

Horizontaal Toezicht in ziekenhuizen: goed voor rechtmatigheid maar geen lagere administratieve lasten

Nicole Veenvliet, Arco van de Ven

Received 14 November 2023

Accepted 10 March 2024

Published 18 June 2024

Samenvatting

Horizontaal Toezicht is mede ingevoerd om de hoge administratieve lasten in de zorg te verminderen. In dit onderzoek is bij twee ziekenhuizen onderzocht in hoeverre en hoe Horizontaal Toezicht bijdraagt aan de reducering van deze lasten. Hiervoor is gebruik gemaakt van het prevention-appraisal-failure-model en de voorwaarden en factoren voor succes van *Total Quality Management*. Horizontaal Toezicht leidt op zichzelf niet tot het verminderen van de administratieve lasten. Wel is verbetering van de interne beheersing – gericht op rechtmatigheid door de afweging tussen preventiekosten, beoordelingskosten en faalkosten, rekening houdend met factoren en voorwaarden voor succes – mogelijk, met gelijkblijvende administratieve lasten.

Relevantie voor de praktijk

Dit artikel voegt waarde toe aan het onderzoek op het gebied van Horizontaal Toezicht door inzicht te geven in het effect op het verminderen van de administratieve lasten. Daarnaast geeft het ziekenhuizen inzicht in de wijze waarop de interne beheersing, gericht op rechtmatigheid, verbeterd kan worden zonder verhoging van de administratieve lasten.

Trefwoorden

Horizontaal Toezicht, administratieve lasten, Total Quality Management, kwaliteitskosten, zorg

1. Inleiding

De financiële druk op ziekenhuizen is hoog. De afspraken in het hoofdlijnenakkoord van 2018 (Van Aartsen 2018) om de groeiende volumes in de medisch specialistische zorg af te remmen naar nul procent in 2022 zijn niet haalbaar gebleken.

Bij de noodzakelijke bezuinigingen in de ziekenhuizen komt de vraag op of de hoge administratieve lasten binnen ziekenhuizen niet kunnen worden verminderd. De afgelopen jaren zijn de administratieve lasten in de zorg sterk toegenomen. Door de toenemende regels moeten zorgmedewerkers steeds meer en gedetailleerder registreren om de kwaliteit van zorg te kunnen verantwoorden. Dit kost veel tijd. Uit onderzoek is gebleken dat een zorgverlener per week 40% van de tijd kwijt is aan administratie

((Ont)regel de zorg, z.d.-a). Dit sluit aan bij een maatschappelijke ontwikkeling dat de nadruk op controles blijft toenemen, ondanks de vele kritiek hierop (Power 2021). Deze groei wordt niet alleen veroorzaakt door regelgeving, maar ook omdat het een legitieme methode is die het gevoel geeft van controle en transparantie. In 2018 is door de overheid een actieplan opgesteld om de regeldruk te verlagen. Onderdeel van het actieplan is dat 80% van de ziekenhuizen en de universitaire medische centra (UMC's) Horizontaal Toezicht ingevoerd moet hebben ((Ont)regel de zorg, z.d.-b).

Met Horizontaal Toezicht wordt nagestreefd dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk voor een juiste besteding van de zorguitgave zorgen (Horizontaal

Toezicht Zorg 2022c). De intentie van Horizontaal Toezicht is dat bronregistratie verbeterd wordt, waardoor de administratieve lasten zouden moeten dalen. Daarnaast moet het tot meer inzichten in de kosten van behandelen leiden en moet het bijdragen aan het efficiënter inrichten van de organisatie (Horizontaal Toezicht Zorg 2017a). Kortom, met Horizontaal Toezicht zou een ziekenhuis meer in control moeten zijn.

Inmiddels is het zeven jaar geleden dat de eerste ziekenhuizen zijn overgegaan op Horizontaal Toezicht (Horizontaal Toezicht Zorg 2017c). Sindsdien hebben steeds meer ziekenhuizen dit voorbeeld gevolgd. In april 2024 zijn van de 73 ziekenhuizen 63 over Horizontaal Toezicht (Horizontaal Toezicht Zorg 2024). Nu meerdere ziekenhuizen volgens Horizontaal Toezicht werken, zouden de voordelen, zoals verlaagde administratieve lasten, merkbaar moeten zijn. Hier is echter maar beperkt wetenschappelijk onderzoek naar gedaan. Alleen over vertrouwen als basis voor Horizontaal Toezicht is een wetenschappelijk artikel gepubliceerd (Van Neerbos and Van de Ven 2021). Aanleiding voor het onderzoek van dit artikel is dat in het onderzoek van Van Neerbos and Van de Ven naar voren kwam dat de betrokkenen zich hebben afgevraagd of de gemaakte kosten wel opwogen tegen de voordelen van Horizontaal Toezicht. Dit heeft geleid tot de volgende vraagstelling:

‘In hoeverre en hoe leidt Horizontaal Toezicht tot het verminderen van de administratieve lasten en welke aanbevelingen kunnen gegeven worden ten aanzien van het (verder) verminderen van de administratieve lasten?’

Het artikel is als volgt gestructureerd. In paragraaf twee wordt uitgelegd wat Horizontaal Toezicht is, hoe het is ontstaan en wat het betekent voor ziekenhuizen. Vervolgens is in paragraaf drie de betekenis van administratieve lasten en de relatie met Horizontaal Toezicht toegelicht. In paragraaf vier is het theoretisch kader van het onderzoek weergegeven. Paragraaf vijf beschrijft de onderzoeksmethode. In paragraaf zes zijn de resultaten beschreven met betrekking tot de ziekenhuizen waarbij het onderzoek is uitgevoerd. Paragraaf zeven bevat de conclusie, discussie en de aanbevelingen die volgen uit het onderzoek.

2. Horizontaal Toezicht, hoe is het ontstaan en de betekenis voor ziekenhuizen

Horizontaal Toezicht is voor het eerst bij de Belastingdienst ingevoerd in 2005, gericht op de controle van de belastingaangifte van bedrijven (Van der Hel and Pheijffer 2012). Met de komst van Horizontaal Toezicht wordt de focus verlegd van de inhoudelijke controle van de aangiften naar de wijze van de beheersing van de risico's en de controle hierop. Het doel is om met interne beheersing van

de belastingplichtige organisaties, problemen in de aangiften te voorkomen in plaats van met controle achteraf te signaleren. Vóór de invoering van Horizontaal Toezicht moest de Belastingdienst de belastingplichtige bedrijven volledig controleren (Belastingdienst, Commissie Horizontaal Toezicht 2012). Dit was niet houdbaar meer door de toenemende regeldruk, met extra administratieve lasten als gevolg.

Net zoals de Belastingdienst kampt de zorg met een vergelijkbare problematiek bij de invoering van Horizontaal Toezicht. Op de levering van zorg, het registreren en het declareren van de zorg zijn veel regels van toepassing. De ziekenhuizen zijn hierbij verantwoordelijk voor de juiste declaratie en de zorgverzekeraars voor de controle hierop. Sinds 2012 hebben deze controles de vorm van zelfonderzoek dat achteraf plaatsvindt (Van Neerbos and Van de Ven 2021). Bij zelfonderzoek toetst een ziekenhuis de eigen declaraties op controlepunten die voortkomen uit landelijk vastgestelde en afgestemde risico's. Deze zijn vastgelegd in de zogenoemde 'handreiking'. De zorgverzekeraar controleert hierop, om te bepalen of de declaraties rechtmatig zijn. Het kost de zorgverzekeraars en ziekenhuizen veel tijd en geld om de controle op de declaraties te doen. Daarnaast hadden zorgverzekeraars steeds meer moeite met de controle door de toenemende regels. In 2012 en 2013 kwamen geregeld berichten naar buiten over verkeerde facturen in de zorg (Horizontaal Toezicht Zorg 2022b). In 2014 trok de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants daarom aan de bel met een Audit Alert (Wijnker and Kok 2015). De accountants moesten de rechtmatigheid en betrouwbaarheid van de ziekenhuisomzet controleren, terwijl deze in de daaropvolgende jaren vaak nog bijgesteld moest worden na achterafcontroles door de zorgverzekeraars (Wijnker and Kok 2015).

De sector heeft toen zelf de handen ineengeslagen om Horizontaal Toezicht op te zetten. Met als hoofddoel een efficiënter en effectiever toezicht op de rechtmatigheid van de zorguitgaven (Horizontaal Toezicht Zorg 2022c). Wijnker and Kok (2015) beschrijven Horizontaal Toezicht binnen ziekenhuizen als een situatie waarin:

“1) ziekenhuizen en zorgverzekeraars vooraf afstemmen over relevante regels en risico's, 2) ziekenhuizen zichzelf controleren op naleving, en fouten direct corrigeren, 3) ziekenhuizen na afronding van het omzetjaar aan een representerende partij zekerheid geven over de werking van de AO/IC en over het controleresultaat 4) zorgverzekeraars hun achterafcontrole hierop aansluiten (pp. 5-6).”

De basis van Horizontaal Toezicht binnen ziekenhuizen bestaat uit tien leidende principes die de bedoeling van Horizontaal Toezicht weergeven (Horizontaal Toezicht Zorg 2022b), zie Bijlage 1. De eerste drie principes focussen op het vertrouwen tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar (Van Neerbos and Van de Ven 2021). De overige principes gaan over de interne beheersing binnen ziekenhuizen.

Het doel van Horizontaal Toezicht, een efficiënt en effectief toezicht op de rechtmatigheid van de zorguitgaven, is opgedeeld in vijf thema's (Horizontaal Toezicht Zorg 2022a). De thema's 'bedrijfsvoering op orde' en 'vermindering van administratieve lasten' zijn relevant voor dit onderzoek.

3. Administratieve lasten en de relatie met Horizontaal Toezicht

In een onderzoek naar de belasting die zorgprofessionals ervaren bij kwaliteitsregistratie en de gevolgen hiervan op het werkplezier, werden administratieve lasten gemeten aan de hand van de tijd dat zorgprofessionals met de registratie bezig zijn en hoe ze deze administratie ervaren (Zegers et al. 2022). Hierbij werd gebruik gemaakt van de *Bern Illegitimate Tasks Scale* (BITS). Bij deze schaal wordt onderscheid gemaakt tussen onnodige en onredelijke taken (Semmer et al. 2010). *Onnodige* taken zijn taken die:

- helemaal niet uitgevoerd zouden moeten worden, omdat ze geen nut hebben (bijvoorbeeld werkzaamheden documenteren waar niemand naar kijkt);
- vermeden hadden moeten worden; of
- met minder inspanning kunnen worden uitgevoerd als ze efficiënter zouden zijn ingericht (zoals het handmatig overzetten van informatie uit het ene systeem naar het andere systeem).

Onredelijke taken zijn taken die niet van een bepaald persoon kunnen worden gevraagd met betrekking tot de beroepsstatus van die persoon of de reikwijdte van zijn of haar beroep. Een voorbeeld dat Semmer et al. (2010) hierbij geven is dat beginnerstaken worden toegewezen aan een persoon met veel ervaring of andersom.

Bovenstaande is in lijn met de context waarin de term administratieve lasten wordt gebruikt voor het programma 'ontregel de zorg'. Administratieve lasten worden in het programma gekoppeld aan de tijd waarin zorgpersoneel bezig is met het uitvoeren van de administratie in plaats van met het uitvoeren van zorg voor de patiënt (De Jonge et al. 2018). Hierbij wordt verwezen naar het schrappen van onnodige regels en weer meer te vertrouwen op de zorgmedewerkers. Daarnaast wordt in het actieplan van het programma '(Ont)regel de zorg' nadrukkelijk verwezen naar het verminderen van de administratieve lasten met Horizontaal Toezicht ((Ont)regel de zorg, z.d.-b).

Binnen Horizontaal Toezicht is het verminderen van de administratieve lasten één van de doelstellingen. Een belangrijk element uit het principe en de doelstelling is dat beheersing bij voorkeur plaatsvindt door processen en procedures aan de voorkant goed in te richten. Door processen goed in te richten, vervangt Horizontaal Toezicht de achterafcontroles, met het idee dat hierdoor de administratieve lasten zullen dalen. Het verlagen van administratieve lasten hangt daardoor samen met het principe '*First Time Right*'. Daarin staat het belang van in één keer

juist en tijdig registreren, zo vroeg mogelijk in de keten en ingebed in de zorgprocessen, centraal.

Op basis hiervan wordt in dit onderzoek onder administratieve lasten verstaan: "*De tijd besteed aan de registratie en de controle hiervan en in hoeverre die als onnodig en onredelijk ervaren worden.*" Door Horizontaal Toezicht zou registratie in één keer juist en tijdig plaats moeten vinden. Hierdoor wordt de tijd die men ervaart te besteden aan patiëntregistratie en de controle hiervan niet alleen bij de zorgmedewerkers verminderd, maar ook in zijn totaliteit.

4. Theoretisch kader

In paragraaf drie is beschreven dat het verminderen van de administratieve lasten in relatie wordt gebracht met het in één keer juist en tijdig registreren; *First Time Right*. Het begrip *First Time Right* is gerelateerd aan kwaliteitsmanagement.

Volgens Mosadeghrad (2015) stelt *Total Quality Management* zorgorganisaties in staat om klanteisen te definiëren, benchmarks uit te voeren en processen te verbeteren om passende zorg te leveren. In het onderzoek van Mosadeghrad (2014) worden de volgende factoren en voorwaarden genoemd: leiderschap en management, kwaliteitsplanning, kwaliteitscultuur, opleiding en training, klantgerichtheid, personeelsbeheer, leveranciersmanagement, resource management, informatiemanagement en procesmanagement. Het succes van Horizontaal Toezicht zou je in dit kader mogen afleiden uit de mate waarin de zorgorganisaties in staat zijn om de kwaliteitskosten en administratieve lasten te reduceren, zonder daarbij concessies te doen aan het niveau van interne beheersing.

Om de kwaliteitskosten en administratieve lasten zo laag mogelijk te houden, kan gebruik worden gemaakt van het *prevention-appraisal-failure model*. De basis van dit model is het investeren in preventie- en beoordelingsactiviteiten en het verlagen van de faalkosten, maar ook het verlagen van de beoordelingskosten door een verdere investering in preventieactiviteiten (Schiffauerova and Thomson 2006). Door een afweging tussen preventiekosten, beoordelingskosten en faalkosten zouden de totale administratieve lasten moeten dalen. Onnodige en onredelijke taken kunnen worden voorkomen bij het ontwerp van de processen en maatregelen, het uitvoeren van de controle en het moeten corrigeren van fouten. Hierbij is het de verwachting dat door de toepassing van Horizontaal Toezicht meer nadruk komt te liggen op de preventiekosten en dat beoordelingskosten en faalkosten zeer sterk zouden dalen. Door middel van de principes van *lean management* kunnen onnodige en onredelijk taken worden geëlimineerd bij het vinden (beoordelingskosten) en het corrigeren (faalkosten) van fouten. Horizontaal Toezicht is hiermee gericht op verlaging van de administratieve lasten door de processen aan de voorkant goed in te richten. Figuur 1 geeft het theoretisch kader weer aan de hand waarvan dit onderzocht kan worden binnen ziekenhuizen.

Figuur 1. Theoretisch kader.

Factoren en voorwaarden voor succes		
<ul style="list-style-type: none"> Leiderschap en management Kwaliteitsplanning Educatie en training Kwaliteitscultuur Klantgerichtheid Personeelsbeheer Informatiebeheer Leveranciersmanagement Resource management Procesmanagement 		
Preventiekosten	Beoordelingskosten	Faalkosten
Voorkomen van fouten door: <ul style="list-style-type: none"> Preventieve maatregelen Lean <ul style="list-style-type: none"> 7 vormen van <i>waste</i> elimineren; 1) wachttijd, 2) beweging, 3) transport 4) defecten, 5) overproductie 6) onnodige processtappen en 7) voorraden. Verminderen van variaties, efficiëntere en gestandaardiseerde processen Het beheersen van capaciteitsbelasting, zowel van mensen als machines 	Vinden van fouten door: <ul style="list-style-type: none"> Repressieve maatregelen 	Intern oplossen van fouten onder te verdelen in: <ul style="list-style-type: none"> Interne faalkosten Externe faalkosten
Juiste afweging resulteert in vermindering administratieve lasten		

5. Onderzoeksmethode

Momenteel is er nog weinig onderzoek gedaan naar Horizontaal Toezicht binnen ziekenhuizen. Daarom is gekozen voor een exploratief kwalitatief onderzoek bij twee ziekenhuizen. De ziekenhuizen zijn benaderd vanuit ons zakelijk netwerk. Voorwaarden voor deelname aan het onderzoek was dat de ziekenhuizen Horizontaal Toezicht volledig ingevoerd hebben en minimaal één verantwoordingsjaar hebben gehad. De effecten van Horizontaal toezicht zouden dan zichtbaar moeten zijn.

Er zijn wel enkele verschillen tussen de ziekenhuizen. De cases zijn theoretisch verschillend, omdat Ziekenhuis A Horizontaal Toezicht heeft ingevoerd omdat dit een contractuele afspraak met de zorgverzekeraar was. Ziekenhuis B daarentegen was al in de pilotfase van Horizontaal Toezicht (2015) betrokken en is Horizontaal Toezicht gaan invoeren nadat de organisatie vond dat de randvoorwaarden hiervoor intern waren ingevuld. Andere verschillen tussen de ziekenhuizen die van invloed kunnen zijn op hoe – en in hoeverre – Horizontaal Toezicht heeft geleid tot het verminderen van de administratieve lasten zijn dat ze een andere representerende zorgverzekeraar hebben en dat Ziekenhuis B twee verantwoordingsjaren heeft gehad en Ziekenhuis A één. Als laatste verschillen de twee ziekenhuizen in omvang van elkaar;

de zorgomzet van Ziekenhuis B is meer dan drie keer groter dan de omzet van Ziekenhuis A.

Bij beide ziekenhuizen zijn semigestructureerde interviews afgenomen. In totaal zijn vijf interviews afgenomen met acht participanten. De geïnterviewde medewerkers van de ziekenhuizen hebben een relatie met de tweede of derde lijn.¹ De eerste lijn werd door beide ziekenhuizen niet betrokken genoeg bevonden bij Horizontaal Toezicht om informatie te verschaffen over de relatie met de administratieve lasten. In Bijlage 1 is de interviewgide opgenomen die is opgesteld aan de hand van het theoretisch kader. Alle interviews zijn met toestemming van de participanten opgenomen. De interviews zijn volledig uitgewerkt en gecodeerd met behulp van relevante onderwerpen uit het theoretisch kader. De informatie uit de interviews is daarnaast aangevuld met informatie uit extern beschikbare documenten, zoals informatie uit de websites van de ziekenhuizen, de jaarrekeningen en nieuwsberichten.

Exploratief kwalitatief onderzoek is passend en nodig, omdat de ziekenhuizen geen data ter beschikking hebben over de hoeveelheid tijd die de administratieve lasten rondom de controles in beslag nemen. Daarnaast is het onmogelijk om een objectief kwantitatief beeld van de stijging of daling van de administratieve lasten vast te stellen ten opzichte van de periode voor de implementatie. Middels het onderzoek zijn de ervaren administratieve

lasten van de participanten gemeten, waarbij zoveel mogelijk naar een kwantitatieve onderbouwing is gevraagd.

6. Resultaten van het onderzoek

De belangrijkste resultaten van het onderzoek zijn volgens het theoretisch kader uitgewerkt en samengevat in Tabel 1. Voor beide ziekenhuizen is allereerst aangegeven hoe de administratieve lasten in het algemeen ervaren worden na invoering van Horizontaal Toezicht, en in hoeverre dit verschilt van vóór de invoering van Horizontaal Toezicht. Vervolgens zijn de elementen preventie-, beoordelings- en faalkosten beschreven en wordt ingegaan op de factoren en voorwaarden voor succes. Als laatste worden de onderlinge verbanden beschreven.

6.1. Administratieve lasten

Bij Ziekenhuis A geven alle geïnterviewde medewerkers aan dat de administratieve lasten voor de tweede en derde lijn gestegen zijn ten opzichte van vóór de invoering van Horizontaal Toezicht. Met name het uitvoeren van extra deelwaarnemingen wordt als tijdrovend ervaren. De vergelijking kwantificeren is lastig. Het aantal medewerkers in de tweede lijn is met een kwart gestegen, maar de toename zou ook veroorzaakt kunnen worden door de implementatie van een nieuw Elektronisch Patiëntendossier (HiX) en door een structuurwijziging en het samenvoegen van afdelingen. Voor de eerste lijn zijn de administratieve lasten gelijk gebleven. De geïnterviewde medewerkers geven aan dat de eerste lijn weinig merkt van de invoering van Horizontaal Toezicht; zij moeten zich ‘immers nog steeds aan dezelfde regels houden’. Wel staan er volgens hen voordelen tegenover de extra administratieve lastendruk. Eén van de medewerkers gaf aan:

“Kijk, ik denk dat wij zeker anderhalf keer zoveel tijd eraan kwijt zijn ten opzichte van het zelfonderzoek, maar er staan ook wel voordelen tegenover hoor; we zijn nu gewoon veel meer in control.”

Bij Ziekenhuis B daarentegen gaven de geïnterviewde medewerkers aan dat de administratieve lasten na invoering van Horizontaal Toezicht gelijk gebleven zijn. Los van Horizontaal Toezicht heeft het ziekenhuis in het kader van (ont)regelen van de zorg een stappenplan opgesteld. Waar bij innovatie de nadruk op nieuwe toepassingen wordt gelegd, geeft het stappenplan aan hoe bestaande niet effectieve regels, kunnen worden beëindigd. Deze activiteiten worden aangestuurd door de afdelingen Strategie, en Kwaliteit en Veiligheid en staan geheel los van Horizontaal Toezicht.

6.2. Preventie-, beoordelings- en faalkosten

Bij Ziekenhuis A is er ten opzichte van vóór Horizontaal Toezicht meer nadruk komen te liggen op zowel de

preventiekosten, beoordelingskosten als de interne faalkosten. De geïnterviewden geven aan dat de totale tijdsbesteding met betrekking tot de preventie-, beoordelings- en interne faalkosten is gestegen. De participanten delen de mening dat de externe faalkosten zijn afgenomen. Deze afname staat volgens hen echter niet in verhouding tot de toename van de andere kosten. Hierdoor is binnen Ziekenhuis A geen sprake van een juiste afweging tussen de preventie-, beoordelings- en faalkosten.

Bij Ziekenhuis B is deze afweging beter dan bij Ziekenhuis A. De preventiekosten zijn gestegen en de beoordelings- en faalkosten zijn gedaald. Hierbij zit het grootste verschil in de beoordelingskosten en de interne faalkosten die bij Ziekenhuis A hoog zijn gebleven, terwijl deze bij Ziekenhuis B zijn gedaald. Daar komt bij dat uit de analyse van Ziekenhuis A blijkt dat de verschillende administratieve lasten als onnodig en onredelijk ervaren worden. Zo hebben medewerkers bijvoorbeeld het gevoel dat de representerende zorgverzekeraar de werkzaamheden gedetailleerd controleert, terwijl er ook een derde lijn is in het ziekenhuis:

“de eerste lijn registreert, de tweede lijn controleert, de derde lijn controleert daar ook een stuk van, dan controleert de eerste zorgverzekeraar, dan controleert de tweede zorgverzekeraar, en de accountant controleert ook nog. Dus dan ben je met zes lijnen bezig om één registratie op orde te krijgen. Nou, dat vind ik best onredelijk.”

Bij Ziekenhuis B komen geen ervaren onnodige en onredelijke administratieve lasten naar voren uit de analyse. Medewerkers geven aan dat er in Ziekenhuis B kritisch wordt beoordeeld of bepaalde controles nog noodzakelijk zijn of dat ze slimmer kunnen worden ingericht.

“We hebben bijvoorbeeld een beheersmaatregel op efficiency aangepast omdat het heel veel extra werk was, maar weinig toevoegt. Ja, dan gaan we ook anders doen [hè?] want dat schiet gewoon weinig op. We moeten wel nadenken hoe we zo [hoe zo] compact mogelijk HT² proberen af te ronden met zo min mogelijk ballast.”

6.3. Factoren en voorwaarden voor succes

Het theoretisch kader beschrijft tien voorwaarden voor succes. Daarnaast zijn in de interviews factoren en voorwaarden naar voren gekomen die niet in het theoretisch kader waren opgenomen, namelijk: implementatie, volwassenheid en vertrouwen tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. In Tabel 2 zijn de overeenkomsten en verschillen zichtbaar met betrekking tot de factoren en voorwaarden voor succes. Hierin is de samenvatting weergegeven vanuit de gecodeerde interviewverslagen.

Tabel 1. Administratieve lasten.

Theoretisch model		Ziekenhuis A	Ziekenhuis B
Administratieve lasten		Gestegen	Gelijk gebleven
Preventiekosten		Gestegen	Gestegen
Beoordelingskosten		Gestegen door toenemend aantal controles en deelwaarnemingen	Gedaald door efficiënte inrichting van de controles en beoordeling of controles noodzakelijk zijn
Faalkosten	Interne faalkosten	Gestegen, door toenemend aantal controles en deelwaarneming	Gedaald, door inzet op voorkomen van fouten
	Externe faalkosten	Iets gedaald	Gedaald

Tabel 2. Overeenkomsten en verschillen in relatie tot factoren en voorwaarden voor succes.

Factoren en voorwaarden voor succes	Ziekenhuis A	Ziekenhuis B
Leiderschap en management	Minimaal betrokken	Actief betrokken
Kwaliteitsplanning	Geen onderdeel van missie, visie en strategie.	Verminderen regeldruk opgenomen in strategie.
Educatie en training	Ten behoeve van juiste bronregistratie.	Onderdeel werk DBC adviseur.
Kwaliteitscultuur	Vooraf aanwezig bij zorgadministratie, minder in primair proces.	Hoog in gehele organisatie, juiste bronregistratie wordt binnen de organisatie benadrukt. Medewerkers zijn zich bewust van het belang hiervan.
Klantgerichtheid	Informatie wordt aan de zorgverzekeraar aangeleverd. Naast reguliere tertiaalrapportages ook geregeld verzoeken vanuit de zorgverzekeraar voor aanvullende stukken.	Ziekenhuis heeft representerende zorgverzekeraar inzicht gegeven in processen en systemen. Twee keer per jaar wordt een rapportage aangeleverd aan de zorgverzekeraar, tussentijds kijkt de zorgverzekeraar mee.
Personeelsbeheer	Steeds meer medewerkers worden betrokken bij Horizontaal Toezicht.	Medewerkers zijn actief betrokken om bronregistratie te verbeteren.
Informatiebeheer	Verbeterd; doordat deelwaarnemingen maandelijks plaatsvinden is maandelijks inzichtelijk of juiste registratie plaatsvindt. Voorheen kwam dit één keer per jaar naar voren.	Verbeterd; het ziekenhuis weet eerder of de gefactureerde omzet correct is. Voorheen kon het voorkomen dat pas drie jaar later geconstateerd werd dat een bepaalde registratie niet goed gegaan is. Dit nog met de betreffende registreerde bespreken had dan geen zin meer.
Leveranciersmanagement	Niet aanwezig.	Niet aanwezig.
Resource management	Rekening gehouden met kennis en kunde van medewerkers en mogelijkheden binnen systemen.	Rekening gehouden met kennis en kunde van medewerkers.
Procesmanagement	Door invoering van Horizontaal Toezicht is de kennis van de processen verhoogd en kunnen processen makkelijker gewijzigd en verbeterd worden.	Om verbeteringen in de bronregistratie door te kunnen voeren wordt het belangrijk gevonden om de processen en de uitkomsten daarvan te kennen. Hierdoor is het makkelijker om verbeteringen door te voeren of in te spelen op veranderende situaties.
Implementatie	Opgenomen in contract met zorgverzekeraar, niet overal volwassen genoeg.	Op het moment dat men zelf vond er klaar voor te zijn.
Vertrouwen	Niet het gevoel dat de zorgverzekeraar hen volledig vertrouwt.	Onbekend.
Volwassenheid	Laag, één verantwoordingsjaar.	Hoog, twee verantwoordingsjaren en betrokkenheid pilot.

De grote verschillen zitten in de factoren en voorwaarden leiderschap en management, kwaliteitsplanning, kwaliteitscultuur, personeelsbeheer en vertrouwen. Deze zijn sterker aanwezig bij Ziekenhuis B dan bij Ziekenhuis A. Daarnaast is Ziekenhuis B volwassener dan Ziekenhuis A, omdat dit ziekenhuis al meer verantwoordingsjaren heeft gehad en meegedraaid heeft in de pilotfase. Als laatste is de motivatie voor implementatie bij Ziekenhuis B anders geweest dan bij Ziekenhuis A. Ziekenhuis A heeft Horizontaal Toezicht geïmplementeerd omdat het was opgenomen in de contractering met de zorgverzekeraars, waardoor het ziekenhuis zo snel mogelijk is overgegaan tot implementatie. Ziekenhuis B heeft daarentegen bewust het moment gekozen waarop de processen en beheersmaatregelen ingericht waren, zodat Horizontaal Toezicht goed geïmplementeerd kon worden en toegevoegde waarde had.

Overeenkomsten in de factoren en voorwaarden voor succes zitten in educatie en training, klantgerichtheid, informatiebeheer, leveranciersmanagement, resource management en procesmanagement. Voor educatie en

training geldt wel dat er een verschil is in kennis van Horizontaal Toezicht, doordat één van de medewerkers bij Ziekenhuis B lid is van het landelijk platform en van daaruit ook trainingen geeft over Horizontaal Toezicht. Verder zijn de genoemde factoren en voorwaarden bij de ziekenhuizen vergelijkbaar ingericht of gewijzigd door de invoering van Horizontaal Toezicht.

6.4. Analyse op basis van het theoretisch kader

De administratieve lasten door invoering van Horizontaal Toezicht worden bij de twee ziekenhuizen anders ervaren. Dit is ook terug te zien in de verschillen tussen de ervaren preventiekosten, beoordelingskosten en faalkosten, en de factoren en voorwaarden voor succes. Uit de analyse blijkt dat het ziekenhuis waarbij de ervaren administratieve lasten gelijk zijn gebleven, een grotere focus heeft op het voorkomen van fouten (preventieactiviteiten), inzet op het verlagen van de beoordelingsactiviteiten en dat de factoren en voorwaarden voor succes meer aanwezig zijn.

De ervaren kwaliteitscultuur met nadruk op juiste bronregistratie binnen Ziekenhuis B heeft als gevolg dat fouten voorkomen worden (preventiekosten), waardoor er minder controles (beoordelingskosten) uitgevoerd hoeven worden en de faalkosten dalen. De kwaliteitscultuur vereenvoudigt het om in te zetten op preventiekosten. Als hiermee *First Time Right*-registratie voldoende gestimuleerd wordt, leidt het tot lagere beoordelingskosten en faalkosten.

De factoren en voorwaarden leiderschap en management en personeelsbeheer lijken binnen Ziekenhuis B invloed gehad te hebben op het creëren van een kwaliteitscultuur die *First Time Right*-registratie stimuleert. Zo wordt de betrokkenheid van de Raad van Bestuur en het management door de participanten als waardevol gezien en heeft het volgens hen bijgedragen aan waar het ziekenhuis nu staat met betrekking tot de bronregistratie.

Een andere belangrijke factor is volwassenheid van de interne beheersing. De volwassenheid bij Ziekenhuis B zorgt ervoor dat de organisatie meer kan inzetten op de preventiekosten, waarmee men de beoordelingskosten kan laten dalen. Daartegenover zorgt de lagere volwassenheid bij Ziekenhuis A er juist voor dat meer controles uitgevoerd moeten worden. De motivatie voor – en de volwassenheid bij – de implementatie van Horizontaal Toezicht is bij beide ziekenhuizen van invloed geweest op de ervaren administratieve lasten na invoering.

Met betrekking tot vertrouwen vanuit de zorgverzekeraar kan gesteld worden dat dit een negatieve impact kan hebben op de ervaren administratieve lasten. Binnen Ziekenhuis A is het gevoel van vertrouwen dat de zorgverzekeraar in hen heeft laag, omdat het gevoel heerst dat de zorgverzekeraar de derdelijnscontrole overdoet en het ziekenhuis vaak extra informatie moet aanleveren. Daarnaast krijgt Ziekenhuis A via de representerende zorgverzekeraar veel vragen van de tweede zorgverzekeraar. Dit wordt ervaren als onnodige en onredelijke taken die het ziekenhuis moet uitvoeren. Bij het Ziekenhuis B is dit niet naar voren gekomen.

Verder valt het op dat de factoren klantgerichtheid en leveranciersmanagement door beide ziekenhuizen als minder relevant bevonden worden.

7. Conclusie en discussie

De twee ziekenhuizen ervaren geen daling van de administratieve lasten door de invoering van Horizontaal Toezicht. Uit het onderzoek blijkt geen direct effect van de implementatie van Horizontaal Toezicht op het verminderen van de tijd die een zorgverlener per week kwijt is aan de administratie. De uitvoering van Horizontaal Toezicht ligt bij de onderzochte ziekenhuizen vooral bij de tweede en derde lijn, waarbij op hun initiatief het primaire proces betrokken wordt bij het beheersen van de processen. Wel zorgt Horizontaal Toezicht bij de ziekenhuizen voor sneller inzicht in onjuiste registratie en voor kennis van de organisatieprocessen.

Verder blijkt uit het onderzoek dat de mate waarin wordt voldaan aan de factoren en voorwaarden voor succes van invloed is op hoe hoog de administratieve lasten binnen

een ziekenhuis ervaren worden. Het ziekenhuis waarbij de factoren en voorwaarden voor succes meer aanwezig waren, ervoer geen stijging in de administratieve lasten door invoering van Horizontaal Toezicht. Vooral de factoren kwaliteitscultuur, leiderschap en management en personeelsbeheer lijken veel invloed te hebben op de ervaren administratieve lasten. Daarnaast kwam uit het onderzoek dat de implementatie, volwassenheid en vertrouwen bij de ziekenhuizen van invloed zijn op de administratieve lasten die zij binnen hun organisatie ervaren.

Ondanks het feit dat de mate van administratieve lasten subjectief gemeten is, middels de ervaring van de participanten, geeft het onderzoek eerste inzichten in het effect van Horizontaal Toezicht op de administratieve lasten. De mening van de participanten van Ziekenhuis A, het ziekenhuis dat op basis van een contractuele afspraak Horizontaal Toezicht is gaan invoeren, is dat Horizontaal Toezicht tot hogere administratieve lasten heeft geleid. De casus van Ziekenhuis B, dat Horizontaal Toezicht meer vanuit een intrinsieke motivatie heeft ingevoerd, laat zien dat de ervaren administratieve lasten onder Horizontaal Toezicht niet zijn opgelopen en dat de fouten in de afrekening met de zorgverzekeraar, de externe faalkosten, tot nul gereduceerd kunnen worden. De verschillen tussen het verplicht invoeren van Horizontaal Toezicht en de administratieve lasten laten zich ook zien in de succesfactoren voor het verminderen van administratieve lasten uit het theoretisch kader. Zo is er een kwaliteitscultuur waarbij *First Time Right*-registratie hoog in het vaandel staat. Er wordt door Ziekenhuis B meer geïnvesteerd in preventie en daar waar mogelijk worden de beoordelingskosten verlaagd. Ook het in het onderzoek genoemde vertrouwen tussen zorgverzekeraar(s) en ziekenhuis speelt hierbij een rol om tot effectieve en efficiënte beoordelingsactiviteiten te komen. Maar dit heeft ook bij Ziekenhuis B niet geleid tot het uitgangspunt van Horizontaal Toezicht; het verlagen van de administratieve lasten.

De administratieve lasten die worden veroorzaakt in het kader van de financiële afwikkeling met de zorgverzekeraar blijken in de cases los te staan van de administratieve lastendruk die de eerste lijn ervaart. Het Horizontaal Toezicht is gericht op rechtmatigheid en de financiële verantwoording en niet zozeer op de effectiviteit en efficiency van de zorg. De wereld van Horizontaal Toezicht lijkt daarmee bijna geheel te zijn ontkoppeld van initiatieven rondom (Ont)regel de Zorg. In de voortgangsrapportage [Ont]Regel de Zorg (Helder 2023) van 6 juli 2023 meldt minister Helder op basis van CBS-cijfers dat in de tijd die werknemers in de zorg besteden aan registratie van informatie en verslaggeving ‘geen wijziging zichtbaar was (opgeteld 30,6% in het tweede kwartaal van 2021 en 30,9% in het tweede kwartaal van 2022)’.

De huidige en toenemende zorgkloof, met een stijgende vraag naar zorg en de krappere wordende arbeidsmarkt, betekent dat juist de effectiviteit en efficiency van de zorg van groot maatschappelijk belang zijn. De publieke waarde van de zorg, in dit onderzoek van de ziekenhuizen en verzekeraars, zou zich dus juist moeten richten op het zorgproces. In de woorden van de minister:

“Een werkdag die bestaat uit het verlenen van goede zorg en ondersteuning en uitsluitend die administratieve werkzaamheden, die daar een bijdrage aan leveren. Geen onnodig ingewikkelde, tijdrovende of dubbele registraties. Werkplezier, ervaren vertrouwen in de professionaliteit en een gevoel van zeggenschap over het werk en de organisatie eromheen (Helder 2023, 1).”

Het toezicht op kwaliteit van de zorg is, onder andere, belegd bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Ziekenhuizen zijn hierbij verplicht om zelf de kwaliteit van hun zorgverlening te meten. Ze gebruiken daarvoor verbeterdoelen en indicatoren (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd - Ministerie van Volksgezondheid 2023). Het sturen op kwaliteitsindicatoren betekent dat er administratieve processen moeten worden ingeregeld om de kwaliteit van de zorg te kunnen meten en inzicht te geven in hoe een verbeterdoelstelling kan worden bereikt. De ratio achter dergelijke indicatoren is duidelijk, maar de afweging of deze indicatoren daadwerkelijk gaan leiden tot betere zorg en of de tijd die moet worden besteed aan de administratieve

vastlegging niet ook had kunnen worden besteed aan zorg die nu niet kan worden gegeven, is veel lastiger. De wijze van toezicht houden met indicatoren brengt een performatieve werking met zich (Van der Kolk 2021; Vosselman 2022). De indicatoren krijgen een leven op zichzelf en afschaffen blijkt vaak veel lastiger dan het opnemen van nieuwe indicatoren.

De vragen die deze reflectie opleveren gaan verder dan de onderzoeksvraag. Horizontaal Toezicht levert niet de beoogde administratieve lastenverlichting op. Ook het programma (Ont)Regel de Zorg laat dit tot op heden maar beperkt zien. De vragen die wij hierbij naar voren willen brengen hebben betrekking op de gehele wijze van governance van de zorg. Wie houdt nu toezicht op de effectiviteit en efficiency van vastleggingen in het zorgproces? En daaraan gekoppeld, moet het belang van toezicht op rechtmatigheid door Horizontaal Toezicht en toezicht op kwaliteit van de zorg op basis van indicatoren, niet meer worden gericht op het belang van maatschappelijke waarde van het verlenen van goede zorg, waarbij expliciet de effectiviteit en efficiency van de vastleggingen worden meegenomen?

-
- **N. Veenvliet MSc RC – Nicole** is bedrijfskundig consultant bij Oldenburg Bonsèl.
 - **Prof. dr. A.C.N. van de Ven RA – Arco** is hoogleraar Internal Control & Accounting Information Systems bij TIAS School for Business and Society, Tilburg University en partner ACN Management Consultants BV.
-

Noten

1. In Ziekenhuis A wordt de tweedelijnsfunctie vervuld door de manager zorgadministratie en een senior medewerker van de afdeling, de derde lijn bestaat uit twee business controllers. In Ziekenhuis B wordt de tweede lijn ingevuld door de DBC-adviseurs en de derde lijn is de internal auditor. Bij beide ziekenhuizen wordt naar de eerste lijn verwezen als de medewerkers uit het primaire proces.
2. HT = Horizontaal Toezicht.

Literatuur

- Belastingdienst, Commissie Horizontaal Toezicht (2012) Fiscaal toezicht op maat. Belastingdienst.
- De Jonge H, Bruins B, Blokhuis P (2018) Kamerbrief over programma (Ont)Regel de Zorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd op 20 maart 2022, van. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/05/23/kamerbrief-programma-ontregel-de-zorg>
- Helder C (2023) Voortgang [Ont]Regel de Zorg. ed. W. e. S. Ministerie van Volksgezondheid. Den Haag.
- Horizontaal Toezicht Zorg (2017a) Businesscase HT 1.0. Horizontaal Toezicht Zorg. Geraadpleegd op 30 januari 2022, van. <https://www.horizontaaltoezichtzorg.nl/aan-de-slag/afwegingskader>
- Horizontaal Toezicht Zorg (2017b) Control Framework (versie 1.0 definitief). Horizontaal Toezicht Zorg. Opgeroepen op 23 oktober 2022, van. <https://www.horizontaaltoezichtzorg.nl/downloads>
- Horizontaal Toezicht Zorg (2017c) [10 juni] Gelre ziekenhuizen en Sint Maartenskliniek over op Horizontaal Toezicht. Geraadpleegd op 23 januari 2022, van. <https://www.horizontaaltoezichtzorg.nl/actueel/gelre-ziekenhuizen-en-sint-maartenskliniek-voeren-horizontaal-toezicht>
- Horizontaal Toezicht Zorg (2022a) Horizontaal Toezicht Zorg (z.d.-a) Home. Geraadpleegd op 22 oktober 2022, van. <https://www.horizontaaltoezichtzorg.nl>
- Horizontaal Toezicht Zorg (2022b) Horizontaal Toezicht Zorg (z.d.-b) Leidende principes. Opgeroepen op 10 januari 2022, van. <https://www.horizontaaltoezichtzorg.nl/wat-is-horizontaal-toezicht/leidende-principes>
- Horizontaal Toezicht Zorg (2022c) Horizontaal Toezicht Zorg (z.d.-c) Wat is Horizontaal Toezicht? Opgeroepen op 15 maart 2022, van. <https://www.horizontaaltoezichtzorg.nl/wat-is-horizontaal-toezicht>
- Horizontaal Toezicht Zorg (2024) Horizontaal Toezicht Zorg Home. Geraadpleegd op 12 april 2024, van. <https://www.horizontaaltoezichtzorg.nl>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2023) Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Toezicht op ziekenhuizen.
- Mosadeghrad A (2014) Essentials of total quality management: a meta-analysis. International Journal of Health Care Quality Assurance 27(6): 544–558. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2013-0082>

- Mosadeghrad A (2015) Developing and validating a total management model for healthcare organisations. *The TQM Journal* 27(5): 544–564. <https://doi.org/10.1108/TQM-04-2013-0051>
- ORDZ (2022a) (Ont)regel de zorg. (z.d.-a). Achtergrond ORDZ. Geraadpleegd op 20 maart 2022, van. <https://www.ordz.nl/achtergrond>
- ORDZ (2022b) (Ont)regel de zorg. (z.d.-b). Actiepunten sector medisch specialistische zorg. Geraadpleegd op 15 maart 2022, van. <https://www.ordz.nl/medisch-specialistische-zorg/actiepunten-sector-medisch-specialistische-zorg>
- Power M (2021) Modelling the micro-foundations of the audit society: organizations and the logic of the Audit Trial. *Academy of Management Review* 46(1): 6–32. <https://doi.org/10.5465/amr.2017.0212>
- Schiffauerova A, Thomson V (2006) A review of research on cost of quality models and best practices. *International Journal of Quality & Reliability Management* 23(6), 647–669. <https://doi.org/10.1108/02656710610672470>
- Semmer NK, Tschan F, Meier LL, Facchin S, Jacobshagen N (2010) Illegitimate tasks and counterproductive work behavior. *Applied Psychology* 59(1): 70–96. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2009.00416.x>
- Van Aartsen C (2018) [26 april] Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg is af. *Zorgvisie*. Geraadpleegd op 23 oktober 2022, van. <https://www.zorgvisie.nl/hoofdlijnenakkoord-medisch-specialistische-zorg-is-af>
- Van der Hel L, Pheijffer M (2012) Evaluatie Horizontaal Toezicht: fiscaal toezicht op maat. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie* 86(11): 463–469. <https://doi.org/10.5117/mab.86.20900>
- Van der Kolk B (2021) De meetmaatschappij. Waarom we alles meten en wat dat met ons doet. Amsterdam/Antwerpen: Business Contact.
- Van Neerbos L, Van de Ven ACN (2021) Horizontaal Toezicht in de zorg: het belang van interne beheersing en vertrouwen. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie* 95(5/6): 179–190. <https://doi.org/10.5117/mab.95.59653>
- Vosselman E (2022) The performativity of accounting: advancing a Posthumanist understanding. *Qualitative Research in Accounting & Management*, ahead-of-print. <https://doi.org/10.1108/QRAM-04-2021-0062>
- Wijnter J, Kok J (2015) [26 juni] Horizontaal Toezicht: Op weg naar een betere aanpak van controle. Geraadpleegd op 29 januari 2022, van. <https://www.zorgvisie.nl/horizontaal-toezicht-op-weg-naar-een-betere-aanpak-van-controle-1782581w>
- Zegers M, Veenstra GL, Gerritsen G, Verhage R, Van der Hoeven HJ, Welker GA (2022) Perceived burdens due to registrations for quality monitoring and improvement in hospitals: a mixed methods study. *International Journal of Health Policy and Management* 11(2): 183–196. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.96>

Bijlage 1

Tabel A1. Leidende principes Horizontaal Toezicht.

Principe	Toelichting
1. Gefundeerd vertrouwen	Wederzijds vertrouwen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is de basis voor Horizontaal Toezicht. Dit vertrouwen moet groeien en zowel de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars zetten zich hiervoor in. Het fundament van dit vertrouwen is onder andere wederzijdse transparantie, heldere communicatie en samen zorgdragen voor een juiste besteding van de zorguitgaven.
2. Intrinsieke motivatie	Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn intrinsiek gemotiveerd om de organisatie in te richten volgens de uitgangspunten van Horizontaal Toezicht. Dit komt tot uiting in de cultuur en het gedrag in alle lagen van de organisaties.
3. Ketebrede verantwoording	Zorgaanbieders en zorgverzekeraars beogen één gezamenlijke verantwoording voor de keten, zodat ook andere partijen in deze keten zoals toezichhouders, accountants en verschillende financiers erop kunnen steunen. Bij de opzet van Horizontaal Toezicht en het invullen van de verantwoording houden partijen rekening met deze ketebrede aanpak.
4. Representatie	Zorgverzekeraars werken volgens representatie en steunen op elkaars werkzaamheden. Bij Horizontaal Toezicht heeft iedere zorgaanbieder één representerende zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars dragen onderling zorg voor een eenduidige en uniforme toepassing van de representatie.
5. Eén landelijk raamwerk	Er is één landelijk raamwerk voor de implementatie en uitoefening van Horizontaal Toezicht. Dit raamwerk borgt een eenduidige toepassing van Horizontaal Toezicht. Het raamwerk omvat de gezamenlijke visie, een implementatieplan en een aantal concrete producten (HT-toolkit) voor de implementatie en uitoefening. Deze producten zijn: een businesscase, een instapmodel en een Control Framework.
6. Invulling van Horizontaal Toezicht is maatwerk	Horizontaal Toezicht is maatwerk en er is sprake van een risicogerichte aanpak. De organisatiespecifieke eigenschappen zoals het zorginhoudelijke profiel, de procesinrichting en de systemen van de betreffende zorgaanbieder zijn hierbij het vertrekpunt. Horizontaal Toezicht vindt plaats aan de hand van een gezamenlijk afgesproken methodiek.
7. Taken en verantwoordelijkheden	Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere betrokkenen respecteren elkaars wettelijke taken en verantwoordelijkheden. Binnen Horizontaal Toezicht is er duidelijkheid over deze verschillende taken en verantwoordelijkheden. Horizontaal Toezicht kan helpen om taken en verantwoordelijkheden op een efficiëntere en effectievere manier vorm te geven.
8. Eenduidige en tijdige normering	Bestaande wet- en regelgeving is leidend. Door middel van een constructieve dialoog draagt Horizontaal Toezicht bij aan een eenduidige, tijdige en gezamenlijke duiding of interpretatie van wet- en regelgeving. Indien mogelijk vindt dit plaats vóórdat regels ingaan. Ook helpt Horizontaal Toezicht om gezamenlijk conflicterende en overbodige wet- en regelgeving te signaleren en dit bij de juiste partijen onder de aandacht te brengen.
9. Stimuleren First Time Right	In één keer juist en tijdig registreren en declareren van rechtmatig geleverde zorg staat centraal. Dit vindt zo vroeg mogelijk in de registratie- en declaratieketen plaats en is ingebed in de zorgprocessen.
10. Verminderen administratieve lasten	Horizontaal Toezicht is proces- en systeemgericht toezicht. Dit is efficiënter en effectiever dan gegevensgerichte controle verderop in de keten. Horizontaal Toezicht beoogt efficiënte administratieve processen en kan de opeenstapeling van administratieve lasten reduceren. Daar waar Horizontaal Toezicht aantoonbaar werkzaam en effectief is ingevoerd, vervangt dit formele en materiële controles ten aanzien van de rechtmatigheid van de zorguitgaven vanuit de Zorgverzekeringswet (ZvW), die voorheen na betaling werden uitgevoerd. Op termijn zal dit ook gelden voor de andere financieringsstromen. Geconstateerde fouten worden alleen voor het lopende jaar gecorrigeerd waarna het betreffende risico wordt opgenomen in het Control Framework voor het daaropvolgende jaar. Beheersing vindt bij voorkeur plaats door processen en procedures aan de voorkant goed in te richten. Hiermee is Horizontaal Toezicht toekomstgericht.

*) Geraadpleegd op 29 januari 2022, van: <https://www.horizontaaltoezichtzorg.nl/wat-is-horizontaal-toezicht/leidende-principes>).

Bijlage 2: Interviewgide

Introductie (5 minuten):

Onderzoeker en participant(en) stellen zich aan elkaar voor en geven een korte introductie van zichzelf, naam, functie.

Introductie onderzoek en interview (5 minuten):

Vragen of het akkoord is om het gesprek op te nemen. Uitleggen dat het gesprek volledig wordt uitgewerkt en dat ze dit kunnen ontvangen als ze dit willen. Onderzoek introduceren. Aangeven dat het gesprek is bedoeld om informatie te verzamelen en dat het interview opgebouwd is uit verschillende onderdelen: 1) introductievragen, 2) wijze waarop Horizontaal Toezicht is ingevoerd en wordt verbeterd 3) ervaring administratieve lasten voor en na invoering Horizontaal Toezicht. Als iets uitgezocht moet worden om dit later door te geven is dat uiteraard mogelijk. Definitie administratieve lasten toelichten.

Vragen interview (40 minuten):

- Wat is jouw relatie met Horizontaal Toezicht binnen het ziekenhuis?
- Waarom hebben jullie ervoor gekozen om Horizontaal Toezicht te implementeren?
- Kun je aangeven op welke wijze Horizontaal Toezicht is opgezet/uitgewerkt en geïmplementeerd?
 - Als niet kunnen aangeven: vragen wat hun ervaring is met de implementatie?
- Kun je aangeven op welke wijze evaluatie/bijsturing van Horizontaal Toezicht plaatsvindt?
- Hoe werden de administratieve lasten ervaren voordat Horizontaal Toezicht was ingevoerd?
 - Hoeveel tijd werd er besteed aan de administratie?
 - In hoeverre werd de administratie als onnodig of onredelijk ervaren en waarom? (doorvragen naar welke administratieve lasten)
- Hoe worden de administratieve lasten ervaren na invoering van Horizontaal Toezicht?
 - Hoeveel tijd wordt er besteed aan de administratie?
 - In hoeverre werd de administratie als onnodig of onredelijk ervaren en waarom? (doorvragen op waar uit blijkt dat er iets veranderd is en welke administratieve lasten)
- Kun je beschrijven welke veranderingen met betrekking tot de administratieve lasten merkbaar zijn na invoering van Horizontaal Toezicht?
- Wat is het effect van Horizontaal Toezicht op het aantal correcties dat gemaakt moet worden?
 - Kun je beschrijven hoe je het aantal fouten dat intern gecorrigeerd moet worden voor en na invoering van Horizontaal Toezicht ervaart? (gaat er meer/minder fout)
 - Kun je beschrijven je het aantal correcties die gemaakt moeten worden ervaart na controle van de zorgverze-keraar voor en na invoering van Horizontaal Toezicht? (gaat er meer/minder fout)
- Hoe worden de administratieve lasten zoveel mogelijk ingeperkt?
- Wat moet er veranderen om de administratieve lasten (verder) te verminderen?

Afronden interview (10 minuten):

Bedanken voor de tijd. Laatste vragen stellen:

- Is er nog iets wat ik had moeten vragen of wat niet aan de orde is gekomen maar wel van belang is?
- Wanneer ik nog wat bedenk, kan ik dat nog navragen?
- Weet je nog een medewerker relevant om te interviewen voor het onderzoeken. Graag zou ik nog iemand uit het primaire proces spreken.

Toelichten dat het interview letterlijk wordt uitgewerkt en dat dit kan worden toegestuurd aan hen. Nogmaals benadrukken dat gegeven informatie vertrouwelijk wordt behandeld en dat als het onderzoek is afgerond, ze deze zullen ontvangen in een geanonimiseerde versie.