Naast de algemene beschouwingen over het DBC-systeem in de voorgaande paragrafen, die vermoedelijk indirect een rol spelen bij zorgfraude en/of onjuiste zorgdeclaratie, wordt in de volgende paragrafen specifiek ingegaan op dit thema.

9.5 Het beeld dat door anderen van zorgfraude wordt geschetst

Het algemene beeld

Zoals vermeld in het vorige hoofdstuk, wordt er in de politiek en de media veelal bericht over de aanwezigheid van grootschalige en systematische fraude in de zorg in het algemeen en ook in de geestelijke gezondheidszorg. Een deel van de zorgprofessionals waarmee is gesproken in het kader van dit onderzoek geeft aan dit geschetste beeld onherkenbaar te vinden, terwijl een ander deel aangeeft dit beeld juist wel te herkennen. De eerstgenoemde groep geeft aan dat er sprake is van een onjuiste typering: *'Ik heb genoeg van het woord fraude, ik kots daar gewoon van, het is onterecht'*. Een enkeling ziet zelfs een proces dat in gang is gezet om medici opzettelijk negatief af te schilderen. *'Ik zie het gewoon als een onderdeel van een strijd en de overheid heeft er belang bij om*

artsen te deformeren, om ze in een hok te duwen, om ze te demoraliseren, om ze klein te krijgen en minder te betalen'. Hierbij sluit aan: 'De politiek heeft er belang bij om alles gelijk af te schilderen als fraude. Dus het gaat helemaal niet om of er echt gefraudeerd wordt of niet. Wij maken niet meer fouten dan andere beroepsgroepen, maar het wordt breed uitgemeten om op die manier een bepaald klimaat te creëren en dat dient ertoe om zaken door te drukken, zoals een dergelijk systeem van beheersing en controle.' In dit verband worden ook woorden als 'framing' en 'propaganda' gebruikt om uit te drukken wat er volgens sommige zorgprofessionals speelt.

Van degenen die het beeld wel herkenbaar vinden geeft het grootste deel aan dat er wel gefraudeerd wordt, maar dat dit slechts om incidenten gaat en dat hetgene dat fout gaat gewoon heel breed wordt uitgemeten: *'Ik ga niet ontkennen dat er incidenten zijn, maar dat zijn slechts incidenten, meer niet'*. Het beeld dat geschetst wordt wordt om die reden ervaren als overtrokken. Bijna alle zorgprofessionals die het geschetste beeld in de politiek en de media herkennen, geven aan dat er weliswaar onjuist gedeclareerd wordt, maar dat dit te wijten is aan de manier waarop het DBC-systeem in de GGZ is opgetuigd. Eén van de respondenten zegt hier het volgende over: *'Het geschetste beeld is helemaal waar. Maar in dat beeld wordt vaak naar een schuldige gezocht. Er wordt gesuggereerd dat zorgaanbieders fraudeurs zijn en dat is een interessante misvatting. Er zijn gewoon systemen opgetuigd die de mogelijkheid bieden om op bepaalde manieren geld te verdienen. En daarin is het normaal dat iedereen gaat zoeken naar zijn maximale omzet, dat is marktwerking. De weeffout zit dus in het systeem'*. Hierover lijken de meeste behandelaren het eens; het systeem lokt strategisch gedrag uit.

Vanuit het veld (in de gesprekken met de betrokken autoriteiten) wordt overigens ook aangegeven dat het beeld van grootschalige en systematische zorgfraude in de zorgsector weliswaar op werkelijke gevallen gebaseerd is, maar dat het probleem wellicht wel overtrokken wordt. Eén van de respondenten verwoordt dit als volgt: *'In de media wordt alles gezien als zorgfraude'*. Dit kan te maken hebben met de veronderstelling dat er in gevallen waar het mis gaat, altijd sprake zou zijn van kwade bedoelingen en opzet. Dat is lang niet altijd zo omdat er ook fouten worden gemaakt. Het beeld dat er wel een probleem zou zijn, maar dat het wellicht niet zo groot is als de media en politiek doen vermoeden, wordt echter niet door iedere betrokken actor herkend. De Orde van Medisch Specialisten vindt het geschetste beeld absoluut niet herkenbaar ten opzichte van de praktijk en geeft aan zelf niet bekend te zijn met ook maar een enkel geval van zorgfraude. De Orde geeft verder aan dat het beeld wel een erg vervelende situatie oplevert voor medisch specialisten in het algemeen: zij worden (ten onrechte, volgens de Orde) heel negatief neergezet en dat zou een lastige situatie opleveren voor de beroepsgroepen en de zorgsector als geheel. Hierbij aansluitend zegt een zorgprofessional: *'Het beeld dat geschetst wordt, dat professionals en de zorg niet te vertrouwen zijn, dat steekt heel erg'*.

Tarieven

Ten aanzien van de tarieven spelen er volgens enkele zorgprofessionals nog andere zaken, die te maken hebben met de beeldvorming over zorgprofessionals: *‘Er waren bepaalde ondersteunende beroepen bij de specialisten, bijvoorbeeld röntgenologen en labartsen. Daar was geen kostprijsonderzoek naar gedaan om hun kosten vast te stellen voor de DBC’s, maar daar is een wegingsfactor voor toegepast om de tarieven vast te stellen. Al snel bleken de inkomsten van specialisten de lucht in te schieten, want deze ondersteunende beroepen kregen veel minder dan de wegingsfactor, en het overschot ging naar de specialisten. Deze laatste groep heeft herhaaldelijk bij de minister van VWS (voormalig Minister Ab Klink) aangegeven dat de wegingsfactor niet juist was vastgesteld, maar de overheid wilde het niet veranderen. Het gevolg daarvan is dat er destijds een overschrijding heeft plaatsgevonden van 160 miljoen euro in de zorg. Dat was gewoon een fout van de minister. Het was een kleine moeite geweest om dit aan te passen, maar de overheid heeft niet correct gehandeld. Maar dankzij die overschrijding konden ze politieke druk uitoefenen. Ze hebben er gewoon belang bij gehad om die overschrijdingen zo hoog mogelijk op te laten lopen’.*

Hier wordt nog aan toegevoegd: *‘Het hele verhaal gaat niet om waarheidsvinding, maar het gaat om een politiek spel. Het fraudeverhaal is hetzelfde als drie of vier jaar geleden, toen stonden de krantenkoppen ook vol over fraude in de zorg, maar al die partijen die onderzoek hebben gedaan naar fraude in de zorg, konden niets bijzonders vinden. Er wordt natuurlijk gefraudeerd in de zorg, maar er zijn allerlei partijen die er belang bij hebben om dat zo slecht mogelijk voor te stellen.’*

9.6 Zorgfraude en ander onjuist gebruik

Strategisch tijdschrijven

Volgens de zorgprofessionals is het bedrijfsmatig gezien niet te doen om telkens aan het einde van een staffel te zitten (bijvoorbeeld 795 minuten), omdat er dan te weinig wordt verdiend om de zorginstelling of de zelfstandige praktijk draaiende te houden. Om die reden voelen ze zich in sommige gevallen genoodzaakt om iets meer tijd te registreren. *‘Het is een wangedrocht van een systeem. Als je namelijk kijkt naar wat je voor 805 minuten krijgt en voor 1795 minuten (dit valt binnen eenzelfde staffel, red.), dan zijn dat krankzinnige verschillen. Voor 1795 minuten werk kun je de schoorsteen niet rokende houden en als je dan ook nog eens bedenkt dat de tarieven twintig procent te laag zijn vastgesteld, en dat gaat met terugwerkende kracht tot 2008, dan betekent dat gewoon dat als je iedere keer net onder de grens blijft van de DBC, dan verdien je dus te weinig. Daar hoor je niemand over maar dat is wel de harde realiteit’.*

Daarnaast ervaren sommige zorgprofessionals het systeem met staffels als zo een grote prikkel, dat ze er niet omheen kunnen, bijvoorbeeld omdat ze het direct in hun portemonnee voelen. Deze

professionals zijn er van overtuigd dat iedereen dit zou doen, simpelweg omdat het systeem dit uitlokt. *'GGZ-behandelaren zijn allemaal hoogopgeleide mensen en veelal brave burgers die gewoon het beste voor de patiënt willen doen. Het zijn geen criminelen, maar de manier waarop dit systeem is opgezet, dat is gewoon belachelijk. Fraude vind ik echt een heel slecht woord hiervoor, dat vind ik niet kunnen. Er zijn gewoon stappen waarbij je met één minuut meer werk meer dan duizend euro verdient. Duizend euro! Maar daar mag je niet op letten, je moet net doen of het niet bestaat. Dat is toch krankzinnig? Dat heeft niets met een verkeerde ethiek te maken'*. Om die reden vinden ze het 'logisch' dat er met het systeem geknoeid wordt en vinden ze niet dat dit voor rekening van de behandelaren kan komen en dus niet valt onder de term 'zorgfraude'. *'Je bent wel gek wanneer je dus zeg maar op 775 minuten zit, om niet nog ergens eens een telefoontje te doen, of een briefje of een extra zitting, zodat je net over die grens van 800 minuten zit. Dan moeten ze maar een systeem maken dat gewoon letterlijk op de minuut werkt'*.

'Sidecoding': het stellen van een andere diagnose

Hoewel het stellen van een andere diagnose, door zorgverzekeraars vermoedelijk gezien wordt als zorgfraude, voelen de zorgprofessionals zich soms wel genoodzaakt dit te doen. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat een patiënt met een hulpvraag niet helemaal precies valt binnen één van de categorieën waarop de DBC's gebaseerd zijn. In die gevallen is het systeem te beperkt of te reductionistisch om er de werkelijkheid in te passen. Ook kan het voorkomen dat bepaalde zorg niet meer onder de basisverzekering valt en daardoor niet gedeclareerd kan worden, hoewel een patiënt wel hulp nodig heeft: *'Je komt hierdoor weleens in de knel te zitten. Ik heb gisteren nog iemand gezien met een IQ van 70. Nou, dan stel ik als hoofddiagnose 'zwakbegaafd'. En toen werd mij door de secretaresse in het team gezegd dat dat geen hoofddiagnose meer mag zijn. Maar die patiënt had wel allerlei klachten, die had hulp nodig en als professional ben je voor jezelf verplicht om die patiënt te helpen. Dus ja, wat doe je dan? Wat moet ik dan?'*. Zorgprofessionals hebben hierdoor het gevoel dat het systeem niet werkt zoals het zou moeten werken: *'Als je zegt: het probleem moet eerst in het boekje voorkomen voordat we er geld voor krijgen, dan vraag je er om. Je liegt op zich niet, want een relatiestoornis kan ook een depressie zijn of een persoonlijkheidsstoornis of een angststoornis, of wat anders. Dan ben je op zich niet aan het frauderen, maar je omzeilt alleen datgene wat een zorgverzekeraar meent te winnen. En dan wordt het een soort kat- en muisspel. Waarom doen mensen dat? Om hun boterham te kunnen blijven verdienen en mensen te helpen, want mensen hebben wel degelijk last. Je gaat niet naar een hulpverlener als je geen last hebt van een probleem'*. Zorgprofessionals vinden dan ook dat een aantal behandelingen ten onrechte uit de basisverzekerde zorg is gehaald. En over de manier waarop dat is gebeurd, zijn ze nog minder te spreken. Ze vinden namelijk dat dit te eenzijdig wordt beslist door de zorgverzekeraars.

Bovendien levert het ook allerlei problemen voor de bedrijfsvoering van instellingen op. Terwijl sommige instellingen er geen enkele moeite mee hebben om een andere declaratiecode te pakken, betekent het voor andere instellingen dat zij bepaalde werknemers op andere taken moeten gaan zetten. Dit heeft ook gevolgen voor bepaalde therapeuten. In het geval van relatietherapie, dat recentelijk uit het basisverzekerenpakket is geschrapt, zijn een heleboel relatietherapeuten in instellingen op andere taken gezet. Dit gaat dan weer ten koste van werkgelegenheid voor bijvoorbeeld psychologen, waardoor er minder arbeidsplekken beschikbaar zijn voor deze groep.

Andere foutieve prikkels

Volgens één van de geïnterviewden zitten er nog meer prikkels in het systeem die wellicht gedrag uitlokken dat niet de bedoeling kan zijn. Zo vertelt deze persoon dat er, geheel op basis van juiste declaratie met het DBC-systeem, een prikkel is ontstaan waarbij het loont om met meerdere behandelaren eenzelfde patiënt te behandelen.: *‘Wanneer je in het oude systeem een gesprek met een gezin voerde, en daar een behandelaar bijvroeg, dan werd je niet twee keer betaald. Je kon niet dezelfde afspraak twee keer declareren, dus dat werd ontmoedigd. Maar nu met het DBC-systeem wordt het juist aangemoedigd om met meerdere personen een patiënt te behandelen, want nu kun je de DBC twee keer vullen, door allebei tijd te schrijven. Dan wordt de DBC twee keer gevuld met dezelfde afspraak. Dat is een rare, zieke prikkel’.* Dit is geen kwestie van fraude, want er is door niemand gelogen bij de registratie van tijd. Er is geheel conform het systeem gedeclareerd. Er wordt echter wel optimaal gebruik gemaakt van de werking van het systeem.

Wat wordt door zorgprofessional gezien als zorgfraude?

De meningen ten aanzien van deze vraag lopen nogal uiteen. Terwijl ongeveer de helft van de behandelaren aangeeft dat strategisch tijdschrijven niet onder de term ‘fraude’ kan vallen omdat het systeem dit in de hand werkt, geeft de andere helft aan dit wel te zien als fraude. Zo geldt ook voor andere zaken die door verzekeraars gezien worden als onjuist gebruik of zorgfraude dat de zorgprofessionals onderling verdeeld zijn. Zo ook voor ‘sidecoding’. Dit kan worden gezien als fraude omdat er een andere diagnose wordt gesteld, anderzijds voelen sommige zorgprofessionals zich genoodzaakt om een andere diagnose te stellen omdat ze een patiënt anders niet kunnen helpen. Eén punt waarover de zorgprofessionals het allemaal eens zijn, is dat het declareren van dingen die je niet gedaan hebt zeker valt onder fraude. Ook lijkt er veel overeenstemming te bestaan over het criterium van ‘het belang van de patiënt’. Dat wil zeggen dat iets als fraude wordt gezien als het eigen financiële belang en niet meer het belang van de patiënt voorop gesteld wordt bij bijvoorbeeld de wijze waarop de diagnose gesteld wordt en de tijd die geschreven wordt. Eén van de respondenten zegt de mening van andere professionals een belangrijke indicator te vinden: *‘Ik*

persoonlijk vind dat het belang van de patiënt voorop staat, mits dat niet te zeer in strijd is met de financiële afweging die je ook hebt te maken. En binnen dat kader vind ik, wanneer het systeem zegt of iets wel of niet mag en jij vindt dat het anders ligt en je kunt het motiveren naar jezelf en naar collega professionals die inhoudelijk geschoold zijn, dat is voor mij een belangrijke toets'.

9.7 Hoe nu verder?

Er wordt veel kritiek geuit op het huidige bekostigingssysteem in de GGZ. Bij sommige zorgprofessionals klinkt dan ook een roep om op te houden met het DBC-systeem: *'Nu zitten we een beetje met de brokken van een ongeschikt systeem en is er zoveel geld in gestoken, dat het een soort Betuwelijn is geworden. Je kunt nu niet zomaar zeggen dat we er mee stoppen, want dan leiden heel veel mensen gezichtsverlies en dan is er heel veel kapitaalvernietiging. Maar er is veel voor te zeggen om niet door te gaan op deze weg'.* Ook klinken er kritische geluiden omdat er steeds meer geld wordt gebruikt voor de controle en handhaving van het DBC-systeem. Het DBC-systeem is immers in het leven geroepen om behalve de transparantie in de zorgsector te vergroten, ook kosten te beheersen en te besparen.

Dat roept de vraag op hoe zorgprofessionals het dan zelf geregeld willen zien hebben. Een aantal zorgprofessionals heeft een poging gedaan. Zo wordt er bijvoorbeeld geopperd dat er, in plaats van gebruik te maken van kwantitatieve benaderingen, veel meer gekeken zou kunnen worden naar procesmatige zaken, dus niet hoeveel minuten iemand is behandeld, wat het landelijke gemiddelde is per diagnose etc., maar veel meer naar welke processen resultaten opleveren, met andere woorden: een systeem op basis van procesmatige kwaliteitsbeoordelingen. Een goede stap in de richting zou daarbij zijn dat deze kwaliteitsnormen door patiënten en professionals bepaald worden, vanwege het punt dat kwaliteit nu kwaliteit is zoals deze wordt gedefinieerd door de zorgverzekeraars, terwijl deze worden gezien als een partij met niet genoeg medische deskundigheid om hierover een oordeel te vellen en bovendien met andere belangen dan de andere groepen in de zorgdriehoek.

Een ander idee dat werd voorgesteld is geïnspireerd op het boek 'Redefining Health Care', geschreven door Michael Porter (2006), waarin wordt uitgegaan van het principe dat toegevoegde waarde van behandelingen in de zorg niet gezien kunnen worden op individueel niveau, maar dat daar eigenlijk collectief naar gekeken zou moeten worden. Een begrip dat hierbij centraal staat, is de 'health outcome'. Dit wordt gezien als de oplossing voor het kunnen bepalen van de toegevoegde waarde van zorg. Bij deze 'health outcome' wordt gekeken naar wat de toegevoegde waarde is voor alle betrokken partijen, niet alleen de patiënten, maar ook de behandelaars, de zorgverzekeraars en eigenlijk alle partijen die betrokken zijn bij de financiering van de zorg (bijvoorbeeld ook de werkgevers die premies afdragen voor het zorgverzekeringsfonds). Er kan dan worden gekeken naar

wat het collectieve belang is van alle partijen, die gezamenlijk de beste 'health outcome' zou kunnen opleveren. Een voorbeeld van deze manier van denken wordt geïllustreerd door de mogelijkheid van de inzet van preventieve behandelingen in de GGZ, bijvoorbeeld op basis van 'vroegdetectie' en 'vroeginterventie'. Dit kan nu nog niet omdat zorgverzekeraars dan zeggen dat er geen sprake is van een zieke patiënt en er daarom geen declaratie mag plaatsvinden voor deze geleverde zorg bij de zorgverzekeraars. Dit is echter wel in het collectieve belang van alle partijen, omdat met preventieve maatregelen wellicht grotere zorgproblemen worden voorkomen, bijvoorbeeld dat iemand op latere leeftijd lang opgenomen moet worden. Het idee is dat dergelijke investeringen op de lange termijn zorgkosten aanzienlijk kunnen drukken. Bovendien kunnen zorgprofessionals zich dan bezighouden met de focus op wat zinvolle behandelingen zijn en zich daarin specialiseren.

Ook noemt een respondent het idee om patiënten een deel van de zorg zelf te laten betalen, zodat er enerzijds meer kostenbewustzijn is over wat de zorg nu kost en anderzijds ook zodat de behandelaren een directe consument-producent relatie krijgen met hun patiënten. Omdat zorgkosten nu vaak rechtstreeks vanuit de zorgverzekeraars worden vergoed lijkt het namelijk alsof deze zorg 'gratis' is. Wanneer zorgaanbieders dan ongeoorloofde dingen doen of zorg aanbieden waarover patiënten niet te spreken zijn, komen er naar alle waarschijnlijkheid eerder protesten hiertegen en gaan patiënten wellicht ook eerder naar een andere aanbieder. Hoewel er veel verschillende ideeën zijn over een juiste vormgeving van bekostiging in de GGZ, is er één ding waar alle zorgprofessionals het over eens zijn: de staffels in het tijdschrijven met de bijbehorende ruime marges moeten worden afgeschaft.

9.8 Kanttekeningen

Hoewel dit hoofdstuk de titel 'de visie van zorgprofessionals op declaratiegedrag dat geassocieerd wordt met de term zorgfraude' heeft gekregen, moet de kanttekening geplaatst worden dat dit de visie is van de zorgprofessionals waarmee is gesproken, en niet van zorgprofessionals in het algemeen. Er is namelijk gesproken met twaalf zorgprofessionals en dat is een te beperkte steekproef om representatief te zijn voor de beroepsgroep van alle GGZ-behandelaren. Met andere woorden blijven de bevindingen in dit hoofdstuk beperkt tot een verkenning van een aantal opvattingen die bij GGZ-behandelaren spelen. Om te achterhalen wat de visie van zorgprofessionals in het algemeen is, moet vervolgonderzoek gedaan worden, waarbij een grotere, representatieve steekproef wordt geraadpleegd. De bevindingen in dit hoofdstuk kunnen hiervoor mogelijk aanknopingspunten bieden.

9.9 Conclusies en analyse aan de hand van handelingsrationaliteiten

Uit dit hoofdstuk is gebleken dat er vanuit de zorgprofessionals die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg nogal wat bezwaren bestaan tegen werken met het DBC-systeem. Zo zou het systeem niet aansluiten bij de werkpraktijk, vanwege de diagnoses die opgenomen zijn in het DBC-systeem. Deze diagnoses zijn gebaseerd op de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (de DSM), wat volgens de professionals een classificatiesysteem aanreikt om psychische aandoeningen te rangschikken, maar niet geschikt is om diagnoses aan te ontleen. Bovendien vinden de professionals dat diagnoses niet zomaar gekoppeld kunnen worden aan behandelingen; wat voor de ene patiënt een geschikte behandeling en behandelduur is, is dat voor de andere nog niet. Er spelen allerlei andere factoren en omstandigheden mee in de geestelijke gezondheidszorg, die allemaal een effect hebben op de geschiktheid en gepastheid van behandelingen. Wat de zorgprofessionals daarnaast dwarszit is dat zij niet betrokken zijn geweest bij de opbouw van het systeem; dat het systeem een administratieve rompslomp oplevert; dat de tarieven waarop de DBC's gebaseerd zijn verkeerd zijn vastgesteld; dat het systeem aanvoelt als een verplichting; dat er tegenstrijdige belangen bestaan bij het registreren van kosten, namelijk dat behandelaren enerzijds de belangen van patiënten moeten behartigen en anderzijds die van zorgverzekeraars; dat er voor bepaalde behandelaren vanwege het systeem een ongelijke behandeling plaatsvindt ten opzichte van andere behandelaren binnen de geestelijke gezondheidszorg of ten opzichte van de lichamelijke ziekenhuiszorg; dat het systeem de eigen doelstellingen niet haalt; dat het systeem onzekerheid oplevert en dat er bovendien sprake is van onduidelijke wet- en regelgeving. Naast deze opsomming aan bezwaren, is er bovendien nog een belangrijker bezwaar tegen het systeem, namelijk dat het indruist tegen de privacy van de patiënt. De zorgprofessionals vinden dat de registraties met het DBC-systeem op te vatten zijn als een lek uit de spreekkamer, en dat het systeem daarom indruist tegen het medisch beroepsgeheim. Dit vinden zij een zeer kwalijke zaak en er heeft dan ook een groot aantal rechtszaken plaatsgevonden waarin behandelaren hun bezwaren tegen het DBC-systeem in het kader van privacy hebben geuit. Ook bestaan er nog bezwaren die te maken hebben met de term 'hoofdbehandelaar', waarover veel onduidelijkheid heerst. Dit is van belang omdat de zorgprofessionals vinden dat sommige handelingen voorbehouden zouden moeten zijn aan bepaalde behandelaren in de ggz, bijvoorbeeld psychiaters. Vanwege de onduidelijkheid over welke behandelaren wel of niet hoofdbehandelaar mochten zijn, konden in het verleden diagnoses gesteld worden en eigenstandig behandelingen uitgevoerd worden door personeel met een lager opleidingsniveau dan psychiaters, psychotherapeuten en GZ-psychologen.

Buiten de bezwaren die de professionals hebben tegen het DBC-systeem, spelen er ten aanzien van 'zorgfraude' nog een aantal dingen die de behandelaren dwarszit. Zij vinden dat het beeld in de

politiek en de media over zorgfraude gepleegd door onder andere hun beroepsgroep zwaar overtrokken wordt en dit zit hen behoorlijk dwars. Te meer omdat er allerlei maatregelen zijn en worden genomen die in de ogen van de ggz-professionals niet gepast en juist zijn. Ook heerst er een onterecht beeld van de verschillende vormen van fraude en de veronderstelling dat er door professionals uit het oogpunt van winstmaximalisatie gehandeld wordt. Volgens de artsen spelen er heel andere zaken, waar andere verklaringen achter schuil gaan.

Wanneer de bevindingen op basis van de vooraf opgestelde handelingstheorieën worden geanalyseerd, wordt dit duidelijker. Uit deze analyse zal namelijk blijken dat zorgprofessionals hele andere verklaringen geven voor hun declaratiegedrag dan de betrokken autoriteiten doen. De verklaringen die worden gegeven sluiten aan bij een aantal verschillende aangehaalde theorieën. Deze staan in het vervolg van deze paragraaf één voor één uitgewerkt.

Principaal-agenttheorie

Anders dan de betrokken autoriteiten beweren, spelen volgens de zorgprofessionals hele andere overwegingen een rol bij zorgdeclaratie dan de gerichtheid op winstmaximalisatie, zoals rationele keuze theorie beschrijft. Toch spelen overwegingen die aansluiten bij principaal-agenttheorie, een theorie die nauw aansluit bij rationele keuze theorie, wel een rol, echter niet vanwege winstgerichtheid, maar om heel andere redenen. De principaal-agenttheorie benadrukt dat beleidsuitvoerders (in dit geval zorgprofessionals) handelen op basis van belangen, die tegenstrijdig of zelfs tegengesteld zijn aan belangen van beleidsmakers (in dit geval het Ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit en ook de zorgverzekeraars). Deze belangen sluiten echter niet aan bij rationele keuze overwegingen (zoals de maximalisatie van eigenbelang en winstgerichtheid), maar hebben betrekking op andere zaken waar zorgprofessionals waarde aan hechten. Gedacht kan worden aan de belangen van patiënten. Dit speelt met name een rol bij 'sidecoding', het kiezen voor een andere diagnose dan de meest voor de hand liggende, omdat deze uit het basispakket is gehaald en daarom niet meer vergoed wordt. Dat dit tot gevolg heeft dat sommige patiënten niet meer behandeld kunnen worden, zorgt ervoor dat zorgprofessionals 'sidecoding' toepassen. Deze loyaliteit ten opzichte van patiënten wordt ook door theorieën over professionalisme benadrukt en speelt ook een rol bij het registreren van zorg op naam van andere patiënten; dit wordt hoofdzakelijk gedaan omdat de patiënt anders zelf moet opdraaien voor kosten, of nog erger in de ogen van de zorgprofessional: dat een patiënt niet meer behandeld kan worden. Patiëntenbelangen wegen voor zorgprofessionals nu eenmaal zwaarder dan het navolgen van regels.

Wanneer de theorieën van Lipsky (1980) en Wilson (1989) erbij worden genomen, is dit niet verwonderlijk. Zij hebben aangetoond dat er bij werknemers die direct service en diensten verlenen aan cliënten altijd een spanning heerst tussen de belangen van deze cliënten enerzijds en de

belangen van degenen die beleid maken anderzijds. Om die reden is het niet verwonderlijk dat de zorgprofessionals gestelde regels en procedures proberen te omzeilen waar mogelijk. Dit zijn routines die zij ontwikkeld hebben om ondanks de gestelde regels en procedures hun gewenste activiteiten te blijven uitvoeren op manieren die zij zelf geschikt achten (zie: Lipsky, 1980: 13).

In bepaald opzicht zijn professionals ook verplicht om patiëntenbelangen het zwaarst te laten wegen. Immers, professionals moeten te allen tijde overwegingen maken die er op gericht zijn dat patiënten optimaal behandeld worden, ongeacht of dit in overeenstemming is met regels of niet. Medische professionals moeten zich namelijk altijd kunnen verantwoorden voor hun daden (bijvoorbeeld ten opzichte van tuchtcolleges), zelfs als ze alles volgens de regels hebben gedaan. Dit kan ook inhouden dat ze moreel verplicht zijn dingen weigeren te doen. Het belang van de beroepsethiek van medische professionals is om die reden erg groot. Dit wordt onder andere geïllustreerd door het belang dat wordt gehecht aan de hippocratische eed die alle medici moeten afleggen en komt naar voren in de manier waarop zij omgaan met zorgdeclaratie. Met betrekking tot het DBC-systeem ervaren professionals soms een spanning tussen wat zij conform het systeem moeten doen en hun professionele ethiek. Dit sluit aan bij de verschillende verwachtingen die de staat enerzijds en die patiënten anderzijds hebben van zorgprofessionals. Cruess en Cruess (2008) beargumenteren met betrekking tot laatstgenoemde groep dat de gemeenschap medische professionals autonomie, de mogelijkheid van zelfregulering en een monopoliepositie toestaan op basis van hun kennis, in ruil voor de verwachting dat zorgprofessionals patiëntbelangen altijd boven het eigen belang zullen stellen en hun competenties demonstreren door middel van moraliteit en integriteit. Dit sociaal contract biedt de morele basis voor professioneel werk (Sullivan, 2005: 54, in Cruess & Cruess, 2008: 581). Het perspectief van de overheid staat hier haaks op, want de overheid verwacht van zorgprofessionals dat ze in overeenstemming met zorgsystemen, inclusief wet- en regelgeving, handelen, dat ze transparant zijn in besluitvorming en administratie, dat ze verantwoording afleggen over prestaties en productiviteit en kosteneffectiviteit (Cruess & Cruess, 2008: 585-586).

Bovendien zit het de zorgprofessionals ook behoorlijk dwars dat steeds meer vormen van zorg dreigen te verdwijnen uit het basisverzekerdenpakket en, wellicht nog belangrijker, dat deze besluiten worden genomen door beleidsmakers zonder medische deskundigheid en niet door professionals zelf. Zorgprofessionals weten deze besluiten te omzeilen door strategieën te hanteren die hen in staat stellen alsnog de gewenste behandelingen uit te voeren. Dat daar moeilijk tegen opgetreden kan worden door beleidsmakers sluit aan bij een ander punt dat benoemd wordt in de principaal-agenttheorie, namelijk dat beleidsbepalers niet in staat zijn om goede controle uit te oefenen op beleidsuitvoerders vanwege een informatie-assymetrie. Vanwege de afwezigheid van medische deskundigheid, zijn beleidsbepalers namelijk niet in staat om te oordelen over of een

diagnose wel of niet ten onrechte is toegekend aan een patient en kunnen ze ook geen inhoudelijke afwegingen maken over het nut en de noodzaak van behandelingen, of over hoe lang een patiënt doorbehandeld moet worden.

Gelegenheidstheorie

De gelegenheidstheorie biedt, vanuit de zorgprofessionals bezien, daarnaast ook een verklaring voor zorgfraude en/of andere onjuiste zorgdeclaratie, hoewel dit slechts opgaat voor één van de vormen van zorgdeclaratie die zijn onderscheiden (zie paragraaf 8.4 voor een overzicht). De theorie beschrijft dat criminaliteit afhankelijk is van drie factoren: de aanwezigheid van potentiële daders; de aanwezigheid van aantrekkelijke doelwitten en de afwezigheid van capabele toezichthouders en dat 'de gelegenheid de dief maakt'. In het geval van zorgdeclaratie biedt de theorie een verklaring voor het strategisch tijdschrijven. Bij deze vorm van zorgfraude en/of oneigenlijk gebruik wordt door de zorgprofessionals namelijk opgemerkt dat er zo een grote prikkel in het systeem zit ingebouwd, dat het onmogelijk is om die te negeren en er niet naar te handelen. Dat heeft volgens de professionals niets met een verkeerde ethiek te maken, maar met uitlokking door het systeem, waarin een stevige prikkel zit ingebakken die als een 'weeffout' moet worden geïnterpreteerd. Een dergelijke prikkel kan opgevat worden als een 'gelegenheid' die voorhanden is om onjuist te handelen.

Ook de theorie van Thaler en Sunstein (2009) biedt hier relevante inzichten; volgens deze theorie bepaalt de manier waarop systemen opgetuigd zijn voor een belangrijk deel hoe hier in de praktijk mee om wordt gegaan. De keuzearchitectuur is zo ingericht, dat het strategisch gedrag uitlokt. Dat gedrag is niet zozeer het gevolg van individuele keuzes gebaseerd op kwade bedoelingen, maar het zijn 'logische' keuzes die voortvloeien uit de inrichting van het systeem. Omdat het DBC-systeem is gebaseerd op tijdschrijven en op staffels waarbij het registreren van een extra minuut behandel tijd duizenden euro's extra inkomsten kan opleveren, is een perverse prikkel in het systeem ingebouwd, op basis waarvan vervolgens strategisch gehandeld wordt.

Aansluitend bij de gelegenheidstheorie, kunnen de behandelaren om zojuist vermelde redenen gezien worden als potentiële daders en de afwezigheid van capabele toezichthouders kan in brede zin geïnterpreteerd worden: zorgverzekeraars, maar ook patiënten, zijn slechts in beperkte mate in staat om controle uit te oefenen op het geleverde werk van zorgprofessionals en de kostendeclaratie die daarop volgt vanwege van hun beperkte inhoudelijke (medische) kennis. Om met name de controlemogelijkheden van patiënten te versterken, is er dan ook nieuw beleid aangekondigd waarbij er meer informatie moet komen te staan op de rekening aan patiënten. Ook is aangekondigd dat er extra inspecteurs komen om zorgfraude te bestrijden.

Normatief institutionele theorie

Een gebrek aan identificatie met de beleidsdoelen die gesteld zijn, sluit behalve bij principaal-agenttheorie ook aan bij eerder onderzoek dat gedaan is door Tummers en anderen (2009; 2010; 2011; 2012), waarin geconstateerd is dat zorgprofessionals in de GGZ negatief staan tegenover het DBC-systeem en niet erg bereid zijn om er mee te werken. Hieruit is naar voren gekomen dat zorgprofessionals vinden dat de doelstellingen waarvoor het systeem in het leven is geroepen niet worden gehaald; dat ze te weinig invloed hebben op het systeem; dat ze redelijk weinig autonomie in de uitvoering van het beleid ervaren en dat ze negatief zijn over de toegevoegde waarde van DBC's voor henzelf en voor hun patiënten. Door de auteurs wordt deze houding ten aanzien van het DBC-systeem aangeduid met de term 'beleidsvervreemding'. Dit principe ligt ook ten grondslag aan declaratiegedrag dat geassocieerd wordt met de term 'zorgfraude'. De besproken punten die door Tummers en anderen worden benoemd, komen namelijk ook terug in de gesprekken met de zorgprofessionals die in het kader van dit onderzoek hebben plaatsgevonden. De verschillende bezwaren die de zorgprofessionals hierin hebben geuit zijn namelijk: dat het systeem niet aansluit bij de praktijk; dat behandelaren niet betrokken zijn bij de opbouw van het systeem; dat het systeem administratieve rompslomp oplevert; dat tarieven waarop de DBC's zijn gebaseerd verkeerd zijn vastgesteld; dat het systeem aanvoelt als een verplichting; dat er op basis van het systeem een ongelijke behandeling plaatsvindt; dat het systeem de doelstellingen waarvoor het is opgericht niet haalt; dat er onduidelijke wet- en regelgeving is ten aanzien van het systeem en dat het systeem onzekerheid oplevert.

Dit sluit aan bij institutionele theorie, waartoe het onderzoek naar beleidsvervreemding ook wordt gerekend, omdat er wordt uitgegaan van vergelijkbare mechanismen die ten grondslag liggen aan het handelen van actoren. Institutionele theorieën verklaren het handelen van actoren namelijk op basis van de invloed van normen en waarden die instituties op het gedrag van individuen hebben. Anders dan rationele keuze theorie, gaan institutionele theorieën er vanuit dat individuen handelen op basis van andere normen en waarden dan persoonlijke (Peters, 2005: 1-2; 19). Het zijn juist waarden, routines, regels en normen die in bredere zin samen een 'logic of appropriateness' (een logica van passendheid) vormen en derhalve gezien worden als passend en correct (March & Olsen, 1989: 22-40). Deze logica sluit aan bij een bepaalde identiteit en op bepaalde situaties. Dit resulteert in gedragingen en gewoontes die typisch zijn voor individuen die werkzaam zijn in bepaalde typen organisaties (Berger en Luckman, 1967: 54, in Scott, 1987: 495) en waarvoor een bepaald type cultuur geldt. In het geval van behandelaren in de GGZ is dat een professionele cultuur.

De introductie van het DBC-bekostigingssysteem kan gezien worden als een maatregel die behoort tot een verzameling van maatregelen die marktwerkingsprincipes in de zorg moeten organiseren en die derhalve gericht zijn op waarden zoals efficiëntie en transparantie. Deze waarden

zijn niet eenvoudig te verenigen met het type organisatie waarin professionals werkzaam zijn of met professionele cultuur an sich, omdat daarin andere waarden belangrijk worden gevonden, zoals het belang van de patiënt, autonomie en de mogelijkheid tot zelfregulering en zelfsturing. Het is dan ook niet vreemd dat Tummers en anderen (2009; 2010; 2011; 2012) op basis van grootschalig onderzoek hebben aangetoond dat zorgprofessionals in de GGZ problemen hebben met het zich identificeren met beleidsprogramma's die zij moeten implementeren. Om diezelfde reden is het ook niet ondenkbaar dat zorgfraude en/of andere vormen van onjuiste zorgdeclaratie een uitvloeisel zijn van de spanning die is ontstaan tussen waarden die professionals belangrijk vinden en waarden die in het beleid dat zij moeten implementeren centraal staan. Omdat zorgprofessionals gewend zijn om relatief autonome beslissingen te nemen met weinig sturing van bovenaf, is het ook voor de hand liggend dat zij zich verzetten tegen allerlei vormen van beheersing en controle die effect hebben op de uitoefening van hun beroep zoals ze dat gewend waren te doen. Daarnaast zijn zorgprofessionals ook niet gewend om rekening te houden met financiële en politieke belangen en vinden ze deze dus ook minder belangrijk dan patiëntenbelangen. Dit wordt onder andere geïllustreerd door het hevige verzet dat is ontstaan in de vorm van bezwaarprocedures tegen het DBC-systeem omwille van de privacy van patiënten en om vergelijkbare redenen hebben zorgprofessionals wellicht ook andere opvattingen over wat wel en niet als zorgfraude wordt gezien. Tenslotte hebben de zorgprofessionals ook aangegeven dat zij zich soms genoodzaakt voelen zorg anders te registreren, omdat ze anders onderbetaald worden voor hun verrichtingen doordat er allerlei problemen zijn met het DBC-systeem ten aanzien van de tarieven waarop deze gebaseerd zijn. De zorgprofessionals voelen zich dan genoodzaakt om anders te declareren, omdat de organisatie waarin ze werken anders niet draaiende gehouden kan worden. Ook dit uitgangspunt sluit aan bij verklaringen die worden geboden door institutionele theorie.

Regelimplementatietheorie

Ook biedt de regelimplementatietheorie handvaten in het zoeken naar verklaringen voor het declaratiegedrag van zorgprofessionals, namelijk bij de administratieve fouten. Deze worden volgens de zorgprofessionals op grote schaal gemaakt, hoewel de zorgverzekeraars vermoedelijk menen dat een bepaald gedeelte hiervan niet als administratieve fout gezien moet worden, maar als zorgfraude. Hoe dan ook geven zorgprofessionals aan dat zij moeite hebben met het begrijpen van de wetten en regels, en dan met name de specifieke regels die gelden voor de administratie met DBC's en de betekenis en doorwerking daarvan in de dagelijkse werkpraktijk van de professional. Het steekt zorgprofessionals dan ook dat zij steevast worden beschuldigd van fraude, terwijl er heel veel onduidelijkheid heerst rondom het DBC-systeem. Temeer omdat de regels ook nog eens ieder jaar opnieuw worden aangepast. De wetten en regels rondom zorgdeclaraties door middel van DBC's

worden namelijk nog volop opgesteld en nader gedefinieerd. Dit draagt niet bij aan de helderheid, begrijpelijkheid en duidelijkheid omtrent deze regels. Het invoeren en laten werken van regels vergt enige tijd.

Buiten de moeite die zorgprofessionals aangeven te hebben met de implementatie van wet- en regelgeving in hun werkzaamheden, kunnen regels, zoals eerder vermeld in hoofdstuk 4, ook teveel ruimte openlaten waardoor er mazen ontstaan. In het kader van zorgfraude en/of onjuist declaratiegedrag, kan worden aangenomen dat hiervan sprake is. In de wet waarin staat opgenomen wat er verboden is met betrekking tot onjuiste declaratie, namelijk artikel 35 van de Wet Markordering Gezondheidszorg, worden niet alle vormen van zorgfraude en/of onjuiste zorgdeclaratie genoemd. Om die reden zijn deze niet vermelde vormen in feite niet strafbaar. Ook is er in sommige gestelde normen wellicht teveel ruimte gelaten. Een voorbeeld is de norm over hoofdbehandelaarschap, die inhoudt welke personen in de GGZ verantwoordelijk mogen zijn voor het stellen van de diagnose en mogen optreden als verantwoordelijk behandelaar. Hoewel verschillende voorvallen al duidelijk hebben gemaakt dat er ruimte is voor interpretatie, en er allerlei voornemens zijn uitgesproken ten aanzien van een verscherping van normen die hier betrekking op hebben, is er nog steeds geen nadere veldnorm over deze term ontwikkeld. Anderzijds is het lastig om voor alle zaken op voorhand protocollen op te stellen. Bijvoorbeeld ten aanzien van welke behandelingen nuttig en noodzakelijk worden geacht in het geval van bepaalde aandoeningen. Tenslotte spelen beperkingen in de handhaving van deze wetten en regels ook nog een rol, namelijk dat er, hoewel er ruime mogelijkheden voorhanden zijn om regels te handhaven, soms niet genoeg capaciteit beschikbaar is om elke vermeende vorm van zorgfraude te onderzoeken. Tevens kunnen andere obstakels hierbij in de weg staan (zie hiervoor paragraaf 8.6).

Handelingsrationaliteiten die geen verklaring bieden voor de visie van zorgprofessionals

Zoals vermeld worden rationale keuze overwegingen door de zorgprofessionals niet gezien als verklaringen voor declaratiegedrag dat geassocieerd wordt met de term 'zorgfraude'. Ditzelfde geldt ook nog voor andere op voorhand uitgewerkte handelingstheorieën. Hoewel er veel valt te verbeteren aan de inzet van de controlemogelijkheden die voorhanden zijn om zorgfraude aan te pakken (zie hoofdstuk 7), is de afwezigheid van controle (zowel beschreven in de gelegenheidstheorie als in de controletheorie) of een teveel aan controle (beschreven in de controletheorie) door zorgprofessionals namelijk niet genoemd als directe oorzaak van zorgfraude en/of andere onjuiste zorgdeclaratie.

Ook lijkt er in principe geen sprake te zijn van labeling (zoals beschreven in de labelingbenadering). Als hier wel sprake van zou zijn, zou dit inhouden dat er een discours over de aanwezigheid van zorgfraude is ontstaan terwijl het probleem in de praktijk helemaal niet bestaat.

Verskillende bevindingen in dit onderzoek onderschrijven dat er wel degelijk problemen aanwezig zijn met betrekking tot zorgdeclaratie in de geestelijke gezondheidszorg. Zorgprofessionals hebben echter wel het gevoel dat het beeld van zorgfraude overtrokken wordt in de politiek en de media. Sommige zorgprofessionals doen er nog een schep bovenop en vermoeden zelfs dat er politieke spelletjes gespeeld worden om de GGZ-behandelaren in een hoek te drukken en allerlei beleidsmaatregelen door te drukken. De geïnterviewde betrokken autoriteiten lijken het grotendeels ook eens met de constatering dat het beeld over zorgfraude overtrokken wordt, hoewel zij wel benadrukken dat er wel degelijk een probleem speelt ten aanzien van zorgfraude.

Overige overwegingen die een rol spelen

Er zijn echter nog wel andere overwegingen die een belangrijke rol spelen in het kader van zorgfraude en/of onjuiste zorgdeclaratie die op basis van de gesprekken met de zorgprofessionals kunnen worden onderscheiden. Andere verklaringen die ten grondslag liggen aan declaratiegedrag en die nog genoemd werden hebben te maken met werkverschaffing en het compenseren voor onderregistratie. Hoewel deze verklaringen gedeeltelijk geschaard kunnen worden onder noties uit de institutionele theorie, namelijk dat zorgprofessionals onjuist declareren omdat zij dit nodig achten om de kans van het overleven van de organisatie te vergroten, lijkt er ook nog sprake te zijn van een andere verklaring. De overwegingen zijn namelijk wellicht te plaatsen in het bredere kader van de tijd en omstandigheden waaronder deze plaatsvinden. Zo speelt de economische crisis, die sinds 2008 in Nederland van toepassing is, wellicht een rol. Zorgprofessionals geven aan dat zij niet alleen strategisch tijdschrijven omdat er een te sterke prikkel is ingebouwd in het systeem die niet te weerstaan is, maar ook om de organisatie te laten overleven en te compenseren voor onderregistratie. Zoals eerder vermeld beweren zorgprofessionals dat het bedrijfsmatig gezien 'niet te doen' is om telkens het werk te leveren waarbij ze aan het einde van een staffel zitten en het bijbehorende tarief betaald te krijgen, omdat er dan te weinig verdiend wordt om de kosten te evenaren. Bovendien vindt er volgens de professionals ook onderregistratie plaats, doordat behandelaren nog niet gewend zijn om daadwerkelijk *al* hun activiteiten te registreren en als gevolg van het feit dat ze tot voor kort nog niet afgerekend werden op registraties met het nieuwe DBC-systeem. Dit wordt overigens onderschreven door onderzoeken naar het verschil in inkomsten in de periode voor en na de invoering van het DBC-systeem.

Daarnaast spelen de economische crisis en de huidige omstandigheden in de samenleving ook in breder verband wellicht een rol. Volgens één van de behandelaren waarmee gesproken is, wordt de GGZ door zorgverzekeraars en beleidsmakers steevast verweten een 'black box' te zijn, waarover weinig inzichtelijkheid en transparantie verkregen kan worden, terwijl het eerder zo lijkt te zijn dat deze actoren de GGZ helemaal niet willen begrijpen, maar eerder willen beheersen en controleren.

Hierdoor vinden er verkrampde reacties plaats die er op zijn gericht nog meer te beheersen en nog meer te controleren, waardoor er steeds minder begrip wordt opgebracht voor de situatie waarin zorgprofessionals werken. Zorgprofessionals reageren daar vervolgens dan weer op met verkrampde reacties, waardoor er een soort neerwaartse spiraal ontstaat van steeds meer controle en beheersing en steeds meer opstand hiertegen doordat wetten en regels zoveel mogelijk omzeild worden. Dit wordt volgens de geïnterviewde geïllustreerd door de behandelingen die in toenemende mate uit het basisverzekeringspakket worden gehaald, ook als hier geen inhoudelijke redenen voor zijn. Zo vinden er momenteel bijvoorbeeld discussies plaats over het schrappen van de verslavingszorg uit het verzekeringspakket. Er wordt daarbij geredeneerd dat dit de 'eigen schuld' is van mensen en daarom worden er vraagtekens geplaatst bij wie er voor de kosten zou moeten opdraaien. Dat dit voor heel veel aandoeningen geldt (bijvoorbeeld longkanker naar aanleiding van roken of een gebroken been naar aanleiding van de wintersportvakantie), wordt daarbij niet in beschouwing genomen. Ook vinden er heroverwegingen plaats over dementiezorg. Er gaan stemmen op om dit uit de geestelijke gezondheidszorg te halen en onder te brengen in de ziekenhuizen, met als onderbouwing dat het hierbij om een somatische aandoening gaat (dat wil zeggen, een lichamelijke aandoening, in tegenstelling tot een 'psychische' aandoening). Ook dit argument is enigszins opmerkelijk te noemen, omdat ook dit principe voor heel veel andere aandoeningen in de GGZ geldt (van veel meer psychische aandoeningen kan gesteld worden dat deze naar aanleiding van een lichamelijke afwijking plaatsvinden, bijvoorbeeld de aanmaak van een bepaalde stof). Deze voorbeelden illustreren volgens zorgprofessionals dan ook dat er ten aanzien van deze zaken geen inhoudelijke keuzes worden gemaakt, maar keuzes die uitsluitend gebaseerd zijn op kostenbeheersing. Volgens de respondent die hierover sprak, moet een deel van de ophef rondom zorgfraude ook in dit verband worden gezien. Voorheen maakte bijvoorbeeld nooit iemand zich druk om de grote bonussen die bepaalde bestuurders kregen, ongeacht of ze goed werk hadden afgeleverd of niet, en nu wel. In tijden van crisis gelden andere normen, waaronder de noodzaak van kostenbeheersing, aldus de geïnterviewde.

Hoofdstuk 10

Conclusies en implicaties

Ten aanzien van de term zorgfraude kan opgemerkt worden dat er geen eenduidige definitie over aanwezig is waar overeenstemming over is bij de verschillende betrokken autoriteiten. Om die reden is het voor sommige vormen van vermeende zorgfraude niet mogelijk om een onderscheid te maken tussen zorgfraude en onjuist declaratiegedrag. Er zijn dan ook verschillende vormen van zorgfraude en/of onjuiste zorgdeclaratie te onderscheiden die ofwel expliciet in strijd zijn met geldende wetten en regels ofwel niet tegen gestelde wetten en regels indruisen, maar desondanks wel beschouwd worden als onjuist, bijvoorbeeld door zorgverzekeraars of andere betrokken autoriteiten. De categorie van onjuiste zorgdeclaratie waarbij geen expliciete wetten of regels zijn overtreden is met name relevant, omdat het in deze gevallen ontbreekt aan een wettelijk kader om er tegen op te treden. Onder deze categorie vallen bovendien ook vormen van onjuist gebruik zoals 'upcoding' en 'overdeclaratie'. Dit is opmerkelijk omdat deze strategieën vaak worden genoemd door betrokken autoriteiten en vermoedelijk worden gezien als de meest voor de hand liggende vormen van zorgfraude.

Uit dit onderzoek is daarnaast gebleken dat de betrokken autoriteiten en de zorgprofessionals van mening verschillen over welke handelingsrationaliteiten ten grondslag liggen aan declaratiegedrag dat geassocieerd wordt met de term 'zorgfraude'. Zo lijken de betrokken autoriteiten die zich bezighouden met het maken van beleid, met toezicht en handhaving en met de controle van zorgdeclaraties, ervan overtuigd dat zorgprofessionals zorg declareren op grond van overwegingen die aansluiten bij rationele keuze theorie. Dit houdt in dat zorgprofessionals zich laten leiden door overwegingen die gericht zijn op eigenbelang en het binnenhalen van zo groot mogelijke financiële inkomsten, in plaats van overwegingen die in het belang zijn van het collectief, zoals de beroepsgroep waartoe zij behoren of de maatschappij als geheel. Hierbij zouden zorgprofessionals kiezen voor behandelopties die hen de meeste financiële middelen opleveren en tegelijkertijd het minste (bijvoorbeeld aan geleverd werk) kosten.

Volgens de zorgprofessionals liggen er echter hele andere overwegingen ten grondslag aan hun declaratiegedrag. Zo spelen rationaliteiten die verklaard worden door principaal-agenttheorie onder andere een rol: zorgprofessionals handelen op basis van belangen die tegenstrijdig of zelfs tegengesteld zijn aan het belang van beleidsmakers. Deze belangen sluiten echter niet aan bij rationele keuze overwegingen (zoals de maximalisatie van eigenbelang en winstgerichtheid), maar hebben betrekking op andere zaken waar professionals waarde aan hechten, zoals belangen van patiënten, die voor professionals zwaarder wegen dan financiële belangen of het navolgen van regels. Daarnaast biedt normatief institutionele theorie verklaringen. Deze houden in dat de zorgprofessionals negatief staan tegenover het DBC-systeem en niet erg bereid zijn om er mee te werken. Er worden dan ook veel bezwaren en kritische noten geuit ten aanzien van het systeem (bijvoorbeeld in de vorm van bezwaar- en beroepsprocedures). Deze bezwaren sluiten aan bij eerder onderzoek dat uitgevoerd is door Tummers en anderen (2009; 2010; 2011; 2012), waarin werd geconstateerd dat er naar aanleiding van de introductie van het DBC-systeem onder zorgprofessionals in de GGZ 'beleidsvervreemding' optrad: een gebrek aan identificatie met het DBC-systeem en een gebrek aan bereidheid om het systeem te implementeren. Deze beleidsvervreemding treedt vermoedelijk op omdat de introductie van het DBC-bekostigingssysteem gezien kan worden als een maatregel die behoort tot een verzameling van maatregelen die marktwerkingsprincipes in de zorg moeten organiseren en die gericht zijn op waarden zoals efficiëntie en transparantie. Deze waarden zijn niet eenvoudig te verenigen met de professionele cultuur die voor zorgprofessionals leidend is, omdat daarin andere waarden belangrijk worden gevonden, zoals het belang van de patiënt op de eerste plaats, autonomie en de mogelijkheid tot zelfregulering en zelfsturing. Het is dan ook niet ondenkbaar dat zorgfraude en/of andere vormen van onjuiste zorgdeclaratie een uitvloeisel zijn van de spanning die is ontstaan tussen waarden die professionals belangrijk vinden en waarden die in het beleid dat zij moeten implementeren centraal

staan. Ook bieden overwegingen die beschreven worden in de gelegenheidstheorie een verklaring voor een bepaalde vorm van zorgfraude of onjuist gebruik (namelijk strategisch tijdschrijven): volgens de professionals zit er zo een sterke prikkel in het systeem ingebouwd om strategisch te handelen, dat het onmogelijk is om die te negeren. Deze prikkel moet volgens de zorgprofessionals geïnterpreteerd worden als een weeffout in het systeem die bepaald gedag uitlokt, terwijl er in feite geen sprake is van een verkeerde ethiek onder de medische professionals. Tenslotte kunnen bepaalde vormen van onjuiste zorgdeclaratie (bijvoorbeeld administratieve fouten) het best verklaard worden door regelimplementatietheorie: de regels rondom het declaratiesysteem zijn niet altijd even helder, duidelijk en begrijpelijk, en bovendien worden de regels ieder jaar nog veranderd.

Buiten de overwegingen die verklaard kunnen worden door de handelingstheorieën die op voorhand zijn uitgewerkt, spelen echter ook andere overwegingen een rol bij zorgfraude en/of onjuiste zorgdeclaratie. Zo handelen zorgprofessionals soms om zichzelf werk te verschaffen of declareren ze kosten zodat de organisatie waarin zij werken financieel het hoofd boven water kan houden. Hieruit blijkt dat de bredere context waarin het zorgdeclaratiesysteem is ingebed, namelijk een samenleving waarin momenteel sprake is van economische krapte en er zelfs gesproken kan worden over een economische crisis, ook van belang is. Hierop aansluitend vermoeden de zorgprofessionals dat er om diezelfde reden door zorgverzekeraars, beleidsmakers en handhavers krampachtig wordt gereageerd. Dat uit zich volgens hen in het willen beheersen en controleren van de zorgprofessionals, die op hun beurt ervaren dat er steeds minder begrip voor hen wordt opgebracht en daardoor reageren door wetten en regels waar mogelijk te omzeilen. Een andere opvallendheid ten aanzien van de verschillende vormen van zorgfraude en/of onjuiste zorgdeclaratie is dat, in tegenstelling tot de zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit, niet alle onderscheiden vormen door zorgprofessionals gezien worden als fraude of onjuiste zorgdeclaratie.

Ook speelt ten aanzien van het vraagstuk rondom zorgfraude mee dat er vanuit de kant van de beleidsbepalers, handhavers en controleurs (te weten het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Nederlandse Zorgautoriteit en de zorgverzekeraars) gezien een aantal zaken is die de aanpak van zorgfraude en/of onjuist gebruik bemoeilijken. Zo functioneert het zorgstelsel niet als een optimale markt vanwege allerlei regelingen zoals de acceptatieplicht (het niet mogen weigeren van cliënten bij het verstrekken van een zorgverzekering), de risicoverevening (waaruit zorgverzekeraars ex post en ex ante gecompenseerd worden voor cliënten die hoge zorgkosten maken) en de zorgplicht (de plicht om voldoende zorg in te kopen voor alle verzekerden) van zorgverzekeraars. Bovendien hebben zorgverzekeraars een informatieachterstand op zorgaanbieders als het aankomt op het kunnen inschatten van het nut en de noodzaak van geleverde zorg en willen behandelaars zo min mogelijk informatie met ze delen omwille van de privacy van hun patiënten. Ook bestaat er juist in de geestelijke gezondheidszorg om te beginnen al een geringe mate van

transparantie in de behandelingen, worden er veelal containerbegrippen gebruikt als diagnoses en is het erg lastig om zorgfraude überhaupt aan te tonen. Bovendien zijn er ook prikkels in het systeem te ontdekken die zorgverzekeraars kunnen aanzetten om fraude juist niet op te sporen en te voorkomen. Deze zaken bemoeilijken de wettelijke taak van zorgverzekeraars om zorgdeclaraties te controleren en daarmee de aanpak van zorgfraude.

Vanuit de zorgprofessionals gezien geldt dat er anderzijds ook zaken zijn die hun werk bemoeilijken. Eén van de belangrijkste daarvan is dat het DBC-systeem niet aansluit op hun werkpraktijk. Dit heeft in grote mate te maken met de componenten waaruit het DBC-systeem bestaat, waaronder de diagnose. De diagnoses waarop de DBC's gebaseerd zijn, zijn namelijk afgeleid van de zogenaamde *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, een internationaal gebruikt classificatiesysteem dat wordt gebruikt om verschillende psychische aandoeningen van elkaar te onderscheiden, te definiëren en vergelijkbare aandoeningen enigszins te groeperen. Volgens de zorgprofessionals is dit handboek niet bedoeld om diagnoses aan te ontleen en is het DBC-systeem daarom niet geschikt voor de geestelijke gezondheidszorg. In veel gevallen is het voor de GGZ bovendien de vraag in hoeverre zorg rondom een centraal gestelde diagnose georganiseerd kan worden, omdat de diagnose niet in alle gevallen iets zegt over het meest geschikte behandeltraject en de gepaste duur daarvan. Verder geven zorgprofessionals aan dat ze niet in staat zijn om, zoals van hen verlangd wordt, met alle zorgverzekeraars contractonderhandelingen te voeren, vinden ze dat zorgprofessionals te weinig betrokken zijn bij de opbouw van het DBC-systeem en zijn ze van mening dat er een aantal zaken in het DBC-systeem zit waardoor GGZ-zorgprofessionals ongelijk behandeld worden ten opzichte van andere zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg of ten opzichte van medische professionals in de somatische zorg. Dit laatste past volgens de professionals in een ontwikkeling van stigmatisering van GGZ-behandelaren, die historisch gezien al aanwezig is, maar waar men in het heden nog steeds last van ondervindt. Om deze redenen wordt het werken met de DBC's beschouwd als problematisch. Verder hekelen zorgprofessionals het DBC-systeem omdat het grote financiële onzekerheid met zich meebrengt, een administratieve last vormt en vinden ze dat het systeem de eigen doelstellingen niet haalt en eigenlijk alleen maar meer kosten met zich meebrengt doordat er veel financiële middelen ingezet moeten worden om de controle en de aanpak van onjuiste zorgdeclaraties uit te voeren. Een ander belangrijk bezwaar tegen het systeem is, zoals eerder vermeld, gericht op privacy van patiënten. Sommige zorgprofessionals vinden het bezwaarlijk dat er digitale registraties en gedetailleerde informatie doorgestuurd moet worden aan zorgverzekeraars. Deze informatie is veelal te herleiden tot individuele patiënten, waardoor zorgprofessionals het idee hebben dat hun beroepsgeheim overboord wordt gegooid.

De problemen die ten aanzien van zorgfraude en andere onjuiste zorgdeclaratie spelen in de zorgsector, moeten worden gezien vanuit een bredere discussie die al jarenlang speelt over oplopende zorgkosten. Volgens minister Edith Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn huishoudens in Nederland nu al een kwart van hun inkomsten kwijt aan zorgkosten, en wordt dat als we niet oppassen alleen maar meer (in een uitzending van televisieprogramma *Pauw & Witteman*, uitgezonden op 14 oktober 2013). Deze discussie schept een maatschappelijke verplichting om goed om te gaan met financiële middelen in de gezondheidszorg, en zo ook in de geestelijke gezondheidszorg. Volgens de minister zorgen niet alleen de patiënten voor hoger oplopende zorgkosten, maar worden door zorgprofessionals ook vaak onzinnige behandelingen uitgevoerd. Zij roept zorgprofessionals dan ook op om kritisch te kijken naar hoe zinnig geleverde zorg nog is voor bepaalde patiënten (te denken valt bijvoorbeeld aan hele dure behandelingen die de levensduur van patiënten slechts marginaal verlengen), en, nog belangrijker, om naast de afweging van medische noodzakelijkheid, ook een kostenafweging te maken.

Vanuit de beleidsbepalers, handhavers en controleurs gezien is het dan ook niet vreemd dat er een nadruk wordt gelegd op kostenbeheersing en controle, op het moment dat er zich (vermoedelijk) ongeoorloofde zaken afspelen ten aanzien van zorgdeclaratie. Zoals uit dit onderzoek is gebleken, kan er met betrekking tot het beleid nog een aantal zaken verbeterd worden. Er is immers gebleken dat er wel degelijk gevallen voorkomen waarin op ongeoorloofde wijze omgegaan wordt met het systeem, hoewel over de omvang hiervan nog geen zinnige uitspraken gedaan kunnen worden. Hieruit blijkt echter wel dat zorgfraude als een reële bedreiging gezien moet worden voor de manier waarop de bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg georganiseerd is. Een aantal maatregelen en middelen die nu al kunnen worden ingezet bij de aanpak van zorgfraude kan wellicht verbeterd worden. Zo worden nog niet alle mogelijkheden voor de aanpak van zorgfraude momenteel benut. Ook kan er meer aandacht besteed worden aan de vormen van zorgfraude en ander onjuiste zorgdeclaratie waarbij geen expliciet geldende wetten en regels worden overtreden. De betekenis van dit onderscheid is namelijk van belang om verschillende redenen. Allereerst is het relevant om te weten welke vormen van zorgfraude tot deze laatstgenoemde categorie behoren omdat deze wellicht nog een groter obstakel voor de aanpak van zorgfraude vormen dan de vormen waarbij expliciete wetten en regels worden overtreden. Hiervoor bestaat namelijk geen wettelijke basis om ertegen op te treden. Om deze in te perken, moet er dus nagedacht worden over ofwel het stellen van nadere regels, ofwel over andere manieren waarop deze aangepakt of ingeperkt kunnen worden. Gedacht kan worden aan preventieve maatregelen waardoor dit gedrag wordt bemoeilijkt of onmogelijk wordt, of stimulering van gedrag dat hieraan tegengesteld is.

Wat daarnaast nog relevant is voor beleidsmakers, handhavers en controleurs, is de notie dat zorgprofessionals, in tegenstelling tot de eerstgenoemde partijen, niet alle vormen van zorgfraude

en/of onjuiste zorgdeclaratie als zodanig beschouwen. Bij veel van deze opgenoemde vormen spelen volgens de zorgprofessionals namelijk andere overwegingen mee dan winstbejag, zoals patiëntenbelangen, de aanwezigheid van een niet af te wenden prikkel om meer tijd te schrijven of de noodzaak om financieel gezien het hoofd boven water te kunnen houden in tijden van economische krapte. Het is van belang voor genoemde partijen om hier rekening mee te houden, omdat dit bepalend kan zijn voor het nut en de noodzaak van de maatregelen die in het kader van de inperking van zorgfraude zijn genomen of in de nabije toekomst zullen worden genomen. Het is namelijk de vraag of de organisatie van steeds meer controle- en beheersingsmogelijkheden de oplossing brengt voor overmatige declaratie wanneer er bijvoorbeeld overwegingen achter zitten die inhouden dat het voor de zorginstelling of zorgprofessional noodzakelijk is om meer kosten te declareren om de organisatie financieel gezien gezond te kunnen houden, om te compenseren voor onderregistratie of omdat zorgprofessionals behandelingen toch willen uitvoeren omdat ze patiënten niet de rug toe willen keren. Het is daarom raadzaam om voorgenomen nieuw beleid nader te bekijken in het licht van de bevindingen in dit onderzoek.

Zo is bijvoorbeeld aangekondigd dat er meer informatie op de rekening wordt geplaatst en dat de rekeningen bovendien beschikbaar moeten worden gemaakt voor patiënten. Dit lijkt in beginsel een goede ontwikkeling omdat zo op een relatief goedkope manier meer controle en toezicht wordt georganiseerd. Het beschikbaar maken van de rekening voor patiënten wil echter nog niet zeggen dat zij deze daadwerkelijk gaan controleren, omdat hiermee niet is bepaald dat zorgaanbieders, maar ook zorgverzekeraars, actief rekeningen moeten opsturen naar de patiënten. Ze hoeven slechts beschikbaar te zijn. Dat kan ook inhouden dat ze beschikbaar moeten zijn op aanvraag of slechts in te zien zijn wanneer de patiënt actief op zoek gaat naar deze rekeningen. Bovendien kunnen de extra gegevens op de rekening verwarrend zijn voor patiënten, bijvoorbeeld wanneer een behandelaar op basis van een overleg met collega's ook de indirecte tijd van deze collega's administreert en de patiënt geen idee heeft wie de behandelaren zijn die hij terugziet op de rekening. Een ander, wellicht fundamenteeler, punt dat het overwegen waard is in het kader van deze rekeningen, is dat er stil gestaan moet worden bij de mogelijke gevolgen van een nauwkeurigere administratie van gegevens voor de privacy van behandelaren. Zo is het mogelijk dat de codes die verstrekt dienen te worden en in digitale systemen terechtkomen voor anderen dan betrokkenen herleidbaar zijn. Wat voor problemen dat met zich meebrengt is lastig te voorspellen. Om die reden is het aan te bevelen dat er zorgvuldige overwegingen plaatsvinden in het kader van privacy. Nog een ander punt waarover nagedacht zou kunnen worden door beleidsbepalers, heeft betrekking op de aangekondigde zorgvraagzwaarte-indicator die een rol moet gaan spelen bij het controleren van de noodzaak van behandelingen ten opzichte van de ernst van een aandoening. Het instellen van een dergelijke indicator kan op zichzelf allerlei nieuwe vormen van onjuiste zorgdeclaratie met zich meebrengen.

Immers: ook met het oog op het bepalen van hoe zwaar de aandoening van een patiënt op voorhand is, kan er onjuist gehandeld worden. Ook is nog niet duidelijk welke personen in de GGZ deze zorgvraagzwaarte-indicator mogen gaan stellen. Deze onduidelijkheid levert vermoedelijk nieuwe stof op voor het debat over hoofdbehandelaarschap dat nu al op grond van allerlei andere zaken gevoerd wordt in de GGZ. Tenslotte zou er nog nadere aandacht besteed kunnen worden aan de werking van allerlei mogelijkheden die al bestaan om zorgfraude en ander onjuist gebruik aan te pakken. Zo valt er wellicht nog veel te winnen bij de inzet van deze mogelijkheden, omdat is gebleken dat er nog niet vaak gebruik wordt gemaakt van het scala aan beschikbare maatregelen. Bovendien zou er nagedacht kunnen worden over de mogelijkheid van het creëren van een positieve prikkel bij zorgverzekeraars om fraude op te sporen. Nu kost het ze veel meer geld dan het ze oplevert om hun controles goed te organiseren. Als het ze meer zou opleveren om fraude te constateren, zouden ze er wellicht beter in zijn.

Vanuit de zorgprofessionals bezien zijn er anderzijds heel wat kanttekeningen te plaatsen bij het beeld dat van zorgfraude leeft onder de betrokken autoriteiten, maar ook in de media en de politiek. In dat opzicht zijn in dit onderzoek zaken naar voren gekomen die opgevat kunnen worden als een nuancering van dit beeld. Het probleem zit ingewikkelder in elkaar dan op voorhand wordt vermoed als deze berichtgeving moet worden geloofd en er spelen soms hele andere zaken een rol dan slechts het winstbejag van zorgprofessionals, zoals in de media en de politiek stevast gesuggereerd wordt. Dit brengt verregaande implicaties met zich mee, omdat er aan de hand van dit beeld allerlei maatregelen zijn en worden ingevoerd die een effect hebben op zaken die voor professionals van belang zijn, zoals professionele autonomie, beslissingsvrijheid en de mogelijkheid om als vakgroep zelfsturend, zelfregulerend en zelfcontrolerend te zijn. Deze zaken zitten diep verankerd in de cultuur van professionals en bepalen of professionals hun werk goed kunnen doen. Zoals aangehaald in hoofdstuk 3 (zie figuur 3.1), zijn er namelijk verschillende elementen die hier invloed op hebben.

Met de introductie van marktprincipes in de zorg, waartoe het DBC-systeem gerekend kan worden, wordt de professionele autonomie van zorgprofessionals ingeperkt, doordat er van buitenaf steeds meer wordt gestuurd op de werkzaamheden van deze beroepsbeoefenaren. Dit beperkt zich niet alleen tot maatregelen met betrekking tot kostenbeheersing, maar ook inhoudelijk vindt er bemoeienis van beleidsmakers en andere actoren plaats met het werk dat medische professionals doen, bijvoorbeeld bij het bepalen van wat wel en niet meer onder verzekerde zorg valt, maar ook doordat er bijvoorbeeld 'red lists' worden opgesteld door zorgverzekeraars waaruit kan worden opgemaakt welke behandelingen volgens hen wel en niet geoorloofd zijn en derhalve wel of niet meer gedeclareerd mogen worden. Deze zaken kunnen allemaal een negatief effect hebben op de manier waarop zorgprofessionals hun werk uitvoeren, en ook een effect hebben op de manier

waarop kosten worden gedeclareerd. Tegengesteld aan de bedoeling van de introductie van de maatregelen die in het voorgaande zijn genoemd, kan er daarom juist een averechts effect optreden.

Een gevolg van een inperking van elementen die door professionals belangrijk worden gevonden kan zijn dat zorgprofessionals steeds meer vervreemd raken van hun werk, omdat zij hun werk het beste kunnen doen als bepaalde voorwaarden gecreëerd zijn. Omdat het werk van zorgprofessionals zeer belangrijk en betekenisvol is voor de maatschappij als geheel vanwege de gerichtheid op mensen (en niet zozeer op goederen of producten) is dit een kwalijke zaak. Goed werk wordt namelijk juist gestimuleerd door erkenning, ruimte en vertrouwen en niet door argwaan en verdenking. In dat opzicht kunnen de ontwikkelingen die plaatsvinden in de GGZ in Nederland in het kader van zorgfraude en onjuist gebruik opgevat worden als ontwikkelingen die bij professionals frustratie opwekken over overmatige bureaucratisering, ongunstige effecten van marktwerking en ondermijning van vakmanschap, samengevat in de term 'beroepszeer' (zie: Van den Brink, Jansen & Pessers, 2005). Dat dit effect kan hebben op de zin en het plezier dat zorgprofessionals hebben in hun werk behoeft geen nadere toelichting. Bovendien is de mogelijkheid om op basis van beroepsethiek naar eer en geweten te kunnen handelen een van de belangrijkste pijlers die ten grondslag liggen aan het werk van zorgprofessionals. Het is van belang dat medische professionals zich altijd kunnen verantwoorden voor hun daden (bijvoorbeeld ten opzichte van tuchtcolleges), zelfs als ze alles volgens de regels hebben gedaan. Dit kan ook inhouden dat ze moreel verplicht zijn dingen weigeren te doen, ook wanneer ze dit door middel van regels opgelegd krijgen. Om die reden zouden beleidsmakers en handhavers terughoudend moeten zijn met inmenging in de manier waarop zorgprofessionals hun werk zouden moeten doen. Om zorgprofessionals genoeg ruimte te geven om hun werk goed te laten uitvoeren en om een hoge mate van kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg te kunnen blijven garanderen, kan het daarom relevant zijn voor beleidsmakers om na te denken over eventuele heroverwegingen of aanpassingen van beslissingen die momenteel plaatsvinden in het kader van de aanpak van zorgfraude en onjuiste zorgdeclaratie die lijnrecht indruisen tegen hetgeen zorgprofessionals belangrijk vinden.

Deze bevindingen sluiten aan bij een betoog van Van der Burg (2009) waarin wordt gesteld dat de regulerende staat en professionals twee fundamenteel verschillende perspectieven hebben op de professionele praktijk. De staat is met name geïnteresseerd in de output van professioneel werk en is derhalve gericht op kwantitatieve maatstaven op basis waarvan regels worden gesteld, terwijl professionals met name gericht zijn op kwalitatieve maatstaven en aspiraties die te maken hebben met de werkpraktijk. Deze verschillende perspectieven zijn van invloed op opvattingen over hoe professionals aangestuurd zouden moeten worden: ofwel op basis van regulering (door de staat), ofwel op basis van zelfregulering (door de professionals). Het gevolg van de verschillen in perspectieven is dat professionals overheidsregulering ervaren als een last, en die daarom proberen

te negeren en te ontduiken (Van der Burg, 2009: 179-181). Allison en Zelikow (1999: 143-175) voegen hier aan toe dat de visie van actoren in sterke mate verbonden is met de organisaties waarvoor zij werken en dat gedragspatronen om die reden gestandaardiseerd zijn. In dat opzicht geldt het principe 'where you sit is where you stand'. Hiervoor bestaat volgens Van der Burg (2009: 181) geen eenvoudige oplossing, omdat de twee perspectieven onvergelykbaar zijn. Echter, goed begrip voor elkaars tegengestelde perspectieven kan wel een middel zijn om de spanningen ertussen te verzachten. De spanning tussen deze twee perspectieven vormt een rode draad in het onderwerp zorgfraude. Vanwege deze 'tweespalt' in visies en belangen, kan er zelfs gesproken worden over twee werelden rondom het thema zorgfraude die voor te stellen zijn als de twee zijden van een muntstuk, namelijk: 'de kop' (de wereld van de zorgprofessionals die zich onbegrensd bezig willen houden met de psychische problemen van de mens) en 'de munt' (de wereld van de beleidsmakers, handhavers en controleurs die zich hard maken voor de beheersing van financiële middelen).

Samenvatting

Naar aanleiding van de introductie van een nieuw declaratiesysteem voor zorgkosten gebaseerd op zogenaamde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in de ziekenhuiszorg in 2005 en in de geestelijke gezondheidszorg in 2008, is er in de politiek en de media een beeld ontstaan dat inhoudt dat er sprake is van grootschalige en systematische fraude met dit bekostigingssysteem, veelal gepleegd door behandelaren. In de geestelijke gezondheidszorg, het specifieke onderzoeksobject van deze scriptie, heeft er dan ook een aantal incidenten plaatsgevonden, die breed uitgemeten zijn in de media. Ook verschenen er geregeld berichten over de vermeende omvang van zorgfraude; er vonden verschillende schattingen plaats van het bedrag dat onjuist gedeclareerd zou worden, variërend van zeven miljoen tot vier miljard euro. Omdat er nog veel onduidelijkheid rondom de aard van deze vermeende zorgfraude heerst, en er bovendien een lacune bestond in de kennis over de manier waarop behandelaren hier zelf tegenaan kijken, heeft dit onderzoek zich gericht op een tweeledige vraag, namelijk: *Welke problemen gaan er schuil achter de term 'zorgfraude' en welke handelingsrationaliteiten liggen ten grondslag aan het declaratiegedrag van zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg dat geassocieerd wordt met deze term, enerzijds volgens betrokken autoriteiten en anderzijds volgens de zorgprofessionals zelf?* Door middel van interviews met personen die werkzaam zijn bij organisaties die kennis hebben opgedaan over het declaratiesysteem dat in de geestelijke gezondheidszorg geldt en (de aanpak van) zorgfraude enerzijds en focusgroepen

en interviews met zorgprofessionals die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg anderzijds is gepoogd een antwoord te vinden op deze centrale vraagstelling.

Ten aanzien van de term zorgfraude kan opgemerkt worden dat er geen eenduidige definitie over aanwezig is waar overeenstemming over is bij de verschillende betrokken autoriteiten. Om die reden is het voor sommige vormen van vermeende zorgfraude niet mogelijk om een onderscheid te maken tussen zorgfraude en onjuist declaratiegedrag. Er zijn dan ook verschillende vormen van zorgfraude en/of onjuiste zorgdeclaratie te onderscheiden die ofwel expliciet in strijd zijn met geldende wetten en regels ofwel niet tegen gestelde wetten en regels indruisen, maar desondanks wel beschouwd worden als onjuist, bijvoorbeeld door zorgverzekeraars of andere betrokken autoriteiten. De categorie van onjuiste zorgdeclaratie waarbij geen expliciete wetten of regels zijn overtreden is met name relevant, omdat het in deze gevallen ontbreekt aan een wettelijk kader om er tegen op te treden. Onder deze categorie vallen bovendien ook vormen van onjuist gebruik zoals 'upcoding' en 'overdeclaratie'. Dit is opmerkelijk omdat deze strategieën vaak worden genoemd door betrokken autoriteiten en vermoedelijk worden gezien als de meest voor de hand liggende vormen van zorgfraude.

Aan de hand van een vooraf opgesteld theoretisch kader gebaseerd op verschillende handelingstheorieën, te weten: rationele keuze theorie, principaal-agenttheorie, gelegenheidstheorie, normatief institutionele theorie, controletheorie, de labelingbenadering en regelimplementatietheorie, zijn deze en andere empirische bevindingen geanalyseerd. Hieruit is gebleken dat de betrokken autoriteiten en de zorgprofessionals van mening verschillen over welke handelingsrationaliteiten ten grondslag liggen aan het declaratiegedrag. Zo lijken de betrokken autoriteiten die zich bezighouden met het maken van beleid, met toezicht en handhaving en met de controle van zorgdeclaraties, ervan overtuigd dat zorgprofessionals zorg declareren op grond van overwegingen die aansluiten bij rationele keuze theorie. Dit houdt in dat zorgprofessionals zich laten leiden door overwegingen die gericht zijn op eigenbelang en het binnenhalen van zo groot mogelijke financiële inkomsten, in plaats van overwegingen die in het belang zijn van het collectief, zoals de beroepsgroep waartoe zij behoren of de maatschappij als geheel. Hierbij zouden zorgprofessionals kiezen voor behandelopties die hen de meeste financiële middelen opleveren en tegelijkertijd het minste (bijvoorbeeld aan geleverd werk) kosten.

Volgens de zorgprofessionals liggen er echter hele andere overwegingen ten grondslag aan hun declaratiegedrag. Zo spelen rationaliteiten die verklaard worden door principaal-agenttheorie onder andere een rol: zorgprofessionals handelen op basis van belangen die tegenstrijdig of zelfs tegengesteld zijn aan het belang van beleidsmakers. Deze belangen sluiten echter niet aan bij rationele keuze overwegingen (zoals de maximalisatie van eigenbelang en winstgerichtheid), maar hebben betrekking op andere zaken waar professionals waarde aan hechten, zoals belangen van

patiënten, die voor professionals zwaarder wegen dan financiële belangen of het navolgen van regels. Daarnaast biedt insitutionele theorie verklaringen. Deze houden in dat de zorgprofessionals negatief staan tegenover het DBC-systeem en niet erg bereid zijn om er mee te werken. Er worden dan ook veel bezwaren en kritische noten geuit ten aanzien van het systeem (bijvoorbeeld in de vorm van bezwaar- en beroepsprocedures). Deze bezwaren sluiten aan bij eerder onderzoek dat uitgevoerd is door Tummers en anderen (2009; 2010; 2011; 2012), waarin werd geconstateerd dat er naar aanleiding van de introductie van het DBC-systeem onder zorgprofessionals in de GGZ 'beleidsvervreemding' optrad: een gebrek aan identificatie met het DBC-systeem en een gebrek aan bereidheid om het systeem te implementeren. Deze beleidsvervreemding treedt vermoedelijk op omdat de introductie van het DBC-bekostigingssysteem gezien kan worden als een maatregel die behoort tot een verzameling van maatregelen die marktwerkingsprincipes in de zorg moeten organiseren en die gericht zijn op waarden zoals efficiëntie en transparantie. Deze waarden zijn niet eenvoudig te verenigen met de professionele cultuur die voor zorgprofessionals leidend is, omdat daarin andere waarden belangrijk worden gevonden, zoals het belang van de patiënt op de eerste plaats, autonomie en de mogelijkheid tot zelfregulering en zelfsturing. Het is dan ook niet ondenkbaar dat zorgfraude en/of andere vormen van onjuiste zorgdeclaratie een uitvloeisel zijn van de spanning die is ontstaan tussen waarden die professionals belangrijk vinden en waarden die in het beleid dat zij moeten implementeren centraal staan. Ook bieden overwegingen die beschreven worden in de gelegenheidstheorie een verklaring voor een bepaalde vorm van zorgfraude of onjuist gebruik (namelijk strategisch tijdschrijven): volgens de professionals zit er zo een sterke prikkel in het systeem ingebouwd om strategisch te handelen, dat het onmogelijk is om die te negeren. Deze prikkel moet volgens de zorgprofessionals geïnterpreteerd worden als een weeffout in het systeem die bepaald gedag uitlokt, terwijl er in feite geen sprake is van een verkeerde ethiek onder de medische professionals. Tenslotte kunnen bepaalde vormen van onjuiste zorgdeclaratie (bijvoorbeeld administratieve fouten) het best verklaard worden door regelimplementatietheorie: de regels rondom het declaratiesysteem zijn niet altijd even helder, duidelijk en begrijpelijk, en bovendien worden de regels ieder jaar nog veranderd.

Buiten de overwegingen die verklaard kunnen worden door de handelingstheorieën die op voorhand zijn uitgewerkt, spelen echter ook andere overwegingen een rol bij zorgfraude en/of onjuiste zorgdeclaratie. Zo handelen zorgprofessionals soms om zichzelf werk te verschaffen of declareren ze kosten zodat de organisatie waarin zij werken financieel het hoofd boven water kan houden. Hieruit blijkt dat de bredere context waarin het zorgdeclaratiesysteem is ingebed, namelijk een samenleving waarin momenteel sprake is van economische krapte en er zelfs gesproken kan worden over een economische crisis, ook van belang is. Hierop aansluitend vermoeden de zorgprofessionals dat er om diezelfde reden door zorgverzekeraars, beleidsmakers en handhavers

krampachtig wordt gereageerd. Dat uit zich volgens hen in het willen beheersen en controleren van de zorgprofessionals, die op hun beurt ervaren dat er steeds minder begrip voor hen wordt opgebracht en daardoor reageren door wetten en regels waar mogelijk te omzeilen. Een andere opvallendheid ten aanzien van de verschillende vormen van zorgfraude en/of onjuiste zorgdeclaratie is dat, in tegenstelling tot de zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit, niet alle onderscheiden vormen door zorgprofessionals gezien worden als fraude of onjuiste zorgdeclaratie.

Ook speelt ten aanzien van het vraagstuk rondom zorgfraude mee dat er vanuit de kant van de beleidsbepalers, handhavers en controleurs (te weten het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Nederlandse Zorgautoriteit en de zorgverzekeraars) gezien een aantal zaken is die de aanpak van zorgfraude en/of onjuist gebruik bemoeilijken. Zo functioneert het zorgstelsel niet als een optimale markt vanwege allerlei regelingen zoals de acceptatieplicht (het niet mogen weigeren van cliënten bij het verstrekken van een zorgverzekering), de risicoverevening (waaruit zorgverzekeraars ex post en ex ante gecompenseerd worden voor cliënten die hoge zorgkosten maken) en de zorgplicht (de plicht om voldoende zorg in te kopen voor alle verzekerden) van zorgverzekeraars. Bovendien hebben zorgverzekeraars een informatieachterstand op zorgaanbieders als het aankomt op het kunnen inschatten van het nut en de noodzaak van geleverde zorg en willen behandelaren zo min mogelijk informatie met ze delen omwille van de privacy van hun patiënten. Ook bestaat er juist in de geestelijke gezondheidszorg om te beginnen al een geringe mate van transparantie in de behandelingen, worden er veelal containerbegrippen gebruikt als diagnoses en is het erg lastig om zorgfraude überhaupt aan te tonen. Bovendien zijn er ook prikkels in het systeem te ontdekken die zorgverzekeraars kunnen aanzetten om fraude juist niet op te sporen en te voorkomen. Deze zaken bemoeilijken de wettelijke taak van zorgverzekeraars om zorgdeclaraties te controleren en daarmee de aanpak van zorgfraude.

Vanuit de zorgprofessionals gezien geldt dat er anderzijds ook zaken zijn die hun werk bemoeilijken. Eén van de belangrijkste daarvan is dat het DBC-systeem niet aansluit op hun werkpraktijk. Dit heeft in grote mate te maken met de componenten waaruit het DBC-systeem bestaat, waaronder de diagnose. De diagnoses waarop de DBC's gebaseerd zijn, zijn namelijk afgeleid van de zogenaamde *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, een internationaal gebruikt classificatiesysteem dat wordt gebruikt om verschillende psychische aandoeningen van elkaar te onderscheiden, te definiëren en vergelijkbare aandoeningen enigszins te groeperen. Volgens de zorgprofessionals is dit handboek niet bedoeld om diagnoses aan te ontleen en is het DBC-systeem daarom niet geschikt voor de geestelijke gezondheidszorg. In veel gevallen is het voor de GGZ bovendien de vraag in hoeverre zorg rondom een centraal gestelde diagnose georganiseerd kan worden, omdat de diagnose niet in alle gevallen iets zegt over het meest geschikte behandeltraject en de gepaste duur daarvan. Verder geven zorgprofessionals aan dat ze niet in staat

zijn om, zoals van hen verlangd wordt, met alle zorgverzekeraars contractonderhandelingen te voeren, vinden ze dat zorgprofessionals te weinig betrokken zijn bij de opbouw van het DBC-systeem en zijn ze van mening dat er een aantal zaken in het DBC-systeem zit waardoor GGZ-zorgprofessionals ongelijk behandeld worden ten opzichte van andere zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg of ten opzichte van medische professionals in de somatische zorg. Dit laatste past volgens de professionals in een ontwikkeling van stigmatisering van GGZ-behandelaren, die historisch gezien al aanwezig is, maar waar men in het heden nog steeds last van ondervindt. Om deze redenen wordt het werken met de DBC's beschouwd als problematisch. Verder hekelen zorgprofessionals het DBC-systeem omdat het grote financiële onzekerheid met zich meebrengt, een administratieve last vormt en vinden ze dat het systeem de eigen doelstellingen niet haalt en eigenlijk alleen maar meer kosten met zich meebrengt doordat er veel financiële middelen ingezet moeten worden om de controle en de aanpak van onjuiste zorgdeclaraties uit te voeren. Een ander belangrijk bezwaar tegen het systeem is, zoals eerder vermeld, gericht op privacy van patiënten. Sommige zorgprofessionals vinden het bezwaarlijk dat er digitale registraties en gedetailleerde informatie doorgestuurd moet worden aan zorgverzekeraars. Deze informatie is veelal te herleiden tot individuele patiënten, waardoor zorgprofessionals het idee hebben dat hun beroepsgeheim overboord wordt gegooid.

De problemen die ten aanzien van zorgfraude en andere onjuiste zorgdeclaratie spelen in de zorgsector, moeten worden gezien vanuit een bredere discussie die al jarenlang speelt over oplopende zorgkosten. Deze discussie schept een maatschappelijke verplichting om goed om te gaan met financiële middelen in de gezondheidszorg, en zo ook in de geestelijke gezondheidszorg. Vanuit de beleidsbepalers, handhavers en controleurs gezien is het dan ook niet vreemd dat er een nadruk wordt gelegd op kostenbeheersing en controle, op het moment dat er zich (vermoedelijk) ongeoorloofde zaken afspelen ten aanzien van zorgdeclaratie. Ten aanzien hiervan, is gebleken dat er wel degelijk gevallen voorkomen waarin op ongeoorloofde wijze omgegaan wordt met het systeem, hoewel over de omvang hiervan nog geen zinnige uitspraken gedaan kunnen worden. Hieruit blijkt echter wel dat zorgfraude als een reële bedreiging gezien moet worden voor de manier waarop de bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg georganiseerd is.

Vanuit de zorgprofessionals gezien, kunnen er echter een aantal kanttekeningen geplaatst worden bij het beeld dat van zorgfraude leeft onder de betrokken autoriteiten. Bij veel van deze opgenoemde vormen spelen volgens de zorgprofessionals namelijk andere overwegingen mee dan winstbejag, zoals patiëntenbelangen, de aanwezigheid van een niet af te wenden prikkel om meer tijd te schrijven of de noodzaak om financieel gezien het hoofd boven water te kunnen houden in tijden van economische krapte. Het is van belang voor genoemde partijen om hier rekening mee te houden, omdat dit bepalend kan zijn voor het nut en de noodzaak van de maatregelen die in het

kader van de inperking van zorgfraude zijn genomen of in de nabije toekomst zullen worden genomen. Het is namelijk de vraag of de organisatie van steeds meer controle- en beheersingsmogelijkheden de oplossing brengt voor overmatige declaratie wanneer er bijvoorbeeld overwegingen achter zitten die inhouden dat het voor de zorginstelling of zorgprofessional noodzakelijk is om meer kosten te declareren om de organisatie financieel gezien gezond te kunnen houden, om te compenseren voor onderregistratie of omdat zorgprofessionals behandelingen toch willen uitvoeren omdat ze patiënten niet de rug toe willen keren. Het is daarom raadzaam om voorgenomen nieuw beleid nader te bekijken in het licht van de bevindingen in dit onderzoek.

Op basis van het beeld van zorgfraude dat bij de betrokken autoriteiten leeft, zijn namelijk allerlei maatregelen ingevoerd die een effect hebben op zaken die voor professionals van belang zijn, zoals professionele autonomie, beslissingsvrijheid en de mogelijkheid om als vakgroep zelfsturend, zelfregulerend en zelfcontroleerend te zijn. Deze zaken zitten diep verankerd in de cultuur van professionals en bepalen of professionals hun werk goed kunnen doen. Met de introductie van marktprincipes in de zorg, waartoe het DBC-systeem gerekend kan worden, worden dit soort zaken ingeperkt, doordat er van buitenaf steeds meer wordt gestuurd op de werkzaamheden van professionals. Een gevolg hiervan kan zijn dat zorgprofessionals steeds meer vervreemd raken van hun werk. Omdat het werk van zorgprofessionals zeer belangrijk en betekenisvol is voor de maatschappij als geheel vanwege de gerichtheid op mensen (en niet zozeer op goederen of producten) is dit een kwalijke zaak.

Deze bevindingen onderschrijven dat er twee verschillende perspectieven bestaan op het thema zorgfraude, namelijk die van de betrokken autoriteiten en die van de professionals. De autoriteiten zijn met name geïnteresseerd in de output van professioneel werk en baseren opgestelde regels op kwantitatieve maatstaven, terwijl professionals met name gericht zijn op kwalitatieve maatstaven en aspiraties die te maken hebben met de werkpraktijk. Deze verschillende perspectieven zijn van invloed op opvattingen over hoe professionals aangestuurd zouden moeten worden: ofwel op basis van regulering (door de staat), ofwel op basis van zelfregulering (door de professionals). Het gevolg van de verschillen in perspectieven is dat professionals overheidsregulering ervaren als een last, en die daarom proberen te negeren en te ontduiken (Van der Burg, 2009: 179-181). Hiervoor bestaat volgens Van der Burg (2009: 181) geen eenvoudige oplossing, omdat de perspectieven onvergelijkbaar zijn. Echter, goed begrip voor elkaars tegengestelde perspectieven kan wel een middel zijn om de spanningen ertussen te verzachten. De spanning tussen deze twee perspectieven vormt een rode draad in het onderwerp zorgfraude. Vanwege deze 'tweespalt' in visies en belangen, kan er zelfs gesproken worden over twee werelden rondom het thema zorgfraude.

Referenties

- Allison, G. & Zelikow, P. (1999). *Essence of decision: explaining the Cuban Missile Crisis*. New York: Longman.
- Alt, J.E. & Alesina, A (1996). Political economy: an overview. In: Goodin, R.E. & Klingemann, H.D. (Eds.). *A new handbook of political science*. Oxford: Oxford University Press.
- ANP. (2012, 5 juni). Homotherapie niet meer vergoed door zorgverzekeraars. Nieuwsbericht. In: *Trouw*. Geraadpleegd op 20 oktober 2013 via <http://www.trouw.nl/tr/nl/4716/Christendom/article/detail/3266176/2012/06/05/Homotherapie-niet-meer-vergoed-door-zorgverzekeraars.dhtml>.
- ANP. (2013a, 7 maart). *Zorgfraude beter aangepakt*. Nieuwsbericht. Geraadpleegd op 8 maart 2013, via: <http://www.nu.nl/economie/3362072/zorgfraude-beter-aangepakt.html>.
- ANP. (2013b, 10 april). *Kamer wil steviger aanpak zorgfraude*. Nieuwsbericht. Geraadpleegd op 16 april 2013, via: <http://medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/nieuwsbericht/130797/kamer-wil-steviger-aanpak-zorgfraude.htm>.
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M. & Van der Meer-Middelburg, J. (2007). *Basisboek interviewen: Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Bakker, W., & Waarden, F. van. (1999). *Ruimte rond regels. Stijlen van regulering en beleidsuitvoering vergeleken*. Amsterdam: Boom.
- Barendsen, L., Csikszentmihalyi, M., Damon, W., Davis, K., Fischman, W., Gardner, H., James, C., Knoop, H.H., Nakamura, J., Verducci, S. (2011). *The Good Work Project: an overview*. Cambridge: the Good Work Project.
- Berg, R. van den (2006). DBC's onbruikbaar in psychiatrie. In: *Medisch contact*, 61(12), pp. 488-490.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Boeije, H. (2010). *Analysis in qualitative research*. London: Sage.
- Boetig, B.P. (2006). The routine activity theory. A model for addressing specific crime issues. In: *FBI Law Enforcement Bulletin*, 75 (6), pp. 12-19.
- Boon, P. & Steenhorst, R. (2013, 13 mei). Onthutsende fraude ziekenhuizen. Nieuwsbericht in: *De Telegraaf*. Geraadpleegd op 16 oktober 2013 via http://www.telegraaf.nl/binnenland/21558862/_Onthutsende_fraude_ziekenhuizen_.html.
- Bouverne - de Bie, M., Kloock, K. Meyvis, W. Roose, R. & Vanacker, J. (2002). *Handboek forensisch welzijnswerk*. Gent: Academia Press.
- Bovens, M.A.P. 't Hart, P. & Twist, M.J.W. van (2007). *Openbaar bestuur. Beleid, organisatie en politiek*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.

- Brink, G.J.M. van den., Jansen, M., Soeparman, S., Hulst, M. van. & Gestel, N.M. van. (2010). *Professionaliteit, professionalisering en de re-integratiesector: een systematische review van inzichten*. Tilburg: TSPB.
- Brink, G.J.M. van den., Pessers, D. & Jansen, M. (2005). *Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt*. Boom: Amsterdam.
- Bruinsma, J. & Uffelen, X. van (2001, 28 februari). Aan de wachtlijsten komt niemand toe. Nieuwsbericht. In: *De Volkskrant*. Geraadpleegd op 11 oktober 2013 via <http://www.volkskrant.nl/vk/nl/2844/Archief/archief/article/detail/588176/2001/02/28/Aan-de-wachtlijsten-komt-niemand-toe.dhtml>.
- Buchanan, A. & Bhugra, D. (1992). Attitudes of the medical profession to psychiatry. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, pp. 1-5.
- Buitenhof. (2013, 3 maart). *Medisch specialisten onder vuur*. Televisie-uitzending VPRO.
- Burg, W. van der. (2009). De regulering van professionals: twee botsende perspectieven. In: Jansen, T., Brink, G.J.M. van den & Kole, J. (Red.). *Beroepstrots: een ongekende kracht*. Amsterdam: Boom.
- Cameron, K. & Quinn, R.E. (2006). *Diagnosing and changing organizational culture*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Canoy, M. (2013). *Zorgsysteem lokt overproductie uit*. Opiniërend stuk. Geraadpleegd op 19 juni 2013 via: <http://www.artsennet.nl/opinie/Gastblogs/Marcel-Canoy/Blogbericht-Marcel-Canoy/132624/Zorgsysteem-lokt-overproductie-uit.htm>.
- Clarke, R.V. & Felson, M. (1993). *Routine activity and rational choice*. New Brunswick/New Jersey: Transaction Publishers.
- CMC. (Compliance Methodology Consultants). (2001). *Reden tot zorg. Fout- en fraudegevoeligheid bij zorgverzekeraars*. Rapportage Zorgverzekeraars Nederland.
- Cohen, L.E. & Felson, M. (1979). Social change and crime rate trends: a routine activity approach. In: *American Sociological Review*, 44, pp. 588-605.
- Cruess, S.R. & Cruess, R.L. (2000). *Professionalism: a contract between medicine and society*. Commentaire. Montreal: McGill University, Centre for Medical Education.
- Cruess, R.L. & Cruess, S.R. (2008). Expectations and Obligations; Professionalism and Medicine's Social Contract with Society. In: *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4), pp. 579-598.
- Creuss, R.L, Cruess, S.R. & Johnston, S.E. (2000). Professionalism: an ideal to be sustained. In: *Lancet*, 356, 156-159.
- DBC Onderhoud. (2011). *Codelijst diagnoses*. Geraadpleegd op 12 juni 2013 via: http://www.dbconderhoud.nl/index.php?option=com_mijosearch&view=search&query=codelijst%20diagnose&Itemid=324&lang=nl.

- DBC Onderhoud. (2013a). *Over de DBC Systematiek*. Website. Geraadpleegd op 6 maart 2013, via:
<http://www.dbconderhoud.nl/over-de-dbc-systematiek30/menu-id-84>.
- DBC Onderhoud. (2013b). *Spelregels DBC-registratie Versie RG 13a*. Geraadpleegd op 22 mei 2013,
 via: http://www.nza.nl/95826/99522/Concept_spelregels_DBC-registratie_GGZ_versie_RG13a.pdf.
- DeVrijePsych. (2013). Bezwaar- en beroepsprocedures. Website. Geraadpleegd op 28 oktober 2013
 via <http://www.devrijepsych.nl/?pagina=Beroepsprocedure&id=264>.
- DiMaggio, P.J. & Powell, W.W. (1991). Introduction. In: W.W. Powell & P.J. DiMaggio (eds.). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Dorresteijn, M. van. (2012, 16 mei). CZ mag declaraties EuroPsyche weigeren. Nieuwsbericht. In:
Zorgvisie. Geraadpleegd op 20 oktober 2013 via
<http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2012/5/CZ-mag-declaraties-EuroPsyche-weigeren-ZVS013949W/>.
- Dorresteijn, M. van. (2013a, 24 mei). Schippers presenteert veranderingen GGZ. In: *Zorgvisie*, 43(21),
 5.
- Dorresteijn, M. van. (2013b, 20 september). Extra geld en mensen voor aanpak zorgfraude. In:
Zorgvisie, 43(38), 5.
- Dunlop, C.A. & James, O. (2007). Principal-agent modelling and learning. The European Commission,
 experts and agricultural hormone growth promoters. In: *Public Policy and Administration*,
 22(4), pp. 403-422.
- DVHN (Dagblad van het Noorden). (2013, 31 oktober). Psychotherapeut betrapt op zwart laten
 bijbetalen. Nieuwsbericht. Geraadpleegd op 31 oktober 2013 via
<http://www.dvhn.nl/nieuws/drenthe/article10608483.ece/Psychotherapeut-betrapt-op-zwart-laten-bijbetalen>.
- Dwarswaard, J. & Trappenburg, M. (2012). De huisarts en de tijdgeest. In: *Huisarts & Wetenschap*,
 55(11), pp. 504-508.
- Elsden, W. van den. (2012, 26 juni). Failliet EuroPsyche heeft grote gevolgen. Nieuwsbericht. In:
Zorgvisie. Geraadpleegd op 20 oktober 2013, via
<http://www.zorgvisie.nl/Home/Nieuws/2012/6/Failliet-Europsyche-heeft-grote-gevolgen-ZVS014231W/>.
- Faber, W. (2011). *Financieel-economische criminaliteit? We kunnen niet zonder!*. Apeldoorn:
 Politieacademie, Lectoraat Financieel-Economische Criminaliteit.
- Filley, A.C., House, R.J. & Kerr, S. *Managerial process and organizational behavior*. Glenview: Scott,
 Foresman.

- Flexner, A. (2001). Is social work a profession? In: *Research on social work practice*. 11(2), pp. 152-165.
- Frederickson, H.G. & Smith, K.B. (2003). *The public administration theory primer*. Oxford: Westview Press, member of Perseus Books Group.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: the third logic*. Cambridge/Oxford: Polity Press & Blackwell Publishers Ltd.
- Friszen, P. (1989). *Bureaucratische cultuur en informatisering*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij.
- GGZ Nederland. (2011). *Visiedocument DBC GGZ*. Geraadpleegd op 11 oktober 2013, via <http://www.ggz nederland.nl/zorgproducten-en-prestatiebekostiging/2011-dbc-ggz-visiedocument-ggz-nederland.pdf>.
- GGZ Nederland. (2013a). *Handreiking risicomangement in de GGZ*. Stuurgroep Veilige zorg, iedere zorg, patiëntveiligheidsprogramma. Geraadpleegd op 19 juni 2013 via: <http://www.veiligezorgiederszorg.nl/speerpunt-vms/handreiking-risicomangement-2013-los.pdf>.
- GGZ Nederland. (2013b). *Zorgvraagwaarte GGZ. Eindadvies werkgroep zorgvraagwaarte. Definitieve versie (1.0)*. Geraadpleegd op 26 oktober 2013 via <http://www.ggz nederland.nl/financiering-ggz/3.0-eindadvies-werkgroep-zvz-definitief-29032013.pdf>.
- Hajer, M.A. (1993). Discourse coalitions and the institutionalization of practice: the case of acid rain in Britain. In: Fischer, F. & Forester, J. *The argumentative turn in policy analysis and planning*. Durham en Londen: Duke University Press.
- Hall, S. (1997). The work representation. In: Hall, S. (Red.). *Representation: cultural representations and signifying practices*. Londen: SAGE.
- Hall, R.H. & Tolbert, P.S. (2004). *Organizations: structures, processes and outcomes*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Hasaart, F. (2011). *Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care: a study about behavioral responses of medical specialists and hospitals in the Netherlands*. Proefschrift. Maastricht: Universitaire pers Maastricht.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press.
- Hout, E. van. (2007). *Zorg in Spagaat*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.
- Huntington, S.P. (1968). *Political order in changing societies*. New Haven: Yale University Press.
- IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg). (2012, 1 februari). Different 'geneest' geen homoseksualiteit. Nieuwsbericht. Geraadpleegd op 24 oktober 2013, via <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/differentgeneestgeenhomoseksualiteit.aspx>.

- Ikkersheim, D. (2013). *The Dutch health system reform: creating value*. Academisch Proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Jansen, M., Kole, J. & Brink, G. van den. (2010). Beroepstrots. Een ongekende kracht. Inleiding. In: Jansen, T., Brink, G. van den. & Kole, J. (Red.). *Beroepstrots. Een ongekende kracht*. Amsterdam: Boom.
- Jonge, J. de. (2013, 4 april). Vertrouwen. Column. In: *Medisch Contact*, 68 (4), pp. 745.
- Kickert, W.J.M. (1988). Een drieluik over organisaties: proces, structuur en macht. Het werk van Henry Mintzberg. In: Korsten, A.F.A. & Toonen, Th.A.J. (Eds.). *Bestuurskunde. Hoofdfiguren en kernthema's*. Leiden/Antwerpen: H.E. Stenfert Kroese bv.
- Knegt, E. (1986). *Regels en redelijkheid in de bijstandsverlening. Participerende observatie bij een sociale dienst*. Groningen: Wolters-Noordhof.
- KNMG. (2009). *De Nederlandse artseneed*. Utrecht: NFU (Nederlandse federatie van Universitair Medisch Centra).
- Kolthoff, E. (2011). *Basisboek criminologie*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- KPMG. (2011). *Handboek productieregistratie. Brancheverkenning GGZ 2011*. Amstelveen/Amsterdam: KPMG Accountants NV.
- KPMG. (2013). *Regelgeving in de praktijk*. Geraadpleegd op 19 juni 2013 via: <http://www.kpmg.com/NL/nl/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/PDF/Healthcare/Regelgeving-in-de-Praktijk.pdf>.
- Lakoff, A. (2005). *Pharmaceutical reason. Knowledge and value in global psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lieshout, B. van (2013). *Iedereen profiteert van de zorgfraude*. Column in Financieel Dagblad. Geraadpleegd op 19 juni 2013 via: <http://fd.nl/selections-zorg/263167-1305/iedereen-profiteert-van-de-zorgfraude>.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- March, J.G. & Olsen, J.P. (1984). The new institutionalism: organizational factors in political life. In: *The American political science review*, 3, pp. 734-749.
- March, J.G. & Olsen, J.P. (1989). *Rediscovering institutions, the organizational basis of politics*. New York: The Free Press.
- March, J.G. & Olsen, J.P. (1998). The institutional dynamics of international political orders. In: *International organization*, 4, pp. 943-969.
- Marks, A., Scholarios, D. & Lockyer, C (2002). *Identifying a profession: the creation of professional identity within software work*. Paper presented at the 18th colloquium in Barcelona, Spain, on

- 4-6 July, 2002. Glasgow: The University of Strathclyde, Department of Human Resource Management.
- McLafferty, I. (2004). Focus group interviews as a data collecting strategy. In: *Journal of advanced nursing*, 48(2), pp. 187-194).
- Mierlo, J.G.A. van. (1988). Ambtelijk gedrag in bureaucratische organisaties. Het werk van Anthony Downs. In: Korsten, A.F.A. & Toonen, Th.A.J. (Eds.). *Bestuurskunde. Hoofdfiguren en kernthema's*. Leiden/Antwerpen: H.E. Stenfert Kroese bv.
- Ministerie VWS. (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). (2011). *Ziektekostenverzekeringen in Nederland*. Brochure over ziektekostenverzekeringen in Nederland. Geraadpleegd op 26 februari 2013, via: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2011/04/21/ziektekostenverzekering-in-nederland.html>.
- Ministerie VWS. (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). (2013a, 2 juli). *Hoofdbehandelaarschap GGZ*. Kamerbrief. Kenmerk: 129353-106301-CZ. Geraadpleegd op 16 oktober 2013 via <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/07/02/kamerbrief-over-hoofdbehandelaarschap-ggz.html>.
- Ministerie VWS. (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). (2013b, 17 mei). *Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ*. Kenmerk: 117090-103676-CZ. Geraadpleegd op 26 oktober 2013 via: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/05/17/voorhangbrief-poh-ggz-en-generalistische-basis-ggz.html>.
- Morgan, D.L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Monrouxe, L. (2010). Identity, identification and medical education: why should we care? In: *Medical Education*, 44, 40-49.
- Nederlands Dagblad. (2013, 17 september). Meer inspecteurs tegen zorgfraude. Nieuwsbericht. In: Nederlands Dagblad.
- Nijboer, J.A. (2007). De control balance-theorie van Charles Tittle. In: *Tijdschrift voor Criminologie*, 3, pp. 306-323.
- Noordegraaf, M. (2007). From 'pure' to 'hybrid' professionalism: present-day professionalism in ambiguous public domains. In: *Administration & Society*, 39(6), 761-785.
- Noordegraaf, M. (2008). *Management in het publieke domein. Issues, instituties en instrumenten*. Bussum: Coutinho.
- NRC. (2013, 9 september). Nieuwe manier om te frauderen: doen alsof je arts bent. Nieuwsbericht.
- NVP. (Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie). (2012). *Visiedocument*. Utrecht: NVP. Geraadpleegd op 16 oktober 2013 via <http://www.psychotherapie.nl/WMSDownload/DownloadBase64Encrypted/?file=t0C6RvVpyLL>

2jvlpS89hE_eai_NfVG29oGCKvRUaUU0&show=1&name=visiedocument-(2).pdf§ionName=Publication%20-%20Manual.

NVP. (Nederlandse vereniging voor Psychotherapie). (2013). *Orthopedagoog en K&J psycholoog toch hoofdbehandelaar*. Website. Geraadpleegd op 16 oktober 2013, via <http://www.psychotherapie.nl/zoek-resultaten/zoek-details/?fromSearch=true&contentId=5E1BFBE6-C7EE-4408-903F-4A6916EBE9F9§ionName=Nieuws%20-%20Persberichten>.

NVVP. (Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten). (2013). *Eerstelijns en tweedelijns GGZ*. Website. Geraadpleegd op 20 juni 2013 via: <http://www.nvvp.nl/tekst.php?id=540&par>.

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit). (2010). *Protocol gefactureerde DBC's GGZ 2010. Omzet 2010 en onderhanden werk per 31 december*. Rapport Nederlandse Zorgautoriteit. Geraadpleegd op 20 juni 2013 via: http://www.nza.nl/104107/137001/Protocol_gefactureerde_DBC's_GGZ_2010.pdf.

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit). (2012a). Beleidsregel TH/BR-006. Toezichtkader Zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw). *De reikwijdte van de zorgplicht in begrippen, verantwoordelijkheden en normen*. Geraadpleegd op 12 oktober 2013 via: http://www.nza.nl/137706/406031/TH_BR-006_Toezichtskader_Zorgplicht.pdf.

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit). (2012b). *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt. Weergave van de markt 2008-2012*. Rapport Nederlandse Zorgautoriteit. Geraadpleegd op 16 april 2013 via: http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Marktscan_Zorgverzekeringsmarkt.pdf.

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit). (2013a). *DBC/DOT*. Website. Geraadpleegd op 19 maart 2013, via: <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/dbc-dossier/>.

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit). (2013b). *Onderzoek omvang zorgfraude*. Website. Geraadpleegd op 16 oktober 2013, via <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/onderzoek-omvang-zorgfraude/>.

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit). (2013c, 4 februari). *Verzekeraar moet ziekenhuisrekening beter controleren*. Nieuwsbericht. Geraadpleegd op 19 oktober 2013, via <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/verzekeraar-moet-ziekenhuisrekening-beter-controleren/>.

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit). (2013d). *Tariefbeschikking tweedelijns curatieve GGZ. Kenmerk: TB/CU-5066-02*. Geraadpleegd op 25 oktober 2013, via http://www.nza.nl/98174/137715/TB_CU-5066-02.pdf.

- Paauw, S. (2013a, 23 januari). PvdA wil meldpunt zorgkwaliteit. Nieuwsbericht. In: *Medisch Contact*. Geraadpleegd op 16 april 2013, via: <http://medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/nieuwsbericht/127122/pvda-wil-meldpunt-zorgkwaliteit.htm>.
- Paauw, S. (2013b, 7 februari). PVV opent meldpunt zorgfraude. Nieuwsbericht. In: *Medisch Contact*. Geraadpleegd op 16 april 2013, via: <http://medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/nieuwsbericht/127612/pvv-opent-meldpunt-zorgfraude.htm>.
- Pauw & Witteman. (2013, 14 oktober). *Minister Edith Schippers machtigste vrouw van Nederland*. Televisie-uitzending VARA.
- PBP. (Platform Bescherming Burgerrechten). (2010, 2 maart). Psychiater verweert zich tegen doorgeven patiëntengegevens. Nieuwsbericht. Geraadpleegd op 28 oktober 2013 via <http://platformburgerrechten.nl/2010/03/22/psychiater-verweert-zich-tegen-doorgeven-patientengegevens/>.
- Peters, G. (1996). Political institutions, old and new. In: Goodin, R.E. & Klingemann, H.D. (Eds.). *A new handbook of political science*. Oxford: Oxford University Press.
- Peters, G. (2005). *Institutional theory in political science*. London/New York: Continuum.
- Poth, S. & Selck, T.J. (2009). Principal-agent theory and artificial information asymmetry. In: *Politics*, 29(2), pp. 137-44.
- Pratt, T.C., Franklin, T.W. & Gau, J.M. (2010). *Key ideas in criminology and criminal justice*. Thousand Oaks, United States: SAGE Publications Inc.
- Pronk, E. (2013, 18 juli). *Zorgverzekeraars vinden minder zorgfraude*. Nieuwsbericht in: *Medisch Contact*, nr. 29/30, pp. 1534-1535. Geraadpleegd op 16 oktober 2013 via <http://medischcontact.artsennet.nl/actueel/nieuwsbericht/134620/zorgverzekeraars-vinden-minder-zorgfraude.htm>.
- Rainey, H.G. (2009). *Understanding and managing public organizations*. Oxford: Jossey-Bass.
- Ralston, A. (2012). Als de GGZ markt faalt. In: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 67(3), 121-135.
- Rijksoverheid. (2012). *Breed akkoord over toekomst geestelijke gezondheidszorg*. Nieuwsbericht. Geraadpleegd op 11 oktober 2012, via <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2012/06/18/breed-akkoord-over-toekomst-geestelijke-gezondheidszorg.html>.
- Rijksoverheid. (2013a). *Hoe hoog is het eigen risico in de zorgverzekering?*. Website. Geraadpleegd op 16 april 2013, via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/hoe-hoog-is-het-eigen-risico-in-de-zorgverzekering.html>.
- Rijksoverheid. (2013b). *Registratie in BIG-register van beroepen*. Website. Geraadpleegd op 16 oktober 2013, via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/werken-in-de-zorg/registratie-in->

big-register-van-beroepen?utm_campaign=sea-t-gezondheid_en_zorg-a-
werken_in_de_zorg_registratie_medische_beroepen&utm_term=%2Bbig%20%2Bregister&gclid=CPixilewm7oCFcRY3godm3IAIw.

Ritzer, G. (2005). *Encyclopedia of social theory*. Londen: SAGE Publications Inc.

Santen, H. van (2013). *Te ingewikkeld*. Hoofredactioneel, in *Medisch Contact*. Geraadpleegd op 19 juni 2013 via: <http://medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/archief-6/hoofredactionelen-201213/hoofredactioneel/132431/te-ingewikkeld.htm>.

Schein, E.H. (1992). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Scott, W.R. (1987). The adolescence of institutional theory. In: *Administrative Science Quarterly*, 4, pp. 493-511.

Scott, W.R. (1995). *Institutions and organizations. Foundations for organizational science*. Newbury Park/Londen/New Delhi: Sage Publications.

Selznick, Ph. (1996). Institutionalism 'old' and 'new'. In: *Administrative Science Quarterly*, 2, pp. 270-277.

Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley.

Smit, M. (2013a, 14 maart). Schippers wil geen meldplicht zorgfraude. Nieuwsbericht. In: *Medisch Contact*. Geraadpleegd op 16 april 2013, via <http://medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/nieuwsbericht/128980/schippers-wil-geen-meldplicht-zorgfraude-1.htm>.

Smit, M. (2013b, 11 april). Rekening patiënt moet zorgfraude voorkomen. Nieuwsbericht. In: *Medisch Contact*. Geraadpleegd op 16 april 2013, via <http://medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/nieuwsbericht/130854/rekening-patient-moet-zorgfraude-voorkomen.htm>.

Smullen, A. (2013). Institutionalizing professional conflicts through financial reforms. The case of DBCs in Dutch mental healthcare. In: Noordegraaf, M. & Steijn, B. (2013). *Professionals under pressure. The reconfiguration of professional work in changing public services*. Amsterdam: Amsterdam University Press, pp. 109-124.

Subramony, D.P., Lindsay, N., Middlebrook, R.H. & Fosse, C. (2002). Using focus group interviews. In: *Performance improvement*, 41(8), pp. 40-47.

Thaler, R.H. & Sunstein, C.R. (2009). *Nudge. Improving decisions about health, wealth and happiness*. Londen: Penguin Books.

Thiel, S. van. (2007). *Bestuurskundig onderzoek: een methodologische inleiding*. Bussum: Coutinho.

Tittle, C. (1995). *Control balance. Toward a general theory of deviance*. Boulder: Westview Press.

Trommelen, J. & Visser, E. de. (2013, 13 april). De Volkskrant richt verslavingskliniek op: fluitje van een cent. Nieuwsbericht ANP. Geraadpleegd op 15 oktober 2013 via

- <http://www.volkskrant.nl/vk/nl/5270/Zorg/article/detail/3424883/2013/04/13/De-Volkskrant-richt-verslavingskliniek-op-fluitje-van-een-cent.dhtml>.
- Tummers, L. G. (2010). *De bereidheid van GGZ-zorgprofessionals om te werken met DBC's: eerste resultaten van een onderzoek onder 1300 zorgprofessionals*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Tummers, L.G. (2011). Explaining willingness of public professionals to implement new policies: a policy alienation framework, in: *International Review of Administrative Sciences*, 77(3), pp. 555-581.
- Tummers, L.G. (2012). *Policy alienation. Analyzing the experiences of public professionals with new policies*. PhD thesis. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Tummers, L. G. , Bekkers, V. & Steijn, B. (2009). Policy alienation of public professionals, in: *Public Management Review*, 11(5), pp. 685-706.
- Undercover in Nederland. (2012, 17 maart). *Different*. Televisie-uitzending SBS6.
- Veen, R. van der. & Groenendijk, N. (2003). *Frauderisicoanalyse gezondheidszorg*. Enschede: Universiteit Twente, Faculteit Bedrijf, Bestuur en Technologie.
- Verschuren, P.J.M. (2008). *De probleemstelling voor een onderzoek. Handleiding voor het maken van de probleemstelling voor een wetenschappelijk of beleidsgericht onderzoek, voor een scriptie, nota of artikel*. Houten: Het Spectrum.
- Visser, J. (2013, 28 maart). 'GGZ-regels maken fout declareren mogelijk'. Nieuwsbericht. In: *Medisch Contact*. Geraadpleegd op 16 april 2013, via: <http://medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/nieuwsbericht/129886/ggzregels-maken-fout-declareren-mogelijk.htm>.
- Wallace, J.E. (1995). Organizational and professional commitment in professional and nonprofessional organizations. In: *Administrative Science Quarterly*, 40(2), 228-255.
- Webb, B. (2002). Using focus groups as a research method: a personal experience. In: *Journal of nursing management*, 10, pp. 27-35.
- Weggeman, M. (2007). *Leidinggeven aan professionals? Niet doen! Over kenniswerkers, vakmanschap en innovatie*. Schiedam: Scriptum.
- Wester, J. (2013, 15 maart). Verzekeraars vrezen onbeheersbare zorgkosten door vonnis. Nieuwsbericht in *NRC*. Geraadpleegd op 16 oktober 2013 via <http://www.nrc.nl/nieuws/2013/03/15/verzekeraars-vrezen-onbeheersbare-zorgkosten-door-vonnis/>.
- Westerman, P. (2006). Een nieuwe stijl van reguleren. In: *Recht der Werkelijkheid*, 1, pp. 33-51.
- Wever, R. de. (2013, 21 juni). Nederlandse homotherapeuten betuigen geen spijt. Nieuwsbericht. In: *Trouw*. Geraadpleegd op 20 oktober 2013 via

- <http://www.trouw.nl/tr/nl/4716/Christendom/article/detail/3462407/2013/06/21/Nederlandse-homotherapeuten-betuigen-geen-spijt.dhtml>.
- Wildavsky, A.(2010). *Craftways. On the organization of scholarly work*. New Brunswick, V.S./London, V.K.: Transaction Publishers.
- Wilensky, H.L. (1964). The professionalization of everyone? In: *The American Journal of Sociology*, 70(2), 137-158.
- Wilson, J.Q. (1989). *Bureaucracy. What government agencies do and why they do it*. New York: Basic Books.
- White, M. T., Borges, N.J. & Geiger, S. (2011). Perceptions of factors contributing to professional identity development and specialty choice: a survey of third- and fourth-year medical students. In: *Annals of Behavioral Science and Medical Education*, 17(1), 18-23.
- ZN. (Zorgverzekeraars Nederland). (2011). *Fraudebeheersing door zorgverzekeraars*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.
- ZN. (Zorgverzekeraars Nederland). (2012, 7 mei). Zorgverzekeraars besparen 175 miljoen euro door controle- en fraudebeleid. Persbericht.
- ZN. (Zorgverzekeraars Nederland). (2013, 11 juli). Toelichting persbericht controle en fraudebeheersing 2012. Geraadpleegd op 16 oktober 2013, via <http://www.findinet.nl/~uploads/newsModule/zorgcontrole2012.pdf>.
- Zwart, A. (2012, 17 oktober). *Simplisme domineert politieke debat zorgkosten*. Nieuwsbericht. Geraadpleegd op 11 april 2013 via <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Verdieping/2012/10/Simplisme-domineert-politieke-debat-zorgkosten-ZVS015066W/>.

Appendix A: Topicijsten interviews en focusgroepen

Topiclijst interviews met betrokken actoren

Financiering in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland

Declaraties in de geestelijke gezondheidszorg

- Het DBC-systeem
- Welke personen in de GGZ zijn betrokken?
- Problemen die aangegeven worden
- Controlemechanismen
- Organisaties die betrokken zijn

Betrokken actoren/organisaties

- Rollen
- Bevoegdheden

Wetten, regels en procedures

- Geldende wetten, regels en procedures
- Wat is (on)toelaatbaar?
- Wanneer worden regels overtreden?
- Wat is grijs gebied?
- Mazen in de wetten/regels
- Wenselijke toevoegingen aan de wetten, regels en procedures
- Waar gaat het (vaak) mis?

Zorgfraude en ander onjuist declaratiegedrag

- Definitie/inhoud van de term
- Wat valt onder zorgfraude?
- Verschillende vormen van zorgfraude
- Probleemdefinitie
- Probleemschets
- Schaal van het probleem
- Praktijkvoorbeelden binnen de GGZ (foutief en grijs gebied)
- Praktijkvoorbeelden buiten de GGZ (foutief en grijs gebied)

Mogelijkheden tot bestrijding van zorgfraude

- Mogelijke bestrijdingsmanieren
- Inzet in de praktijk

Nieuw beleid

Topiclijst focusgroepen en interviews met GGZ zorgprofessionals

Houding ten aanzien van DBC's en bijbehorend systeem

- Houding ten aanzien van het DBC-declaratiesysteem
- Houding ten aanzien van bredere wijzigingen die marktwerking introduceren in de gezondheidszorg

Zorgdeclaratie met DBC's

- Administratie/registratie van zorgkosten
- Wie administreert er?
- Beleid over administrateurs

Beeld dat in de politiek en media geschetst wordt van zorgfraude

- Herkenbaarheid
- Bestaan van het probleem (systematische grootschalige zorgfraude)
- Schaal van het probleem
- Indien herkenbaar: wordt het probleem op een juiste manier aangepakt?
- Achtergrond
- Mening en gevoelens ten aanzien van het beeld dat geschetst wordt
- Betekenis voor de beroepsgroep

Wat is (on)toelaatbaar met betrekking tot zorgdeclaratie?

- Upcoding, overdeclaratie
- Inzetten software om winst te maximaliseren
- Strategisch/Calculerend handelen (altijd kiezen voor de duurdere optie)
- Behandelingen door ongekwalificeerd personeel in naam van hoofdbehandelaar
- Onjuist handelen in het belang van de patiënt (zonder eigen winstbejag)
- Wanneer is er sprake van zorgfraude/wanneer niet?
- Wat is grijs gebied?
- Handelingsrationaliteit van behandelaars

Wat zou er veranderd moeten worden?

Houding ten aanzien van aangekondigd beleid

- Maatregelen met betrekking tot de rekening aan patiënten
- Beleid met betrekking tot de term 'hoofdbehandelaar'
- Onderzoek NZa naar omvang en aard zorgfraude
- Plannen om persoonlijke code van behandelaars toe te voegen aan rekening (NZa)
- Drempel om zorginstelling te beginnen verhogen

Casus

- Europsyche
- Different
- Jezuscentrum in Nijkerk
- Pieken in tijdschrijven op momenten dat een nieuwe DBC begint
- Softwarebedrijfjes die 'handige' software schrijven (soms in ruil voor winstpercentage)
- Lage drempel om zorginstellingen te beginnen
- Noodzakelijkheid van behandelingen niet altijd aanwezig

Appendix B: Overzicht respondenten

Interviews met betrokken autoriteiten

	<i>Naam</i>	<i>Functie en organisatie</i>	<i>Datum interview</i>	<i>Duur interview</i>
1.	Marieke Koken	Senior beleidsadviseur Fraudebeheersing Zorgverzekeraars Nederland	21 juni 2013	1:13:21
2.	Mariska de Kleine	Fraudespecialist Afdeling Speciale Zaken Zorgverzekeraar Achmea	24 juni 2013	1:12:52
3.	Mark van Zijl	Senior jurist Directie Toezicht en Handhaving Nederlandse Zorgautoriteit	3 juli 2013	1:14:56
4.	Hanna Toornstra	Adviseur Beroepsbelangen Orde van Medisch Specialisten	9 juli 2013	1:02:43
5.	Paul Gill	Senior beleidsmedewerker Directie Curatieve Zorg Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	19 juli 2013	1:23:39
6.	Marloes van Es	Senior beleidsadviseur Afdeling Financiering en Arbeidszaken GGZ Nederland	29 juli 2013	1:08:47
7.	Mat Maijer	Manager GGZ en Forensische Zorg DBC Onderhoud	30 juli 2013	1:24:19
8.	Steven Oppenheim	Beleidsmedewerker Directie Curatieve Zorg Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	13 augustus 2013	1:09:20

Interviews en focusgroepsessies met zorgprofessionals uit de GGZ

	<i>Beroep</i>	<i>Dienstverband</i>	<i>Datum interview</i>	<i>Duur interview</i>
9.	Psychiater	Zelfstandig gevestigd	1 augustus 2013	2:11:34
10.	Psychotherapeut	Zelfstandig gevestigd	13 augustus 2013	1:20:45
11.	GZ-psycholoog	GGZ-instelling	30 augustus 2013	0:59:02
12.	Psychiater	Zelfstandig gevestigd	13 september 2013	1:21:23
13.	Psychiater	GGZ-instelling	16 september 2013	1:04:04
14.	GZ-psycholoog	GGZ-instelling	19 september 2013	0:48:19
15.	Psychiater	Zelfstandig gevestigd	10 oktober 2013	1:03:46
16.	Psychiater	Zelfstandig gevestigd		
17.	Psychiater en directielid	GGZ-instelling	22 oktober	1:02:04
18.	Psychiater	GGZ-instelling	29 oktober	0:41:20
19.	Psychiater			
20.	Klinisch geriater			

De zorgprofessionals die geïnterviewd zijn, zijn werkzaam in verschillende plaatsen verspreid over Nederland, waaronder Amsterdam, Apeldoorn, Den Bosch, Dordrecht en Maastricht. Niet alle plaatsen worden echter genoemd en er wordt geen vermelding gemaakt van welke behandelaar uit welke plaats komt ter voorkoming van herkenbaarheid en herleidbaarheid, omwille van de belofte van anonimiteit die deze gesprekspartners hebben gekregen.

Appendix C: Gegevens met betrekking tot de registratie van DBC's

Declarabele zorgtypen in de geestelijke gezondheidszorg

Initiële DBC	
<i>Code</i>	<i>Zorgtype</i>
101	Reguliere zorg
106	Second opinion
107	Zorg op basis van een tertiaire verwijzing
108	Langdurig periodieke controle (bij overname)
109	Bemoeizorg
110	Rechterlijke machtiging (RM)
111	Inbewaringstelling (IBS)
115	Ondertoezichtstelling (OTS)
116	Rechterlijke machtiging met voorwaarden
117	Jeugdstrafrecht
Vervolg-DBC	
<i>Code</i>	<i>Zorgtype</i>
201	(Langdurig periodieke) controle
202	Voortzetting behandeling
203	Uitloop
204	Exacerbatie/recidive
205	Bemoeizorg
206	Rechterlijke machtiging (RM)
210	Ondertoezichtstelling (OTS)
211	Rechterlijke machtiging met voorwaarden
212	Jeugdstrafrecht

(Bron: DBC Onderhoud, 2013b: 16)

Verschillende assen ten behoeve van het opstellen van diagnoses

As	Omschrijving
As 1	Klinische stoornissen
As 2	Persoonlijkheidsstoornissen
As 3	Somatische aandoeningen
As 4	Psychosociale factoren
As 5	GAF-score

*Het registreren van diagnoses door middel van DBC's gebeurt per as

(Bron: DBC Onderhoud, 2013b: 20)

Verschillende typen DBC's

Type DBC	Omschrijving
Initiële DBC	DBC die wordt geopend bij een nieuwe zorgvraag en derhalve altijd de eerste DBC is in een zorgtraject
Vervolg-DBC	DBC die volgt op een initiële DBC en die gebaseerd is op dezelfde diagnose als de initiële DBC
Crisis-DBC	DBC die wordt geopend wanneer er bij een patiënt sprake is van crisisinterventie
Zorgtraject	de initiële DBC en één of meerdere vervolg-DBC's die gezamenlijk het zorgtraject van de behandeling van één diagnose vormen*

* Voordat een initiële DBC geopend kan worden, moet een zorgtraject zijn gestart waarbij het verplicht is de aanmeldingsdatum van de patiënt vast te leggen. Deze aanmeldingsdatum is het eerste moment waarop er een patiëntgebonden activiteit plaatsvindt. Pas na de aanmelding van een zorgtraject kunnen DBC's geopend worden.

(Bron: DBC Onderhoud, 2013b: 8-9)

Situaties waarin initiële DBC's geopend kunnen worden

- wanneer er sprake is van een nieuwe patiënt
- wanneer er sprake is van een bekende patiënt, maar met een nieuwe primaire diagnose
- wanneer er sprake is van een bekende patiënt met een eerder opgestelde diagnose, maar er meer dan 365 dagen verstreken zijn sinds het afsluiten van de vorige DBC

(Bron: DBC Onderhoud, 2013b: 10-11)

Situaties waarin vervolg-DBC's geopend kunnen worden

- wanneer er sprake is van een patient met een eerder vastgestelde primaire diagnose
- wanneer de lopende (initiële of vervolg-) DBC langer dan 365 dagen openstaat en de behandeling nog niet afgerond is
- wanneer de patiënt terug in de zorg komt voor dezelfde diagnose nadat een DBC eerder al was afgesloten en er geen sprake is van voortzetting van de behandeling maar van een 'terugval' (anders zou de vorige DBC heropend moeten worden)
- wanneer de patiënt wordt overgenomen door een andere zorgaanbieder als gevolg van een 'second opinion', op voorwaarde dat dezelfde primaire diagnose wordt gesteld (anders moet er een nieuwe initiële DBC worden geopend)

(Bron: DBC Onderhoud, 2013b: 11-12)

Situaties waarin crisis-DBC's geopend kunnen worden

- wanneer er sprake is van crisisopvang (deze vorm van opvang valt buiten de initiële en vervolg-DBC's omdat er geen sprake is van een normale voortzetting van een behandeling)

(Bron: DBC Onderhoud, 2013b: 13)

Situaties waarin DBC's heropend kunnen worden

- wanneer er sprake is van te vroege sluiting van een DBC en het, vanwege de patiënt, wenselijk is deze te heropenen binnen 365 dagen na de openingsdatum van de DBC
- wanneer de patiënt terug in de zorg komt in het kader van dezelfde diagnose binnen 365 dagen na de opening van de DBC
- wanneer er alsnog zorg moet worden geregistreerd (zoals indirecte tijd die bijvoorbeeld besteed is aan evaluatie), ook als dit na 365 dagen na sluiting van de DBC gebeurt
- wanneer er fouten gecorrigeerd moeten worden, ook als dit na 365 dagen na sluiting van de DBC gebeurt

(Bron: DBC Onderhoud, 2013b: 13-14)